/// ombudsman
der privatversicherung und der suva

Jahresbericht 2013

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Stiftungsrat	Rolf Schweiger, a. Ständerat, Baar, Präsident Dr. Fulvio Caccia, a. Nationalrat, Camorino, Vizepräsident RA Dr. Gabi Huber, Nationalrätin, Altdorf Alfred Leu, CEO Generali (Schweiz) Holding, Adliswil Francis Matthey, a. Staatsrat, La Chaux-de-Fonds RA Thomas Mäder, Direktor Suva, Root Hanspeter Seiler, a. Nationalratspräsident, Oberhofen Silva Semadeni, Nationalrätin, Chur
Ombudsman	Martin Lorenzon, Rechtsanwalt
Ombudsstelle Deutsche Schweiz	Nathalie Tuor, Rechtsanwältin Laura Meile, Rechtsanwältin (bis 31. Juli 2013) Stefanie Maag, Rechtsanwältin Suzanne Schaad-Ritt, Rechtsanwältin Adrian Bryner, Rechtsanwalt (ab 1. September 2013) Jacqueline Müller, Assistenz Dr.phil. Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, Assistenz
Zweigstellen Französische Schweiz	Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat
Italienische Schweiz	Avv. Carlo Luigi Caimi

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Das Berichtsjahr 2013 war ein anspruchsvolles, aber auch spannendes Geschäftsjahr. Nebst unserer Kerntätigkeit im Interesse der Ratsuchenden, dem Vermitteln bei Meinungsverschiedenheiten mit Versicherern, haben wir uns auch intensiv mit unseren Kundenbeziehungen befasst. Der Jahresbericht wird sich auch zu diesem Schwerpunkt-Thema äussern.

Vor dem Hintergrund der weiterhin zunehmenden Bedeutung der elektronischen Kommunikation haben wir zudem inhaltliche Verbesserungen auf unserer Homepage vorgenommen und aus Gründen der Transparenz das Reglement der Ombudsstelle in den drei Amtssprachen deutsch, französisch und italienisch aufgeschaltet. Damit soll der Erkenntnis Rechnung getragen werden, dass sich die Ratsuchenden vor Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle vermehrt im Internet über unsere Tätigkeit und das Vermittlungsverfahren unserer Institution informieren.

Damit auch die Ombudsstelle möglich rasch die Informationen erhält, welche wir für die Bearbeitung der uns unterbreiteten Anfragen und Beschwerden benötigen, habe ich auch ein Anliegen an unsere Kunden. Bitte beachten Sie, dass wir unsere Arbeit nur dann seriös vornehmen können, wenn Sie uns über Ihre Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer umfassend dokumentieren. Einzig aufgrund eines kurzen E-Mails, in welchem der Sachverhalt auszugsweise aus eigener Sicht dargelegt wird, ist dies in der Regel nicht möglich. Da wir einen Missbrauch des Datenverkehrs Ihrer E-Mails an die Ombudsstelle durch Dritte weder ausschliessen noch verhindern können, empfehlen wir Ihnen, Informationen zu Krankheiten, Unfällen und anderen sensiblen Personendaten nicht per E-Mail zu versenden.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Stiftung
Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Zusammenfassung des Jahresberichts 2013

Im Berichtsjahr 2013 ist die Anzahl der Anfragen und Beschwerden im Zuständigkeitsbereich von insgesamt 3365 auf 3207 (4,9%) zurückgegangen. Vom Rückgang betroffen sind fast ausschliesslich telefonisch erledigte Anfragen.

2813 Fälle konnten direkt mit den Versicherungsnehmern oder Anspruchstellern erledigt werden. 394 der 1407 uns schriftlich unterbreiteten Beschwerdefälle führten zu Interventionen bei den Versicherungen (Interventionsquote: 28%). Die Erfolgsquote der Interventionen betrug 69,6%.

Wie in den Vorjahren stellten die zunehmend arbeitsintensiven und komplexen Beschwerdefälle im Bereich Personenversicherungen mit einem Anteil von 51,1% der Fallzahlen den wichtigsten Schwerpunkt unserer Tätigkeit dar. Zu einem Dauerthema geworden sind Beschwerdefälle mit Versicherungen wegen unterschiedlicher Ärztemeinungen zur «Schmerzgrenze», ab der aufgrund einer Krankheits-Diagnose keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht (vgl. Kapitel «Der Nichtleben-Bereich»). Zugenommen hat auch die Anzahl besorgter Versicherter, denen die Rentenzahlungen aus der privaten Rentenversicherung wegen Kürzung der nicht garantierten Überschuss-Beteiligungen reduziert worden sind (vgl. Kapitel «Der Bereich Privatversicherungen»). Verschiedene Beschwerden betrafen auch Verzögerungen bei der Auszahlung von Erwerbsunfähigkeits-Renten an Versicherte, welche in der Zwischenzeit in eine finanzielle Notlage geraten waren (vgl. Kapitel «Der Leben-Bereich»).

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit betraf die 570 bearbeiteten Anfragen und Beschwerden in den Branchen Motorfahrzeughaftpflicht und Allgemeine Haftpflicht (vgl. Kapitel «Der Nichtleben-Bereich»). Diese hatten zu einem grossen Teil Meinungsverschiedenheiten zum Schadenhergang und der Verschuldens- und Haftungsfrage zum Gegenstand. Vermehrt wurden uns Leistungsablehnungen von Versicherern zur Prüfung unterbreitet, die sehr schematisch abgefasst und ohne jeden Bezug zum konkreten Einzelfall ausgefertigt worden sind.

Die Ombudsstelle hat im Berichtsjahr 2013 jedoch nicht nur die Tätigkeit der Versicherer beurteilt. Sie hat auch ihre eigene Tätigkeit durch ihre Kunden beurteilen lassen. Vor dem Hintergrund kritischer Medienberichte im Frühjahr 2013 zu Schweizerischen Ombudsstellen im Allgemeinen haben wir die GfK Switzerland AG mit der Durchführung einer repräsentativen Kundenzufriedenheitsstudie beauftragt. Deren Ergebnisse sind zusammengefasst gut; sie zeigen aber auch auf, wo wir uns aus Sicht unserer eigenen Kunden noch verbessern müssen (vgl. Kapitel «Kundenzufriedenheitsstudie»).

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Berichtsjahr 2013

Entwicklung der Fallzahlen 1

Anliegen und Beschwerden pro Branche 3

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren 4

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft 4

– Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung 4

– Aufgliederung nach Sprachregionen 5

– Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden 6

Interventionsfälle 7

– Interventionsquoten 7

– Interventionen pro Branche/Bereich 8

– Erfolgsquote bei Interventionen 9

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften 10

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen 11

– Der Leben-Bereich 11

– Der Nichtleben-Bereich 13

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung 17

Der Bereich Berufliche Vorsorge 19

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle in der französischen Schweiz 21

Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz 23

Weitere Aktivitäten 26

Kundenzufriedenheitsstudie 27

Statistiken 2013

Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche 31

Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle 31

Tätigkeit 2004 bis 2013 32

Angeschlossene Versicherungsgesellschaften 33

Übersicht über das Berichtsjahr 2013

Entwicklung der Fallzahlen

Im Berichtsjahr 2013 wurden der Ombudsstelle 3747 (Vorjahr 3892) Anfragen und Beschwerden unterbreitet.

Anfragen total				3747	(3892)
Zuständigkeit				3207	(3365)
Direkte Erledigung	• davon telefonisch	1800	(1965)		
	• davon schriftlich	1013	(1030)	2813	(2995)
Interventionen				394	(370)

Wert des Vorjahres in Klammer

Im Zuständigkeitsbereich sind die Fallzahlen im Vorjahresvergleich um insgesamt 158 (4,9%) zurückgegangen. Dieser Rückgang betrifft fast ausschliesslich die telefonisch erledigten Anfragen. Es ist uns nicht bekannt, worauf der Rückgang der telefonischen Anfragen zurückzuführen ist.

Der Anteil der arbeitsintensiven und häufig komplexen Fälle im Bereich Personenversicherungen betrug 51% (49,4%). Bei Berücksichtigung der Beschwerdefälle in der Branche Reiseversicherung, bei denen es meistens um gesundheitsbedingte Annullationskosten, Assistance-Leistungen und Heilungskosten ging, beträgt der Anteil der Personenversicherungen im Zuständigkeitsbereich total 55,8% (53%).

Anfragen ausserhalb des Zuständigkeitsbereichs der Ombudsstelle

Sachbereich	2013	2012
AHV	11	13
ALV	2	3
IV	16	23
Krankenkassen	289	256
Kantonale Versicherungen	23	18
Im Ausland domizilierte Versicherungsgesellschaften	20	13
Der Stiftung nicht angeschlossene Privatversicherer	31	45
Personalvorsorge (autonome BVG Einrichtungen)	44	55
Diverses	103	101
Mutterschaftsversicherung	1	0
Total	**540**	**527**

Im Bereich Personenversicherungen entfielen 549 (603) Fälle auf UVG-Versicherungen (inklusive 12 (6) Anfragen zur Suva Militärversicherung), gefolgt von 522 (524) Fällen zu Krankentaggeld-Versicherungen, 398 (375) Anfragen zu Lebensversicherungen, 102 (104) Fälle zum BVG-Bereich und 59 (55) Fälle zu privaten Unfallversicherungen.

Obligatorische Unfallversicherung	549	(603)
Krankentaggeld-Versicherung	522	(524)
Lebensversicherung	398	(375)
BVG-Bereich	102	(104)
Private Unfallversicherung	59	(55)
Total	**1630**	**(1661)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Die einzelnen Veränderungen der Fallzahlen im Personenversicherungsbereich bewegen sich im Rahmen der üblichen Schwankungen während der letzten Jahre. Der Anteil der UVG-Angelegenheiten (inklusive Militärversicherung), bei denen bereits eine formelle Verfügung erlassen worden war, ist weiterhin gesunken und betrug im Berichtsjahr noch 12,5%.

Dass der Anteil der Anfragen, bei denen bereits eine Verfügung ergangen ist, weiterhin gesenkt werden konnte, dürfte insbesondere damit zusammenhängen, dass wir sämtlichen Ratsuchenden bei der ersten Kontaktaufnahme im Sinne einer Sofortmassnahme empfehlen, den UVG- bzw. Militär-Versicherer in schriftlich über die Einschaltung der Ombudsstelle zu informieren. Dies verbunden mit der Bitte, mit dem allfälligen Erlass einer Verfügung noch zuzuwarten, damit wir unsere Aufgabe wahrnehmen können.

Anliegen und Beschwerden pro Branche

Branche	**2013**	A	B	C	D	2012
Autohaftpflicht	**294**	53	66	141	34	314
Arbeitslosigkeit	**0**	0	0	0	0	2
Diebstahl	**90**	14	10	61	5	77
Fahrzeugkasko	**156**	34	42	72	8	140
Feuer/Elementar	**24**	2	2	16	4	37
Gebäude/Glas	**81**	27	16	31	7	89
Haftpflicht	**276**	49	26	170	31	329
Hausrat	**177**	48	45	65	19	180
Kaution	**1**	1	0	0	0	1
Krankheit	**522**	86	65	290	81	524
Leben	**398**	150	40	158	50	375
Maschinen	**3**	1	0	2	0	0
Rechtsschutz	**239**	52	29	122	36	318
Reise	**161**	19	11	113	18	130
Schmuck	**2**	0	0	2	0	8
Tiere	**8**	0	4	2	2	11
Transport	**4**	2	1	1	0	1
Unfall privat	**59**	12	2	40	5	55
Wasser	**40**	12	0	24	4	45
Kreditgarantie	**18**	3	1	11	3	21
Garantie	**3**	0	0	2	1	1
UVG	**549**	30	205	245	69	603
BVG	**102**	19	27	43	13	104
Total	**3207**					**3365**

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

Schwerpunktbereiche in den letzten 5 Jahren

Bereich	**2013**	2012	2011	2010	2009
Leben	**398**	375	533	534	648
Autohaftpflicht	**294**	314	304	303	354
Krankheit	**522**	524	621	569	475
Allgemeine Haftpflicht	**276**	329	332	304	350
UVG	**549**	603	519	637	651

Aufgliederung der Anfragen nach Herkunft

Aufgliederung nach Geschlecht oder anderer Zuordnung

Im Jahre 2013 wandten sich an die Ombudsstelle:

Männer	1932	(2015)
Frauen	1536	(1542)
Unternehmen, Behörden und Organisationen	279	(335)

Wert des Vorjahres in Klammer

Aufgliederung nach Sprachregionen

Eingegangene Gesuche total	2013	2012	Differenz
Deutsche Schweiz	2977	3039	– 62
Französische Schweiz	466	534	– 68
Italienische Schweiz	304	319	– 15
Total	**3747**	**3892**	**– 145**

Zuständigkeit der Ombudsstelle	2013	2012	Differenz
Deutsche Schweiz	2575	2668	– 93
Französische Schweiz	380	440	– 60
Italienische Schweiz	252	257	– 5
Total	**3207**	**3365**	**– 158**

Der Rückgang der Fallzahlen im Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Vorjahr (3365 auf 3207) betrifft sowohl den Hauptsitz der Ombudsstelle in Zürich (3,6%) als auch die Zweigstellen für die italienischsprachige und französischsprachigen Zweigstellen in Lugano (1,9%) und Lausanne (15,7%).

Geographische Herkunft der Anfragen und Beschwerden 2013

	Total		VVG		UVG		BVG		Unzuständig	
AG	**247**	(276)	170	(190)	35	(45)	6	(4)	36	(37)
AI	**5**	(6)	4	(2)	1	(2)	0	(0)	0	(2)
AR	**16**	(9)	14	(7)	1	(1)	0	(1)	1	(0)
BE	**405**	(414)	278	(274)	57	(70)	12	(11)	58	(59)
BL	**156**	(141)	102	(90)	32	(30)	3	(5)	19	(16)
BS	**134**	(131)	83	(95)	29	(15)	2	(6)	20	(15)
FR	**88**	(85)	57	(63)	12	(10)	3	(4)	16	(8)
GE	**138**	(142)	104	(108)	12	(16)	1	(0)	21	(18)
GL	**16**	(19)	7	(10)	5	(7)	1	(1)	3	(1)
GR	**50**	(37)	34	(28)	3	(7)	4	(0)	9	(2)
JU	**9**	(17)	3	(10)	3	(7)	1	(0)	2	(0)
LU	**179**	(183)	117	(117)	27	(36)	7	(5)	28	(25)
NE	**40**	(50)	31	(40)	3	(4)	0	(0)	6	(6)
NW	**16**	(13)	9	(10)	3	(0)	0	(0)	4	(3)
OW	**7**	(9)	2	(5)	0	(2)	1	(0)	4	(2)
SG	**159**	(138)	105	(99)	22	(25)	7	(2)	25	(12)
SH	**44**	(27)	31	(19)	5	(6)	1	(0)	7	(2)
SO	**103**	(90)	79	(63)	9	(10)	4	(3)	11	(14)
SZ	**66**	(68)	53	(49)	9	(14)	0	(1)	4	(4)
TG	**76**	(94)	58	(68)	10	(10)	2	(3)	6	(13)
TI	**308**	(341)	225	(247)	28	(15)	7	(15)	48	(64)
UR	**7**	(11)	6	(11)	1	(0)	0	(0)	0	(0)
VD	**231**	(300)	158	(206)	24	(18)	8	(13)	41	(63)
VS	**87**	(78)	66	(60)	8	(5)	0	(0)	13	(13)
ZG	**64**	(62)	44	(37)	9	(13)	3	(2)	8	(10)
ZH	**959**	(1023)	645	(681)	159	(200)	22	(24)	133	(118)
Ausland	**137**	(128)	71	(69)	42	(35)	7	(4)	17	(20)
Insgesamt	**3747**	**(3892)**	**2556**	**(2658)**	**549**	**(603)**	**102**	**(104)**	**540**	**(527)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Interventionsfälle

Das Total der Interventions-Fälle ist bei unveränderter Interventionspolitik von 370 auf 394 angestiegen. Mehrfachinterventionen in der gleichen Beschwerde-Angelegenheit werden in der nachstehenden Tabelle als eine Intervention aufgeführt.

	2013	2012	Differenz
Deutsche Schweiz	328	296	+ 32
Französische Schweiz	52	66	– 14
Italienische Schweiz	14	8	+ 6
Total	**394***	**370**	**+ 24**

*Ende 2013 waren davon 339 abgeschlossen.

Interventionsquoten (auf Basis der uns schriftlich unterbreiteten Anliegen)

Anfragen von Ratsuchenden, die telefonisch erledigt werden können, führen nie zu einer Intervention. Die Berechnung der Interventionsquote erfolgt daher nur auf Basis der uns schriftlich (inkl. die per Fax und E-Mail) unterbreiteten Anliegen.

Privatversicherung	29,05%	(27,8%)
Obligatorische Unfallversicherung/UVG	24,2%	(19,1%)
Sammelstiftungen BVG	18,8%	(24,4%)

Diejenigen Interventionsfälle, bei denen es Anlass zu Mehrfachinterventionen gab, haben im Vorjahresvergleich von 89 Fällen (24%) auf 82 Fälle (20,8%) abgenommen. Die grössten Interventionsquoten verzeichneten die Branchen Reiseversicherung (46%) und Hausratversicherung (40%), gefolgt vom Einzelleben-Bereich (34%). In der Branche Krankentaggeld betrug die Interventionsquote 16,6% (26,2%) und im UVG-Bereich 24,2% (27,5%). In diesen Branchen und Bereichen stellen sich besonders häufig komplexe Sachverhalts- und Rechtsfragen, deren Klärung oft einen teils intensiven Dialog mit dem involvierten Versicherer erfordert. Dies gilt im Besonderen für den Leben-Bereich. Dort war es in fast 30% der Interventionsfälle angezeigt, mitunter bis vier Mal beim Versicherer vorstellig zu werden.

Interventionen pro Branche/Bereich

Branche/Bereich	Keine Int.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	4 Int.	Total Int.
Autohaftpflicht	259	29	6	0	0	35
Arbeitslosigkeit	0	0	0	0	0	0
Hausrat	146	23	8	0	0	31
Diebstahl	76	11	1	2	0	14
Elementar	5	0	1	0	0	1
Feuer	14	3	1	0	0	4
Kasko	134	21	1	0	0	22
Gebäude	72	3	0	0	0	3
Glas	6	0	0	0	0	0
Garantie	3	0	0	0	0	0
Haftpflicht	249	21	6	0	0	27
Krankheit	491	23	8	0	0	31
Kaution	1	0	0	0	0	0
Kreditgarantie	14	3	1	0	0	4
Leben	319	57	15	5	2	79
Maschinen	2	1	0	0	0	1
Reise	120	32	8	1	0	41
Rechtsschutz	207	26	4	2	0	32
Schmuck	0	1	1	0	0	2
Transport	4	0	0	0	0	0
Tier	6	1	1	0	0	2
Unfall privat	56	3	0	0	0	3
Wasser	35	5	0	0	0	5
UVG	502	40	4	2	1	47
BVG	92	9	1	0	0	10
Insgesamt	**2813**	**312**	**67**	**12**	**3**	**394**

Erfolgsquote bei Interventionen

Das Ergebnis der per Ende 2013 abgeschlossenen 339 Interventionen war in 236 Fällen (69,6%) positiv und in 83 Fällen (24,5%) negativ. In 20 Fällen wurde das Resultat als neutral erfasst. Wie in früheren Jahren konnten im Berichtsjahr in Einzelfällen entgegenkommende Lösungen mit ausserrechtlichen Argumenten erreicht werden, z.B. bei Härtefällen, wenn soziale Aspekte wichtig waren, oder wenn die alleinige Anwendung des Rechts zu einem unbefriedigenden Resultat geführt hätte.

In der grossen Mehrheit der Fälle, in denen der Versicherer nur teilweise oder gar nicht entgegen kam, konnte die Ombudsstelle die vom Versicherer dargelegten Gründe nach Einholung einer Stellungnahme nachvollziehen.

Nur in wenigen Einzelfällen musste der Ombudsman der Beschwerde führenden Partei empfehlen, einen Anwalt beizuziehen. Entsprechende Empfehlungen erfolgen jeweils erst nach intensiven Verhandlungen und nach Vorankündigung an den Versicherer für den Fall, dass dieser weiterhin an seiner ablehnenden Position festhalte.

Zusammenarbeit mit den Versicherungs-Gesellschaften

Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Versicherungs-Gesellschaften erfolgte in den meisten Fällen gut bis sehr gut.

Dies hängt wesentlich damit zusammen, dass der Ombudsman bei jeder Versicherungs-Gesellschaft eine feste Ansprechpartnerin oder einen festen Ansprechpartner hat, den oder die er persönlich kennt. Die Zusammenarbeit nach dem Ansprechpartner-Prinzip ist letztlich darauf zurückzuführen, dass die Tätigkeit des Ombudsman nicht wie in einem Gerichtsverfahren auf Konfrontation, sondern auf Kooperation und Konsensfindung angelegt ist. Unter Einschaltung des Ombudsman als unabhängigen und neutralen Vermittler wird eine einvernehmliche und faire Lösung angestrebt. Dabei besteht die erste Massnahme nicht selten darin, total verhärtete Positionen aufzuweichen und den Dialog zwischen den Konfliktparteien neu zu lancieren. Eine wesentliche Voraussetzung dafür besteht im Umstand, dass die Verhandlungen zwischen der Ombudsstelle und der betroffenen Versicherungs-Gesellschaft nicht mit dem bisherigen Dossierverantwortlichen geführt werden, sondern mit einer speziell für alle Interventionen zuständigen Ansprechperson beim jeweiligen Versicherer. Diese ist fast immer Geschäftsleitungs- oder Direktionsmitglied mit der nötigen Entscheidungskompetenz. Dadurch ist für die Beschwerde führende Partei sichergestellt, dass der Fall nochmals von einer erfahrenen Person mit internem Durchsetzungsvermögen und vor allem mit «neuen Augen» geprüft wird.

Die Qualität der Stellungnahmen der Versicherer war in der überwiegenden Anzahl der Fälle fundiert und basierte auf seriösen Abklärungen der einzelnen Interventionen. Unbefriedigend war die Zusammenarbeit in wenigen Einzelfällen, bei denen auf von uns als wichtig erachtete Argumente nicht eingegangen worden war. Dies erforderte regelmässig eine neue Intervention.

Die Dauer der Bearbeitung der Interventionsfälle beträgt im Bereich Personenversicherungen wie bis anhin durchschnittlich vier bis sechs Wochen. Kommt es in diesem Bereich zu Verzögerungen, sind diese häufig darauf zurückzuführen, dass noch medizinische Abklärungen durch externe Ärzte nötig sind, auf deren Speditivität nur begrenzt Einfluss genommen werden kann.

In den anderen Bereichen (Nichtlebenbereich, d.h. Sach- und Haftpflichtversicherungen etc.) ist die Bearbeitungsdauer von Interventionen kürzer. Sie beträgt bei den meisten Versicherern ein bis vier Wochen. Bei ein paar wenigen Gesellschaften beträgt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Interventionsfällen im Nichtlebenbereich leider nach wie vor mehr als vier Wochen. Sind keine Sachverhaltsabklärungen nötig, sind mehr als vier Wochen Bearbeitungsdauer länger als die uns bekannten internen Vorgaben der Versicherer für das Beschwerdemanagement. Die Bearbeitungsdauer musste daher in einigen Fällen beanstandet werden.

Tätigkeit der Ombudsstelle bezogen auf die einzelnen Branchen

Der Bereich Privatversicherungen

Der Leben-Bereich

Im Berichtsjahr haben die Fallzahlen im Bereich Einzel-Lebensversicherung von 375 auf 398 wieder leicht zugenommen (6%).

Keine Besitzstandsgarantie auf künftige Überschuss-Beteiligungen in bisher gewährter Höhe

Etwas vermehrt beschäftigt als im Vorjahr haben uns Anfragen von besorgten Rentenbezügern, denen der Versicherer eine Kürzung der Überschuss-Rente angekündigt hatte, welche zusätzlich zur garantierten Rente gewährt worden war. Den meisten Versicherten war zwar bekannt, dass Überschuss-Beteiligungen während der Rentenbezugsphase nicht im Voraus garantiert werden können, weil diese vom jeweiligen Geschäftsergebnis abhängen und daher jährlich festgelegt werden. Die betreffenden Versicherten waren beim Vertragsabschluss insbesondere auch darüber informiert worden, dass Überschüsse dann entstehen, wenn gegenüber den Annahmen, welche der Prämienberechnung zugrunde liegen, die Erträge der Kapitalanlagen höher und/oder der Risiko- und Kostenverlauf günstiger sind. Verschiedene Versicherte waren jedoch der Meinung, dass sie aufgrund der seit einigen Jahren in unveränderter Höhe erhaltenen Überschuss-Zuweisungen und mangels anders lautenden Hinweises in den Rentenabrechnungen eine Besitzstandsgarantie hätten. Diesen mussten wir jeweils mitteilen, dass Überschuss- bzw. Bonuszuweisungen, welche seit einigen Jahren unverändert geblieben sind, weder eine Vertragsänderung noch ein Gewohnheitsrecht auf weitere Bonuszahlungen in bisheriger Mindesthöhe zu bewirken vermögen, weil dafür weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage besteht.

Diejenigen Versicherten, welche uns um Prüfung der Angemessenheit der Überschuss-Kürzung ersuchten, mussten wir aus Zuständigkeitsgründen an die Aufsichtsbehörde, die FINMA, weiter verweisen, welche die Höhe von Überschuss-Zuweisungen auf allfällige Missbräuchlichkeit überprüft.

Abschluss von Säule 3a-Policen – Beitragsvoraussetzungen nicht erfüllt – Falschberatung durch Versicherungsbroker

Einige Anfragen betrafen die Zulässigkeit von Beitragszahlungen an die Säule 3a, die gebundene Selbstvorsorge. So hatten wir uns beispielsweise mit der Säule 3a-Police eines Mitarbeiters einer internationalen Organisation in Genf zu befassen, welcher in der Schweiz steuerbefreit war und der AHV-Beitragspflicht nicht unterstand. Die Voraussetzungen für Beiträge an die Säule 3a (AHV-beitragspflichtiges und steuerbares Erwerbseinkommen in der Schweiz) waren daher nicht erfüllt. Bei der Prüfung der Akten stellte der Ombudsman eine Falschberatung durch den Versicherungsbroker fest, der die Police vermittelt hatte. Unabhängig davon wurde der Ombudsman beim Versicherer vorstellig, gegen die sich die Beschwerde richtete, und gab diesem seine Auffassung bekannt, dass die Voraussetzungen für Beitragszahlungen an die Säule 3a beim Vertragsabschluss (z.B. mittels geeigneten Fragen im Antragsformular) vom Versicherer auch dann zu prüfen sind, wenn die Police wie vorliegend durch einen Versicherungsbroker abgeschlossen worden ist. Nachdem die Vermittlungs-Parteien den Vorschlag der Ombudsstelle zur rückwirkenden Umwandlung der Säule 3a in eine Säule 3b (freie Vorsorge) abgelehnt hatten, erklärte sich der Versicherer nach weiteren Verhandlungen bereit, die Police aufzulösen und dem Beschwerdeführer das angesammelte Sparkapital ohne Abzug von Abschlusskosten zurückzuvergüten.

Fehlerhafte Berechnung von Policen-Umwandlungswerten auf der Basis nicht getätigter Käufe und Verkäufe von Fondsanteilen

Die Prüfung der Berechnung des Rückkaufs- und Umwandlungswerts durch den Lebensversicherer und/oder der Höhe der Risikoprämien und Kosten auf allfällige Missbräuchlichkeit fällt in den Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörde, der FINMA. Da sich der Ombudsman nicht in die Zuständigkeit der FINMA einmischen kann, interveniert er lediglich bei offensichtlichen Vertragsverletzungen im Rahmen der Umwandlung der Police in eine prämienfreie Versicherung. In einem dieser Fälle berechnete der involvierte Versicherer zunächst den Rückkaufswert einer Fondspolice auf der Basis der Verkaufskurse der Fondsanteile, in welche der Sparanteil der bezahlten Prämien investiert worden war. Die am gleichen Tag erfolgte Berechnung der Umwandlungswerte basierte jedoch auf den Einkaufskursen der jeweiligen Fondsanlagen, obschon effektiv weder Fondsanteile verkauft noch gekauft worden waren. Da die Verkaufskurse höher sind als die Einkaufskurse, resultierte aus den «Verkäufen» und gleichentags wieder vorgenommenen «Käufen» ein Verlust, der bei der Berechnung des Umwandlungswerts der Police nicht hätte berücksichtigt werden dürfen. Nach Intervention des Ombudsman korrigierte der Versicherer seinen Fehler, was zu einem höheren Umwandlungswert der prämienfreien Lebensversicherungs-Police führte.

Verzögerungen bei der Auszahlung von Erwerbsunfähigkeitsrenten / Praxisuntaugliche Regelung des Verzugseintritts in Art. 105 des Obligationenrechts

Verschiedene Beschwerden betrafen Verzögerungen bei der Auszahlung von Erwerbsunfähigkeitsrenten durch einzelne Lebensversicherer nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist von 720 Tagen. Konkret ging es dabei um versicherte Personen, die ihre Erwerbsunfähigkeit dem Versicherer frühzeitig mittels Beibringen von begründeten Arztberichten und den nötigen Dokumenten zur gesundheitsbedingten Erwerbseinbusse angemeldet hatten. In der Folge verzichteten die betreffenden Lebensversicherer zwar (um eigene Ermittlungskosten zu sparen) auf eine eigene vertiefte Prüfung des Versicherungsfalls, erbrachten aber dennoch vorderhand keine Rentenleistungen. Dies mit der Begründung, vor dem definitiven Leistungsentscheid wolle man die Verfügung der Eidgenössischen Invalidenversicherung abwarten.

In einem dieser Fälle vergingen nach Ablauf der Wartefrist von 720 Tagen beim Lebensversicherer nochmals fast zwei Jahre, bis ein Vorbescheid der Eidgenössischen Invalidenversicherung vorlag, welcher auf Jahre rückwirkend eine volle IV-Rente vorsah. In der Folge zahlte der Lebensversicherer die seit fast zwei Jahren ausstehenden Rentenleistungen aus. Da der entsprechende Betrag nicht verzinst worden war, beschwerte sich die betroffene Person, welche in der Zwischenzeit mit erheblichen finanziellen Problemen zu kämpfen hatte, bei der Ombudsstelle. Diese intervenierte und empfahl dem Lebensversicherer aufgrund der konkreten Fallumstände die Auszahlung eines Verzugszinses, weil er die vom Versicherten eingereichten Belege für die Rentenforderung nicht selbst geprüft hat, sondern stattdessen durch das Abwarten auf das Ergebnis der Abklärungen der IV eigene Ermittlungskosten gespart hat und über den spät ausbezahlten namhaften fünfstelligen Geldbetrag längere Zeit verfügen konnte. Der Lebensversicherer lehnte allerdings jegliche Verzinsung ab. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass bezüglich der einzelnen Renten kein Verfalltagsgeschäft vorliege und dass jede einzelne ausstehende Rentenzahlung hätte gemahnt werden müssen. Für Renten komme zudem ohnehin die Regel in Art. 105 Abs. 1 OR zum Tragen, wonach erst ab Betreibung bzw. Klage Verzugszinsen geschuldet seien.

Der Ombudsman konnte die Position des Versicherers im Ergebnis in streng rechtlicher Hinsicht zwar nicht kritisieren. Er betrachtet jedoch die im Obligationenrecht aufgeführte Verzugs-Regelung für Rentenleistungen aus folgenden Gründen als nicht praxistauglich:

Sobald der Versicherte seine Rentenforderung mit Dokumenten belegt hat, ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsfall zu prüfen. Falls der Renten-Versicherer aus Kostengründen seiner Pflicht zur Prüfung der Versicherungsleistung jedoch nicht nachkommt und stattdessen seinen Leistungsentscheid sistiert, bis die IV dazu umfassende Ermittlungen durchgeführt hat, führt dies zu einer unbefriedigenden Situation. Diese Gesetzesregelung verlangt nämlich von der versicherten Person, die ihren Mitwirkungspflichten bei der Ermittlung des Sachverhalts vollständig nachgekommen ist, dass sie den säumigen Renten-Versicherer allenfalls während Jahren für jede einzelne (!) fällige Rentenzahlung separat betreiben muss, um diesen bezüglich der einzelnen Zahlungen in Verzug zu setzen. Tut er dies nicht, bleiben die Rentenzahlungen mangels In-Verzug-Setzung mittels Betreibung über Jahre unverzinst.

Der Nichtleben-Bereich

Sachversicherungen

Bei Sachversicherungen standen wie in den Vorjahren Anfragen und Beschwerden zur Ausgewiesenheit und Höhe der Versicherungsleistungen im Vordergrund, gefolgt von Anfragen zum Deckungsumfang und zur Vertragskündigung.

Doppelversicherung bei Begründung einer Wohngemeinschaft

In der Branche Haushaltversicherung hatten wir uns mit einem alljährlichen Dauerthema zu befassen. Beim Begründen eines gemeinsamen Wohnsitzes durch zwei Personen kann aufgrund des Policenbestands beider Personen faktisch eine Doppelversicherung entstehen. Das ist dann der Fall, wenn zumindest eine der bestehenden Versicherungspolicen Versicherungsschutz für weitere Personen vorsieht, die im gleichen Haushalt leben. In diesen Fällen stellten uns einige Ratsuchende die Frage, ob das Begründen einer Wohngemeinschaft, eines Konkubinats oder einer Ehe in rechtlicher Hinsicht nicht zur vorzeitigen Auflösung einer dieser Policen berechtige. Dies mussten wir den Ratsuchenden gegenüber jeweils mangels Bestehen einer gesetzlichen und vertraglichen Grundlage verneinen. Eine vorzeitige Kündigung wäre beispielsweise im Falle eines gedeckten Schadenfalles oder im Falle einer nicht indexorientierten Prämienerhöhung per Beginn des künftigen Versicherungsjahrs möglich.

Dennoch konnten wir den betroffenen Versicherten in der Regel weiterhelfen. Nach der Praxis verschiedener Versicherungs-Gesellschaften wird bei Doppelversicherungen, die infolge Begründung eines gemeinsamen Wohnsitzes entstehen, aufgrund des Gesuchs beider Beteiligten und des Nachweises des geltend gemachten Sachverhalts häufig (freiwillig) die jüngere der beiden Policen per Ende des laufenden Versicherungsjahrs freigegeben. Soweit wir den jeweiligen Beschwerdeführern die Empfehlung abgaben, in diesem Sinne eine Stellungnahme beim Versicherer einzuholen, bei dem die jüngere Police bestand, und die Versicherungssumme beim anderen Versicherer nötigenfalls anpassen zu lassen, damit eine künftige Unterversicherung vermieden werden kann, wurde entsprechenden Anträgen nach unserem Kenntnisstand jeweils stattgegeben.

Abgrenzungsfragen zwischen Trickdiebstahl und «Raub»

In der Diebstahlversicherung wurden uns einige Fälle unterbreitet, bei denen die Frage zu beurteilen war, ob ein «einfacher Diebstahl auswärts» oder ein «Raub» vorliegt. Einer dieser Fälle betraf eine Person, die an einem Bancomat Geld abheben wollte. Nach Eingabe des Codes wurde sie von einem unbekannten Dritten abgelenkt und bedrängt. In diesem Moment habe eine andere unbekannte Person am Bancomat einen vierstelligen Geldbetrag von seinem Konto abgehoben. Der Diebstahl-Versicherer ging aufgrund des Sachverhalts von einem Trick-Diebstahl aus. Dieser gilt nach den massgeblichen AVB als einfacher Diebstahl auswärts. Da die Police entsprechend der gängigen Versicherungspraxis keine Versicherung für Geldwerte bei einfachem Diebstahl beinhaltete, lehnte der Versicherer die beantragte Entschädigung ab. Damit war der Beschwerdeführer nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle.

Nach Prüfung der Akten konnte die Ombudsstelle die Position des Versicherers nicht beanstanden. Von einem Raub im Sinne des Versicherungsvertrags hätte lediglich dann gesprochen werden können, wenn die versicherte Person vom Ansinnen der Täterschaft, einen Diebstahl zu verüben, Kenntnis gehabt hätte, aber infolge intensiver Drohung oder Anwendung von direkter Gewalt gegen Leib und Leben genötigt gewesen wäre, dem ihr bekannten Ansinnen der Täter nachzugeben. Im konkreten Fall war nach den polizeilichen Ermittlungen keine entsprechende Gewalt oder Drohung bzw. Nötigung angewandt worden, welche als «widerstandsbrechendes Mittel» zur Ermöglichung des Diebstahls bezeichnet werden konnte.

Motorfahrzeug-Versicherungen

Bei den Beschwerdefällen in der Motorfahrzeug-Versicherungsbranche standen im Berichtsjahr Beweisfragen nach Eintritt von Fahrzeug-Kollisionen bezüglich des Schadenhergangs und die erfolgte Beurteilung der Verschuldens- und Haftungsfrage durch den gegnerischen Motorfahrzeug-Versicherer im Vordergrund. Einige Anfragen betrafen jedoch auch Fragen zum Vertragsabschluss, zum Prämienverzug, zur vorzeitigen Vertragsauflösung bei Fahrzeugwechseln sowie Verfahrensbeschwerden wegen allzu langer Bearbeitungsdauer.

Leistungsablehnungen in der Haftpflicht-Versicherung ohne Bezugnahme zum konkreten Sachverhalt

In der Branche Privathaftpflicht-Versicherung hatte sich die Ombudsstelle verschiedentlich mit Meinungsverschiedenheiten zu befassen, welche sich gegen sehr schematisch ausgefertigte Leistungsablehnungen durch einen Haftpflichtversicherer richteten, die ohne jeden Bezug auf den konkreten Einzelfall ausgefertigt worden sind. Dies erweckte bei Geschädigten aus verständlichen Gründen den Eindruck, ihr Fall sei von der Haftpflicht-Versicherung der schadenverursachenden Person überhaupt nicht geprüft worden.

Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen / Divergierende Beurteilungen der «Schmerzgrenze» durch Ärzte, ab der aufgrund einer medizinischen Diagnose keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht

Die Anzahl von Beschwerdefällen zu Krankentaggeld- und Erwerbsunfähigkeitsleistungen von 522 im Nichtlebenbereich ist im Vorjahresvergleich nahezu identisch geblieben (524). Ein grosser Teil dieser Fälle war auf unterschiedliche Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte und den vertrauensärztlichen Dienst der Versicherer zurückzuführen. In denjenigen Fällen, in denen wir eine Wiedererwägung der bisherigen Position oder zusätzliche Abklärungen durch den Versicherer als erforderlich

erachteten, wurden wir bei diesem jeweils vorstellig, was in einigen Fällen zu einer entgegenkommenden Lösung mit höheren Versicherungs-Leistungen führte.

Besteht ein zwingender gesetzlicher Anspruch auf Übertritt von der Kollektiv-Taggeldversicherung in die Einzelversicherung bei Arbeitslosigkeit infolge Stellenverlusts?

Einige Anfragen hatten den Übertritt von der Kollektiv-Taggeldversicherung des ehemaligen Arbeitgebers in die Einzel-Taggeldversicherung zum Gegenstand. In diesem Zusammenhang wurden der Ombudsstelle mehrere Beschwerden von arbeitslosen Personen unterbreitet, welche sich gegen die Ablehnung von fristgerecht gestellten Anträgen auf Übertritt in die Einzel-Versicherung richteten.

Der involvierte Versicherer lehnte die Gesuche jeweils gestützt auf eine Klausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB ab, welche vorsieht, dass bei Beendigung des Arbeitsvertrags vor Ablauf der Probezeit kein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung besteht. Die Ombudsstelle hatte daher zu prüfen, ob diese Vertrags-Klausel nicht gegen eine zwingende Gesetzesregelung verstösst. Art. 100 Abs. 2 VVG sieht in Verbindung mit Art. 71 Abs. 1 und 2 und Art. 73 KVG vor, dass Kollektiv-Taggeld-Versicherte, die als arbeitslos im Sinne von Art. 10 ALV gelten, einen gesetzlichen Anspruch auf Weiterführung der Einzelversicherung (nach VVG) zu den bisherigen Bedingungen haben.

Taggeldversicherungen können freiwillig auf der Grundlage des KVG oder des VVG abgeschlossen werden. Durch die Verweisung in Art. 100 Abs. 2 VVG auf das KVG werden die privatversicherungsrechtliche und die sozialversicherungsrechtliche Regelung aufeinander abgestimmt. Damit wird eine einheitliche Ordnung namentlich für den Fall geschaffen, dass eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung ausscheidet. In erster Linie gewährt Art. 71 Abs. 1 KVG dem aus der Kollektivversicherung Austretenden das Recht, beim gleichen Versicherer in die Einzelversicherung überzutreten, womit er sich nicht anderweitig um Versicherungsschutz bemühen muss, was namentlich für einen Arbeitslosen mit Schwierigkeiten verbunden sein kann. Das Recht zur Gewährung des Übertritts in die Einzelversicherung nach Art. 71 Abs. 1 KVG ist eine zwingende gesetzliche Vorschrift. Die Taggeldversicherer nach KVG dürfen nicht bestimmte Personen, die aus dem Kreis der kollektiv versicherten Personen ausscheiden und arbeitslos sind, vom Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung ausschliessen. Eine einheitliche Ordnung für KVG- und VVG-Versicherungen ist nicht mehr gewährleistet, wenn die VVG-Versicherer unter Berufung auf die Vertragsfreiheit bestimmten Versicherten das Übertrittsrecht vorbehalten. Von einer Abstimmung der privatversicherungsrechtlichen und der sozialversicherungsrechtlichen Regelung kann nicht mehr gesprochen werden, wenn sich die Privatversicherer das Recht herausnehmen könnten, den Kreis der Übertrittsberechtigten enger zu ziehen als nach Art. 71 Abs. 1 KVG vorgesehen ist. Der Ombudsman gab dem Versicherer daher seine Rechtsauffassung bekannt, dass Art. 100 Abs. 2 VVG aus diesen Gründen zwingenden Charakter habe. Dass diese Regelung zwingenden Charakter habe, gehe auch daraus hervor, dass sie im Schlusstitel des Gesetzes aufgeführt sei. Bestimmungen im Schlusstitel eines Gesetzes sind in aller Regel zwingend.

Der Versicherer teilte diese Rechtsauffassung auch nach intensiven Verhandlungen nicht. Entsprechend der erfolgten Vorankündigung an den Versicherer empfahl der Ombudsman der Beschwerde führenden Partei daher, einen Anwalt beizuziehen.

Reiseversicherungen – Wer trägt die Hoffnung auf rechtzeitige Genesung vor Antritt der gebuchten Reise nach Eintritt eines gesundheitsbedingten Reise-Annullationsgrunds?

In der Reiseversicherungs-Branche hatten wir uns im Berichtsjahr vermehrt mit Reise-Annullationen zu befassen, die zu Leistungskürzungen des Reiseversicherers wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht führten. Konkret ging es jeweils um die Beurteilung der Frage, ob nach Eintritt eines gedeckten Reise-Annullationsgrunds (z.B. infolge Krankheit oder Unfall) mit der Reise-Annullation allzu lange zugewartet worden ist, sodass höhere Annullationskosten angefallen sind, als dies bei unverzüglicher Annullation der Fall gewesen wäre. Vielen Versicherten ist nicht bekannt, dass das Zuwarten mit der Annullierung einer Reise nach Eintritt eines versicherten Reise-Annullationsgrundes infolge Hoffnung auf rechtzeitige Genesung vor Beginn der betreffenden Reise aufgrund der im Versicherungsrecht geltenden Schadenminderungspflicht meistens auf eigenes Kostenrisiko erfolgt, wenn damit höhere Annullationskosten verbunden sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Abwarten nicht mit der Reiseversicherung abgesprochen wird.

Der UVG-Bereich und die Militärversicherung

Die Anzahl der Anfragen im UVG-Bereich inklusive Militärversicherung sanken im Vorjahresvergleich von 603 auf 549. Dies entspricht einem Rückgang der Fallzahlen von 9,1%. 464 (527) Fälle entfielen auf die deutsche, 49 (52) auf die französische und 36 (24) auf die italienische Schweiz. Die Anfragen aus der Deutschschweiz sanken um 11,9% und jene aus der Romandie um 5,7%, jene aus der italienischen Schweiz stiegen um 50%. Der Grossteil der Anfragen stammt somit wie in den Vorjahren mit einem Anteil von 84,5% (87,4%) aus der deutschen Schweiz. Auf die lateinische Schweiz entfallen 15,5%.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
A Unterstellungspflicht	7	(12)	1	(1)	1	(0)
Beginn Unterstellung	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Ende Unterstellung	2	(5)	1	(0)	1	(0)
Vertragsabschluss	4	(24)	3	(0)	0	(1)
Prämien	9	(16)	0	(0)	1	(1)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	22	(58)	5	(1)	3	(2)
B Unfallverhütung	5	(7)	0	(1)	0	(0)
Ärztliche Behandlung	11	(26)	1	(2)	2	(1)
Kostenvergütung	79	(90)	4	(4)	1	(1)
Taggeld	66	(87)	8	(5)	4	(2)
Invaliden-Rente	22	(16)	0	(0)	2	(1)
Integritätsentschädigung	7	(10)	1	(1)	1	(2)
Total	190	(236)	14	(13)	10	(7)
C Leistungskürzung/-ablehnungen	156	(127)	20	(25)	4	(3)
Regress	0	(4)	0	(0)	0	(0)
Total	156	(131)	20	(25)	4	(3)
D Allg. Informationen/Verfahren	96	(102)	10	(13)	19	(12)
Total	**464**	**(527)**	**49**	**(52)**	**36**	**(24)**

Wert des Vorjahres in Klammer

502 der insgesamt 549 Dossiers wurden direkt mit den Beschwerde führenden Personen erledigt. In 47 Fällen intervenierte die Ombudsstelle. 27 der 42 abgeschlossenen Interventionsfälle waren erfolgreich. In 12 Fällen war das Resultat negativ und in weiteren 3 Fällen wurde das Dossier als sog. «neutral» klassiert. Letzteres ist beispielsweise dann der Fall, wenn die versicherte Person während unserer Tätigkeit einen Anwalt beigezogen hat, oder wenn es um reine Informationsfragen geht.

UVG-Bereich – Aktengutachten durch den vertrauensärztlichen Dienst der Versicherung

Im UVG-Bereich wurden uns mehrere Beschwerdefälle unterbreitet, bei welchen der UVG-Versicherer gestützt auf den Bericht einer versicherungsinternen medizinischen Fachperson die Kausalität des fraglichen Unfalls für danach eingetretene Beschwerden verneinte. Zu prüfen war jeweils, ob die Versicherung ihren Entscheid alleine auf den betreffenden Bericht abstützen durfte. Diesbezüglich ist festzustellen, dass Versicherungsfälle nach der Bundesgerichtspraxis grundsätzlich ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden dürfen. Es sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (z.B. aufgrund von differenzierten konkreten Einwänden des behandelnden Facharztes).

Militärversicherung – Unzulässiger Kostenvorschuss für eine Spitalbehandlung durch ein Spital – SwissDRG System

Die Fallzahlen im Militärversicherungs-Bereich sind nach wie vor sehr tief. Im Berichtsjahr wurden der Ombudsstelle lediglich 12 (6) Anliegen unterbreitet.

Ein Beschwerdefall, mit dem wir uns zu befassen hatten, betraf das SwissDRG System, d.h. das neu eingeführte, an Diagnosen geknüpfte Fallpauschalen-System im Gesundheitswesen. Mit vielen Spitälern gestaltete sich der Abschluss der nötigen Tarifverträge im Rahmen des SwissDRG 2013 schwierig. Obschon auch im Militärversicherungsbereich das sog. Naturalleistungsprinzip gilt und Art. 15 UVV analog anwendbar ist, welche es den Spitälern verbietet, beim Patienten einen Kostenvorschuss für die Behandlung in der Allgemein-Abteilung einzuverlangen, bestand ein Spital bei einer militärversicherten Person auf Bezahlung eines Kostenvorschusses von CHF 6'000.- für die bevorstehende stationäre Behandlung (das Spital hatte den von der Militärversicherung offerierten SwissDRG-Vertrag noch nicht abgeschlossen gehabt). Die Versicherte bezahlte diesen Betrag, damit die dringend benötigte Behandlung zeitgerecht durchgeführt werden konnte. Da wir als Versicherungs-Ombudsstelle nicht bei Spitälern vorstellig werden, intervenierten wir bei der Militärversicherung. Dies verbunden mit der Bitte, dafür zu sorgen, dass der Kostenvorschuss der betroffenen Versicherten zurückerstattet werde, worauf die Suva Militärversicherung unverzüglich beim Spital vorstellig wurde, welches sich unkorrekt verhalten hatte. Damit konnte erreicht werden, dass das Spital den strittigen Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin innerhalb von 7 Tagen seit Eingang ihrer Beschwerde bei der Ombudsstelle zurückerstattete.

Der Bereich berufliche Vorsorge

Im Berichtsjahr wandten sich 102 (104) Personen an die Ombudsstelle, welche uns eine BVG-Angelegenheit mit einer Sammelstiftung eines schweizerischen Lebensversicherers unterbreiteten. 83 dieser Fälle betrafen die deutsche Schweiz, 14 die französische Schweiz und 5 die italienische Schweiz.

Hinzu kamen 44 Fälle, welche wir mangels Zuständigkeit nicht bearbeiten konnten, weil sich diese gegen eine autonome Pensionskasse richteten. Die betreffenden Personen wurden in der Regel an die unentgeltliche Beratungsstelle «BVG-Auskünfte» oder an ihren Privatrechtsschutzversicherer weiter verwiesen.

Beschwerdegrund	Deutsche Schweiz		Französische Schweiz		Italienische Schweiz	
Vertragsabschluss	7	(3)	0	(0)	0	(0)
Deckungsumfang	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Anzeigepflichtverletzung	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Einkauf	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Reglement	4	(1)	0	(0)	0	(0)
Änderung Vorsorgeeinrichtung	3	(5)	0	(1)	0	(0)
Freizügigkeit	12	(11)	1	(1)	0	(1)
Vorbezug	2	(8)	1	(0)	1	(0)
Pfändung	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Steuern	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Versicherungsausweis	10	(3)	0	(0)	0	(0)
Begünstigungsproblematik	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Kürzungen/Ablehnungen	22	(26)	4	(3)	1	(5)
Allgemeine Informationen	8	(2)	4	(3)	1	(7)
Verjährung	3	(2)	0	(1)	0	(0)
Vorzeitige Pensionierung	1	(1)	1	(1)	0	(1)
Scheidung	2	(5)	1	(0)	0	(1)
Koordinierter Lohn	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Verfahren	0	(0)	2	(2)	0	(0)
Anwalt	4	(4)	0	(0)	2	(0)
Total	**83**	**(77)**	**14**	**(12)**	**5**	**(15)**

Wert des Vorjahres in Klammer

Zu Interventionen Anlass gaben 10 Fälle. In 5 der abgeschlossenen 7 Fälle konnte damit für die versicherte Person ein positives Ergebnis erreicht werden. Die bearbeiteten Beschwerdefälle waren häufig sehr komplex und im Besonderen dann sehr zeitaufwändig, wenn die strittigen Sachverhalts- und Rechtsfragen eine Invaliditätsrente betrafen.

Gesundheitsvorbehalte in der überobligatorischen beruflichen Vorsorge

Verschiedene BVG-Versicherte beschwerten sich nach Antritt einer neuen Arbeitsstelle bei der Ombudsstelle darüber, dass ihr neuer BVG-Versicherer von ihnen eine Gesundheitserklärung verlange. Die betroffenen Versicherten mussten wir darüber informieren, dass Gesundheitsvorbehalte nur in der obligatorischen beruflichen Vorsorge ausgeschlossen sind. Gemäss der geltenden Gesetzgebung sind die BVG-Versicherer im überobligatorischen Bereich grundsätzlich berechtigt, aus gesundheitlichen Gründen Vorbehalte für die Risiken Tod und Invalidität anzubringen, falls das massgebliche BVG-Reglement dies vorsieht. Diese dürfen nur für die Risiken Tod und Invalidität sowie höchstens für die Dauer von fünf Jahren ausgesprochen werden. Dabei darf der Vorsorgeschutz, der mit den eingebrachten Austrittsleistungen erworben wird, nicht durch einen neuen gesundheitlichen Vorbehalt geschmälert werden. Für die Versicherten günstigere Bedingungen der neuen Vorsorgeeinrichtung gehen vor. Die Ombudsstelle kann daher nicht beanstanden, wenn ein BVG-Versicherer für die überobligatorische Vorsorge vom Versicherten eine Gesundheitserklärung verlangt und bei Vorliegen eines vorbestehenden Leidens einen auf fünf Jahre befristeten Vorbehalt anbringt.

Die Zweigstellen

Die Zweigstelle in der französischen Schweiz

Me Olivier Subilia, der Leiter der Zweigstelle in der französischsprachigen Schweiz, hat bei der Auswertung der Statistik 2013 während des Verfassens seines Beitrags zum Jahresbericht mit Erstaunen festgestellt, dass er im Vergleich zum Vorjahr weniger Fallzahlen zu verzeichnen hat. Tatsächlich wurden 466 Anfragen im Jahr 2013 gegenüber 534 Anfragen im 2012 an die Zweigstelle der französischen Schweiz gerichtet. Im Bereich der Privatversicherung – in welchem die grösste Reduktion der Fallzahlen zu verzeichnen war – gingen die Anfragen von 376 im Jahr 2012 auf 317 Anfragen im Berichtsjahr zurück.

Nicht die Anzahl der Fälle löste bei Me Subilia diese Verwunderung aus, sondern die Tatsache, dass das Berichtsjahr für ihn und seine Mitarbeitenden besonders arbeitsintensiv war. Obschon die Anzahl der bearbeiteten Anfragen zurückging, war der Aufwand im Dienste der Beschwerdeführenden mindestens so gross wie im Vorjahr.

Die Reduktion der Fallzahlen betrifft zwar alle Versicherungsbereiche. Zwei Gebiete standen aber im Vordergrund. Die erste betrifft den Bereich der Lebensversicherung (46 im Jahr 2013 gegenüber 66 im Jahr 2012). Diese Abnahme lässt sich teilweise dadurch erklären, dass die unterbreiteten Anfragen einen geringeren Anteil von Beschwerden wegen unzureichender Renditen von Policen aufwiesen, welche in Zeiten besserer wirtschaftlicher Aussichten abgeschlossen worden waren. Mit Blick auf die in den letzten Jahren von den Versicherungen weiterentwickelten fondsgebundenen Produkten und den Bemühungen, die Versicherten besser zu informieren, führt Me Subilia die Reduktion der Fallzahlen als Reaktion der Versicherten auf generell besser verständliche Policen zurück.

Eine weitere deutliche Reduktion der Fallzahlen wies die Branche Rechtsschutz-Versicherung auf (31 im Jahr 2013 gegenüber 56 im Jahr 2012). Die Gründe dafür sind Me Subilia nicht bekannt. Bei der Art der zu behandelten Anfragen konnte er keine Unterschiede zum Vorjahr feststellen.

Keine Überraschung war für Me Subilia die Tatsache, dass die Branche Krankentaggeld-Versicherung mit 67 Fällen, also mit mehr als 20% sämtlicher behandelter Anfragen und Beschwerden, den Haupt-Bereich seiner Tätigkeit im Berichtsjahr darstellte. Meist standen unterschiedliche medizinische Einschätzungen zur Diskussion. Die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle ist in diesem Zusammenhang oft schwierig. Dies weil man die von der Beschwerde führenden Partei erhaltenen medizinischen Unterlagen mit denjenigen der Gesellschaft vergleichen muss – teilweise auch unter Berücksichtigung eines IV-Dossiers. Die Bearbeitung solcher Fälle ist oft zeitaufwändig und komplex, da wir über keinen eigenen medizinischen Dienst verfügen und nur die Stichhaltigkeit der Berichte aus rechtlicher, nicht aber medizinischer Perspektive, beurteilen können.

Folgende Beispiele aus dem Berichtsjahr vermögen die Probleme, denen die Zweigstelle in der Westschweiz im Rahmen ihrer Tätigkeit begegnete, gut aufzuzeigen:

Anrufung der Ombudsstelle durch Versicherte nach bereits selbst gelöster Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer

Ein bezeichnendes Dossier, das die Zweigstelle beschäftigte, betraf eine Beschwerdeführerin, die mittels 30-seitigen Beilagen ihre Versicherungssituation während der letzen 5 Jahre darlegen wollte. Bei der Prüfung des Dossiers zeigte sich, dass die Gesellschaft der Beschwerdeführerin in sämtlichen beanstandeten Punkten entgegengekommen war. Unabhängig davon wollte sie das Verhalten der Gesellschaft kritisieren und eine Bestäti-

gung dafür erhalten, dass ihre Forderungen gerechtfertigt waren. Auch wenn dieses Beispiel allenfalls als etwas bizarr interpretiert werden sollte, so zeigt es doch die falschen Erwartungen auf, welche die Beschwerdeführenden teilweise an die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle haben. Teilweise möchten sie gar keine Vermittlung in einer Meinungsverschiedenheit; vielmehr erhoffen sie sich, dass die Ombudsstelle sie in ihrer Position gegenüber die Versicherungen bestätigt und den Versicherer kritisiert, ohne dass die bestehende Situation noch weiter verbessert werden könnte. Solche Dossiers sind oft arbeitsintensiv, weil es eine gewisse Zeit benötigt, um die juristischen Aspekte der Meinungsverschiedenheit von der angesammelten Frustration der Versicherten zu unterscheiden. Me Subilia betrachtet es als unabdingbar, dass die Ombudsstelle ihre Energie dazu investiert, Lösungen zu finden anstatt das Verhalten der Parteien als gut oder schlecht zu bewerten. Die Ombudsstelle hat nicht die Funktion einer intervenierenden Aufsichtsbehörde. Wir würden unsere Aufgabe missverstehen, wenn wir hier gegenüber dem Versicherer zu einer Schelte ausholen würden.

Zeitliche Versicherungsdeckung in der Rechtsschutz-Versicherung

Eines der heikelsten Dossiers betraf die Branche Rechtsschutz-Versicherung. Es handelte sich dabei um einen Versicherten, der aus gesundheitlichen Gründen Leistungen eines Unfallversicherers beantragte. Der UVG-Versicherer lehnte eine Leistungspflicht mit der Begründung ab, dass die Gesundheitsprobleme auf ein Ereignis zurückzuführen seien, welches aus zeitlichen Gründen bei ihm nicht versichert sei. Um diesen Entscheid anzufechten, wandte sich der Beschwerdeführer an seine Rechtsschutz-Versicherung, bei der er seit knapp 30 Jahren versichert war. Diese lehnte aber sein Gesuch um Rechtsschutz mit der Begründung ab, dass die Streitigkeit auf ein Schadenereignis, d.h. auf einen alten Unfall vor 40 Jahren – also vor Vertragsabschluss – zurückzuführen sei. Trotz Mehrfachinterventionen konnte die Ombudsstelle die Versicherung nicht zu einer Änderung ihrer Position bewegen.

Dieser Fall ist beispielhaft für die Schwierigkeiten von Versicherten, denen die Ombudsstelle in der Branche Rechtsschutz-Versicherung im Zusammenhang mit der zeitlichen Versicherungsdeckung manchmal begegnet. In konkreten Fall sah sich der Beschwerdeführer, der in den 1970-er Jahren verunfallte, in den 1980-er Jahren eine Rechtsschutz-Police abgeschlossen hatte und danach weitere Gesundheitsprobleme erlitten hatte, mit einer ausgesprochen strengen Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB konfrontiert. Diese bezeichnen das ursprüngliche Unfallereignis als (für die zeitliche Deckung massgeblichen) Auslöser des Rechtsstreits, auch wenn der Unfall beispielsweise erst nach 25 Jahren zu Rechtsproblemen führt. Obschon die AVB frei definieren können, welche Anforderungen an die zeitliche Deckung gestellt werden, führte die strikte Berufung des Versicherers auf diese Klausel im konkreten Einzelfall für den Beschwerdeführer zu einem nicht mehr nachvollziehbaren Ergebnis. Dies zumal er gegenüber dem UVG-Versicherer geltend machte, seine aktuellen Beschwerden seien auf ein neueres, nach Abschluss der Rechtsschutz-Versicherung eingetretenes Leiden zurückzuführen.

In zahlreichen Interventionsfällen von Beschwerdeführenden aus der französischsprachigen Schweiz konnte jedoch ein erfolgreiches Resultat erzielt werden. Die Erfolgsquote stieg im Privatversicherungsbereich von 60% im Jahr 2012 auf 77% im Jahr 2013 an.

«Zusammen an einen Tisch sitzen» kann sich auch bei hohem Eskalationsgrad lohnen

Schliesslich hielt Me Subilia zum ersten Mal in seiner Tätigkeit als Leiter der Zweigstelle

in der Westschweiz – in Absprache mit dem Hauptsitz der Ombudsstelle und der Versicherung – eine Verhandlung zwischen den Parteien in der Zweigstelle ab. Es handelte sich dabei um einen Diebstahl-Schaden, welcher komplizierte Fragen aufwarf. Es ging dabei unter anderem um die Ermittlung des auf das Schadenereignis zurückzuführenden Umsatzverlusts und die Erstellung eines Inventars auf Basis einer wenig aussagekräftigen Buchhaltung. Die Verhandlung lohnte sich, da beide Parteien innerhalb von zwei Stunden ihre jeweiligen Standpunkte erklären, die Meinungsverschiedenheiten erörtern, die jeweiligen Belege vergleichen und schliesslich zu einer Einigung kommen konnten. Als der Verfasser die beiden Parteien zur Tür begleitete, waren diese nach wie vor in ein freundliches Gespräch vertieft. Bei der Dossiereröffnung hatte sich der Fall noch durch ein sehr hohes Konfliktpotential – hinsichtlich persönlicher Befindlichkeiten – ausgezeichnet.

Trotz seiner Aussergewöhnlichkeit versinnbildlicht dieser Fall die Vermittlungstätigkeit der Ombudsstelle. Sie erlaubt zwei Parteien, die sich nicht mehr verstehen und darauf emotional reagieren, neuen Raum für Verhandlungen zu finden, in dem eine Einigung möglich wird.

Die Zweigstelle in der italienischen Schweiz

Der Leiter der Zweigstelle in der italienischen Schweiz, Herr Avv. Carlo Luigi Caimi, bezeichnet das Berichtsjahr 2013 für die Tätigkeit der Zweigstelle in Lugano als relativ stabil, ruhig und insbesondere als ein Jahr ohne signifikante Veränderungen.

Die Gesamtzahl der Fälle, mit denen sich die Zweigstelle der italienischen Schweiz im Berichtsjahr zu befassen hatte, ist nahezu konstant geblieben. Im Jahr 2012 waren es 319 und im Jahr 2013 insgesamt 304 Anliegen. Der Rückgang der Fallzahlen um 15 betraf vor allem Angelegenheiten, für welche die Ombudsstelle nicht zuständig war.

Die zahlenmässigen Verringerungen im Privatversicherungsbereich um 5 Anfragen (von 218 auf 213) und im BVG Bereich um 10 Anfragen (von 15 auf 5) wurden durch einen Anstieg im UVG-Bereich um 12 (von 24 auf 36) kompensiert. Insgesamt 15 (8) Beschwerden führten zu einer Intervention beim involvierten Versicherer. Diese hatten in zwei von drei Fällen ein positives Ergebnis für die Beschwerde führende Partei zur Folge.

Die Rangliste im Privatversicherungsbereich wurde angeführt von Anfragen zur Haftpflicht-Versicherung (Autohaftpflicht: 30, allgemeine Haftpflicht: 28), gefolgt von Anliegen bezüglich der Krankentaggeld-Versicherung mit 39 Fällen. Nebst einem Anstieg der Fälle im Lebensversicherungsbereich von 17 auf 34 Fälle sanken die Fallzahlen in den Branchen Gebäude- und Hausratversicherung von 35 auf 23.

Nach Problemstellung unterteilt standen Fragen zur Versicherungsleistung bei der Schadenerledigung im Vordergrund (78), gefolgt von Anfragen zum Vertragsabschluss (18), zum Deckungsumfang (17), zu den Themen Beratung und Verfahren (18) sowie allgemeine Versicherungsinformationen (25).

Relevanz der beweisbaren Fakten bei divergierenden Sachverhaltsdarstellungen der Unfallbeteiligten in der Motorfahrzeug-Versicherungsbranche

Die Motorfahrzeug-Versicherungen gaben Anlass zu 38 Beschwerden, wovon 30 Autohaftpflicht-Fälle und 8 die Kasko-Versicherung

betrafen. Bei den Strassenverkehrsunfällen war häufig der Schadenhergang unklar und die Angaben der Parteien zum Kollisionseintritt manchmal diametral entgegengesetzt. In diesen Fällen war es oft schwierig, den Betroffenen, welche überzeugt waren, zu 100% im Recht zu sein, verständlich zu machen, dass sich die Beurteilung der Verschuldens- und Haftungsfrage letztlich nach der Beweislage richtet, und dass davon auch der Ausgang des Verfahrens der Ombudsstelle abhängt.

Ärzte-Streitigkeiten in der Branche Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Sowohl in der Branche Kollektiv-Krankentaggeldversicherung als auch im Leben-Bereich wurden der Zweigstelle einige Beschwerden unterbreitet, denen Ärztestreitigkeiten mit unterschiedlichen Beurteilungen des effektiven Grads der Arbeitsunfähigkeit in den erstellten medizinischen Gutachten zu Grunde lagen. Soweit bei diesen Beschwerdefällen aus rechtlichen Gründen keine Intervention beim Versicherer möglich war, konnte Avv. Caimi den Betroffenen immerhin helfen, den Inhalt der Gutachten und die Gründe für die erfolgte Leistungsverweigerung besser als bis anhin zu verstehen.

Enttäuschung von Versicherungsnehmern über den Rückkaufswert ihrer Lebensversicherungspolice

Einige Versicherte waren enttäuscht über den Rückkaufswert ihrer Lebensversicherungen. Dies war im Speziellen bei vorzeitiger Auflösung der Police nach kurzer Vertragsdauer der Fall. Diesen Versicherten musste jeweils dargelegt werden, dass auch bei kurzer Vertragsdauer Risikoprämien und Verwaltungskosten anfallen, und dass die Abschlusskosten im Rückkaufsfall vollständig amortisiert werden, was bei kurzer Vertragsdauer bis zur Auflösung der Police zu einem erheblichen Verlust führen kann.

Beweisprobleme mit der Reiseversicherung nach Reisen in ferne Länder, nachträglich teils kaum mehr beschaffbare Arztberichte aus dem Ausland

In der Diebstahl- und Reiseversicherung hatte Avv. Caimi den Eindruck, dass die Versicherer bezüglich der Anforderungen an die Anerkennung von Beweismitteln strenger geworden sind. In der Praxis gab es in diesem Zusammenhang vor allem nach Eintritt von Diebstahlereignissen Probleme, wenn die Betroffenen beispielsweise nur Fotos der gestohlenen Gegenstände und keine Kaufbelege mehr vorweisen konnten. In der Branche Reiseversicherung hatte sich Avv. Caimi zudem mit ein paar Anfragen zu befassen, bei denen es Versicherten, die Reisen in ferne Länder unternommen hatten, fast unmöglich war, nach ihrer Rückkehr in die Schweiz die vom Reiseversicherer geforderten Dokumente (Arztberichte etc.) im Ausland zu beschaffen.

Rechtsschutzversicherung

In der Branche Rechtsschutz-Versicherung hatte sich Avv. Caimi auch im Berichtsjahr mit dem Dauerthema «Geltendmachung der Aussichtslosigkeit weiterer Rechtsschutz-Massnahmen durch den Rechtsschutz-Versicherer» zu befassen. In diesen Fällen konnte er lediglich prüfen, ob die geltend gemachte Aussichtslosigkeit genügend begründet war und den weiteren Anforderungen in Art. 169 AVO (Aufsichtsverordnung) entsprach. Dies nicht nur deshalb, weil die Aussichtslosigkeitserklärung keine versicherungsrechtliche Angelegenheit betraf, sondern auch deshalb, weil die Ombudsstelle als Vermittlungsstelle das bei Aussichtslosigkeitserklärungen vorgesehene Schiedsverfahren nicht durchführen kann und darf.

Avv. Caimi konnte auch im Berichtsjahr feststellen, dass die Versicherten dem Inhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ AVB häufig allzu wenig Aufmerksamkeit

schenken. Obschon die meisten Versicherten wissen, dass diese Bestandteil des Vertrags sind, lesen sie die AVB überhaupt nicht. Einige Versicherte erfuhren daher erst nach Eintritt eines Schadens, dass das als gedeckt geglaubte Ereignis gar nicht versichert oder Gegenstand eines Deckungsausschlusses ist. Dies verursachte verschiedentlich Frustration bei den Versicherungskunden und führte zu Konflikten mit den Gesellschaften. Avv. Caimi misst der Qualität der beim Vertragsabschluss durchgeführten Beratung daher eine grosse Bedeutung zu.

UVG-Versicherungsdeckung für teilzeitbeschäftigte Grenzgänger aus der EU

Die Hauptthemen, welche der Zweigstelle der italienischen Schweiz im UVG-Bereich unterbreitet wurden, betrafen die Kürzung oder Ablehnung der Leistungen, die ärztliche Behandlung, die Taggelder, die Invalidenrente, das Verfahren sowie allgemeine Informationen zum Unfallversicherungsrecht. Eine Beschwerde gab Anlass zu einer interessanten Intervention, deren Thema für den Kanton Tessin, in welchem vermehrt «Grenzgänger» angestellt sind, von Bedeutung ist. Es handelte sich um die grundsätzliche Frage der UVG-Deckung von Personen, die in Italien wohnen (Wohnort in einem EU-Land) und in der Schweiz für einen oder mehrere Arbeitgeber tätig sind (Erwerbsort), gemäss Art. 13 Ziffer 1 der EU-Verordnung Nr. 883/2004, die aufgrund des in Art. 115a UVG erwähnten Abkommens anwendbar ist. Ist der Erwerbsort solcher Arbeitnehmer ausschliesslich in der Schweiz (Vollzeitbeschäftigung oder Teilzeitbeschäftigung), kommen sie in den Genuss der Unfalldeckung gemäss UVG. Sobald aber neben einem schweizerischen Arbeitgeber auch ein Arbeitgeber in einem EU-Staat vorhanden ist, wie dies bei italienischen Grenzgängern bei Teilbeschäftigung nicht selten ist, besteht keine UVG-Deckung.

BVG-Bereich

Im BVG-Bereich konnte Avv. Caimi die ihm unterbreiteten Anliegen direkt mit den Ratsuchenden klären. Diese hatten vor allem die Versicherungsleistungen und Begünstigungsklauseln zum Gegenstand.

Weitere Aktivitäten

Im März 2013 benutzte die Stiftung die vom Eidgenössischen Finanzdepartement erhaltene Gelegenheit zur Stellungnahme zum Hearingbericht zum Projekt «FIDLEG» (Finanzdienstleistungsgesetz) zu nehmen. Die Stellungnahme ist auf unserer Homepage www.versicherungsombudsman.ch aufgeschaltet.

Im Juli 2013 führte der Stiftungsratspräsident zusammen mit dem Ombudsman ein Gespräch mit Herrn Prof. Dr. Isaak Meier und seinem Assistenten, Herrn lic. iur. David Siegwart. Gegenstand des Gesprächs war der in der AJP erschienene Artikel von Herrn Prof. Meier (Uni Zürich) zu Ombudsstellen, welche zu wenig unabhängig seien und primär den Interessen der Anbieter dienen würden. Dieser Artikel hat zu verschiedenen Medienberichten geführt. Dabei wurde Prof. Meier am Hauptsitz der Ombudsstelle zunächst darüber informiert, weshalb die Unabhängigkeit bei unserer Stiftung gewährleistet ist, und wie die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva im Detail arbeitet. Im Weiteren wurden die Vorschläge von Herrn Prof. Meier und Herrn lic. iur. Siegwart zur künftigen Entwicklung des Ombudswesens eingehend diskutiert. Der Präsident und der Ombudsman erachten den Austausch von Meinungen zwischen Lehre und Praxis als wichtig und wertvoll.

An einem Meinungsaustausch zwischen dem Ombudsman und Aufsicht Lebensversicherungen der FINMA wurden Fragen zur jeweiligen Zuständigkeit und Themen besprochen, welche sowohl die FINMA als auch die Ombudsstelle tangieren. Anlässlich eines Treffens mit dem Leiter des Ausschusses Recht & Compliance des Schweizerischen Versicherungsverbands/SVV konnte er zudem darlegen, wie die erfolgte positive Entwicklung in den letzten Jahren bezüglich der Beratung am «Point of Sale» in verschiedenen Branchen nach seiner Erfahrung noch weiter optimiert werden kann.

Im Weiteren konnte der Ombudsman nebst einigen Treffen mit anderen Ombudsleuten, die unter anderem dem Austausch von branchenspezifischen Fachkenntnissen und der Koordination von Beschwerdefällen dienten, im Berichtsjahr auch einige Medien-Kontakte (mit Print- und Onlinemedien sowie Teilnahme an Radiosendungen) pflegen.

Zusätzlich zu seinen nationalen Kontakten hatte der Ombudsman auch Gelegenheit zu verschiedenen internationalen Kontakten, so unter anderem auch als Beobachter an einem FINNET Meeting der Europäischen Union. Im Anschluss an ein mehrtägiges Meeting in Zürich mit einer Delegation des Financial System Mediator von Armenien, welches der Erweiterung des Know-how des Personals beider Institutionen zu Konfliktlösungsmechanismen mittels Fallstudien diente, hielt der Ombudsman zudem einen Vortrag an einem Kongress für Finanzdienstleister in Armenien zu unserer Tätigkeit als konsens- und lösungsorientierte Alternative zu konfliktorientierten und langwierigen Gerichtsverfahren.

Anlässlich des Welttags der Konsumentenrechte nahm der Ombudsman im Weiteren an einem von der Eidgenössischen Kommission für Konsumentenfragen EKK organisierten Symposium an der Universität Bern zum Thema (Aus-)Bildung des Konsumenten über seine Rechte teil. Frau Rechtsanwältin Suzanne Schaad-Ritt hielt zudem ein Referat vor der Schweizerischen Patientenorganisation mit anschliessendem Meinungsaustausch zu Fragen, welche die Kranken- und Unfallversicherung in der Schweiz betreffen.

Als besonders wichtig und wertvoll erachtet der Ombudsman auch seine direkten Kontakte mit der obersten Geschäftsleitung einzelner Versicherungs-Gesellschaften und seine Treffen bzw. Jahresgespräche mit Ansprechpartnern der Ombudsstelle bei den unserer Stiftung angeschlossenen Gesellschaften. Diese finden über das ganze Jahr verteilt statt. Dabei werden jeweils grundsätzliche Fragen und Schwerpunktthemen besprochen, welche nicht das Tagesgeschäft betreffen.

Kundenzufriedenheitsstudie

Im Frühjahr 2013 wurden Schweizerische Ombudsstellen in verschiedenen Medien-Berichten kritisiert. Ihnen wurde unter anderem vorgeworfen, vor allem im Interesse der involvierten Branche zu handeln und die Interessen ihrer Kunden nicht genügend wahrzunehmen.

Weil uns die Meinung unserer Kunden ein zentrales Anliegen ist, hat sich unsere Stiftung vor diesem Hintergrund entschlossen, eine repräsentative Kundenzufriedenheitsstudie durchführen zu lassen. Mit deren Durchführung hat der Ombudsman die darauf spezialisierte GfK Switzerland AG beauftragt. Dies einerseits deshalb, um zu erfahren, wie zufrieden unsere Kunden mit der Dienstleistung der Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva tatsächlich sind, aber auch um zuverlässige Informationen darüber zu beschaffen, wo wir aus Sicht der Ratsuchenden, deren Interesse im Zentrum unserer Tätigkeit steht, unsere Dienstleistung effektiv weiter verbessern können und müssen.

Die Auswertung der durchgeführten Kunden-Befragung zeigte signifikante Unterschiede bei der Beurteilung durch die drei verschiedenen Kundengruppen:

Kundengruppe 1: Die Ombudsstelle hat sich unzuständig erklärt

Die Tatsache, dass die Ombudsstelle nicht zuständig war, hatte einen negativen Einfluss auf die Beurteilung. Es ist nahe liegend, dass die betreffenden Personen mit der Antwort der Ombudsstelle tendenziell unzufrieden waren. Gleichwohl waren diese Personen auch nicht in der Lage, sich über die Qualität der Arbeit der Ombudsstelle zu äussern. Dies schlichtweg deshalb, weil die Ombudsstelle materiell gar nicht tätig wurde. Bei der Befragung wurde diese Gruppe dennoch erfasst, um möglichst umfassende Reaktionen zu erhalten.

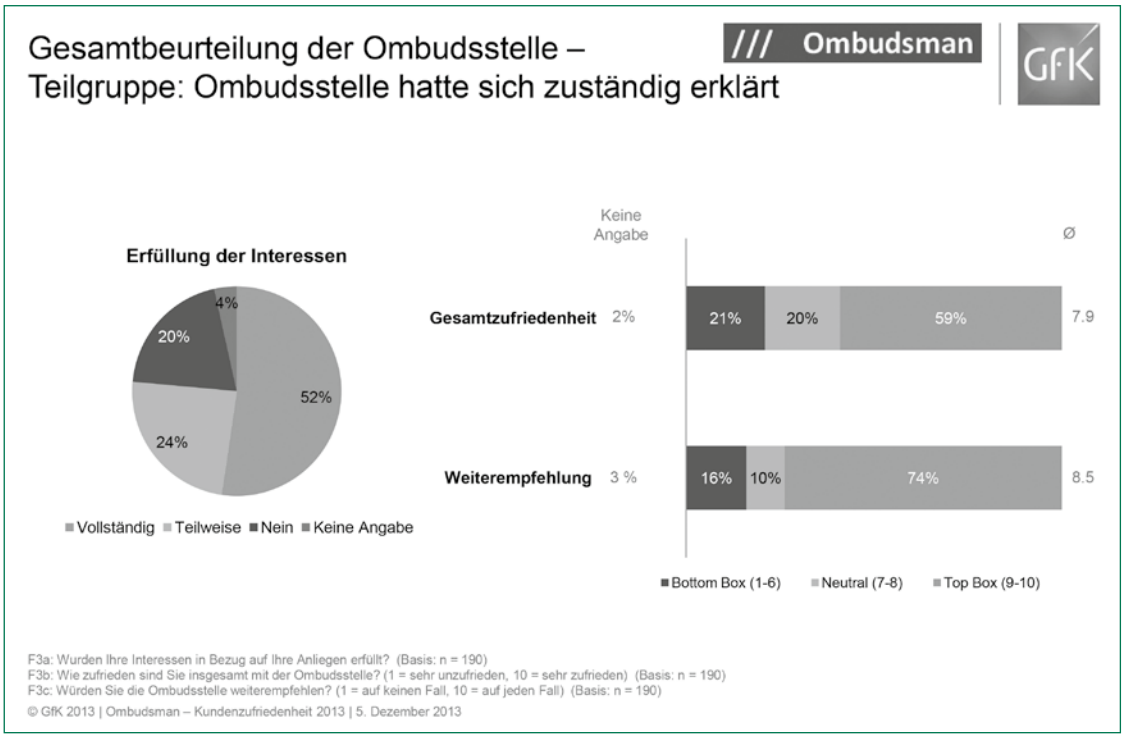
Kundengruppe 2: Die Ombudsstelle hat sich zuständig erklärt, aber beim Versicherer nicht interveniert

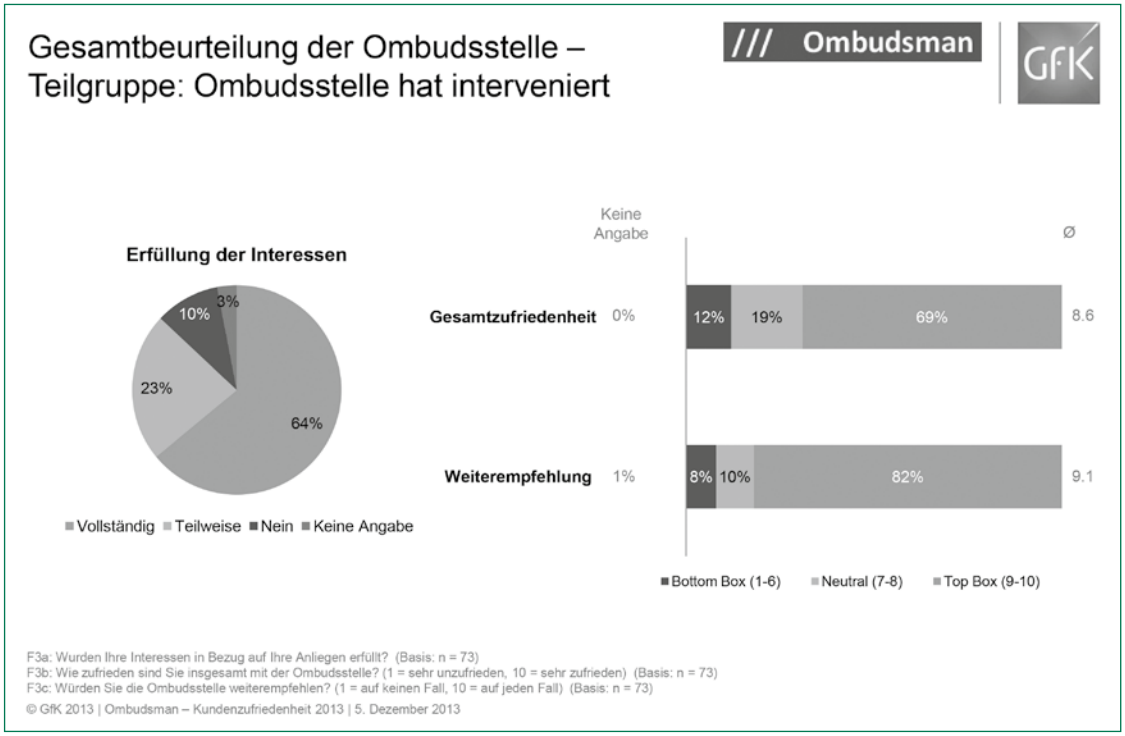
Ähnliche Überlegungen geltend analog auch für alle diejenigen Fälle, die zwar im Zuständigkeitsbereich der Ombudsstelle lagen, bei denen aber der Standpunkt eingenommen werden musste, dass angesichts der rechtlichen Gegebenheiten keine Chancen bestehen, mehr als das herauszuholen, was die Versicherung bereits offeriert hat, und dass auch kein Härtefall hätte geltend gemacht werden können. Ratsuchende, die eine solche zwar rechtlich begründete, gleichwohl aber als negativ empfundene Antwort erhielten, waren verständlicherweise hierüber tendenziell wenig erfreut, weil ihr subjektives Rechtsempfinden ein anderes war. Wo die Ombudsstelle zuständig war, aber aufgrund der Rechtslage oder mangels Vorliegens eines Härtefalls nicht interveniert hatte, waren die Ergebnisse zwar deutlich besser als bei der Kundengruppe 1, aber auch erheblich schlechter als in Fällen, in denen die Ombudsstelle interveniert hatte.

Kundengruppe 3: Die Ombudsstelle hat sich zuständig erklärt und interveniert

Hier vergaben drei Viertel der Kundinnen und Kunden bezüglich der Freundlichkeit Bestwerte. Nur 4% waren unzufrieden. Jeweils 70 – 80% waren mit der Kompetenz, Professionalität, Seriosität der Prüfung des Anliegens und der Ernsthaftigkeit der Annahme des Anliegens, der Neutralität und Hilfsbereitschaft bei der Abwicklung des Falles zufrieden. Demgegenüber zeigten sich 10% mit allen abgefragten Aspekten unzufrieden. Diese Kundengruppe, für welche die Ombudsstelle intervenieren konnte, kann die Qualität der Arbeit der Ombudsstelle am besten beurteilen.

Die Bewertungen waren bei allen Kundengruppen polarisierend, d.h. der Anteil derjenigen Kunden, welche neutrale Beurteilungen abgaben, war relativ klein. Von allen Kundengruppen wurde die Gesamtzufriedenheit besser bewertet als die Erfüllung der Interessen (Erwartungen). Die Weiterempfehlungs-Bereitschaft der Kunden war zudem bei allen Kundengruppen grösser als die Gesamtzufriedenheit. Bei der Beurteilung der Ombudsstelle nach (Art der) Erledigung konnte zudem festgestellt werden, dass sowohl bei der Gesamtzufriedenheit als auch bei der Weiterempfehlungsbereitschaft sehr gute und signifikant bessere Bewertungen erfolgten, wenn die Ombudsstelle einen Fall mit Intervention erledigte, als dies bei einer direkten schriftlichen Erledigung von Anliegen (ohne Intervention) der Fall war (vgl. nachstehende Grafik aus der Kundenzufriedenheitsstudie).





Zusammengefasst wirkten sich die
– Erklärung der Zuständigkeit
– bei gegebener Zuständigkeit die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer, d.h. Interventionen
– die Erfüllung der Interessen

positiv auf die Beurteilungen durch die Kunden aus. Dies gilt sowohl bezüglich der abgefragten Einzelaspekte, als auch bezüglich der Gesamtbeurteilung und der Weiterempfehlungsbereitschaft.

Die GfK bezeichnet die Ergebnisse der Studie als gut. Sie sieht jedoch Optimierungspotential bei der
– verständlichen Erklärung der Rechtslage
– Geschwindigkeit in der Bearbeitung der Anliegen

Die Studie der GfK und ihre detaillierten Resultate sind im Sinne der Transparenz auf unserer Homepage www.versicherungsombudsman.ch aufgeschaltet.

Der Ombudsman und die Zweigstellenleiter der Ombudsstelle werden aufgrund der Ergebnisse der Studie eingehend prüfen, welche Massnahmen im Detail zu treffen sind, um das von der GfK festgestellte Optimierungspotential möglichst gut auszuschöpfen.

Im Namen des Stiftungsrats danken wir den befragten Kunden für ihre Teilnahme an der durchgeführten Befragung. Unser Dank gebührt auch dem gesamten Personal der Ombudsstelle für sein Engagement und seinen täglichen Einsatz im Interesse der Ratsuchenden, damit faire Lösungen in Meinungsverschiedenheiten mit Versicherern erreicht werden können. Unser Dank richtet sich auch an unsere weitaus überwiegend konsens- und lösungsorientierten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei den Versicherungen, welche ebenfalls wesentlich dazu beitragen, dass das seit mehr als 40 Jahren bestehende Vermittlungssystem der Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva auch ohne staatliche Regulierung gut funktioniert und als echte Alternative zu konfliktorientierten prozessualen Verfahren bezeichnet werden kann und darf.

Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der Suva

Der Präsident

Rolf Schweiger

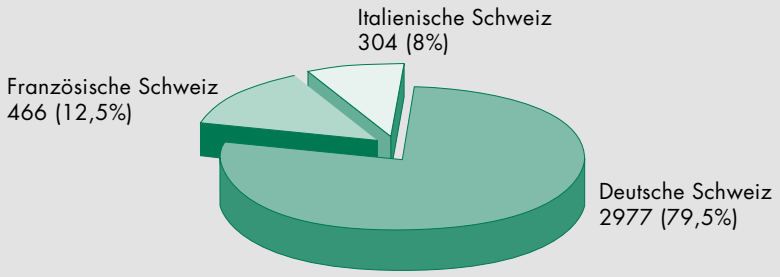
Der Ombudsman

Martin Lorenzon

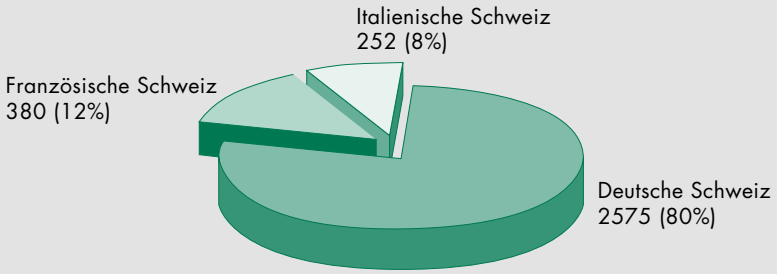
Zürich, März 2014

Statistiken 2013

Statistik nach Regionen: Eingegangene Gesuche



Statistik nach Regionen: Behandelte Fälle



Tätigkeit 2004 bis 2013

Angeschlossene Versicherungsgesellschaften

ACE Versicherungen
AIG Europe
AIG Life
Alba (jetzt Helvetia)
Allianz Global Assistance (vormals Elvia Reisen und Mondial Assistance)
Allianz Suisse (inkl. Ex-Berner, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Leben
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista Rechtsschutz AG (vormals Assista TCS AG)
AXA ARAG (vormals Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Leben
Basler
Basler Leben
CAP Rechtsschutz
Cardif
CCAP Caise Cantonale d'Assurance Populaire
Chartis Europe SA (jetzt AIG Europe)
Chubb
Coop Rechtsschutz
CSS Versicherungs AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
DAS
Die Mobiliar
Die Mobiliar Leben
Elvia Reisen (jetzt Allianz Global Assistance)
Emmental Versicherung
Epona
Europäische Reiseversicherung
Fortuna Rechtsschutz
GAN
Generali Allgemeine
Generali Personen
Genworth Financial
Groupe Mutuel Vie
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (ausser Krankenkasse)
HDI-Gerling (vormals Gerling)
Helsana Unfall AG
Helsana Rechtsschutz
Helvetia (inkl. Ex-Alba, Ex-Phenix)
Helvetia Leben
Império
Innova
Inter Partner Assistance
Mannheimer
Militärversicherung SuvaCare
Mondial Assistance Schweiz (jetzt Allianz Global Assistance)
Mutuel Versicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Orion
Pax
Phenix (jetzt Helvetia)
Protekta
Providentia (jetzt Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas Privatversicherungen AG (ausser Krankenkasse)
Schweizerische Hagel
Schweizerische National
Schweiz. National Leben (inkl. Ex-Coop Leben)
Skandia Vie SA
smile.direct versicherungen (vormals Coop)
Suva
Swiss Life
Sympany
TCS Versicherungen AG (ausser TCS)
TSM
UBS Life AG
UNIQA
VA Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
Visana Versicherungen AG (ausser Krankenkasse und Krankentaggeld)
Waadt Versicherungen
Waadt Leben
Winterthur ARAG (jetzt AXA ARAG)
XL Insurance Switzerland
Zenith Leben
Zürich
Zürich Leben

www.deux-piece.ch

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
Postfach 2646
8022 Zürich

Tel: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20
E-Mail: help@versicherungsombudsman.ch

Ombudsman
de l'assurance privée et de la Suva
Ch. des Trois-Rois 2
Case postale 5843
1002 Lausanne

Tél: 021 317 52 71
Fax: 021 317 52 70
E-Mail: help@ombudsman-assurance.ch

Ombudsman
dell'assicurazione privata e della Suva
Via Giulio Pocobelli 8
Casella postale 563
6903 Lugano

Tel: 091 967 17 83
Fax: 091 966 72 52
E-Mail: help@ombudsman-assicurazione.ch

www.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assurance.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch