

Ausgabe Nr. 17

Schriftenreihe zu aktuellen Themen der Schadenversicherung

Kraftfahrzeug-Haftpflicht international
Fachtagung der E+S Rück

F. Duranel

M. Ceraldi, S. Keller, Th. Rogantini

Th. Ament, C. Föllmer

Dr. med. J. Grüber

e+s rück

Inhalt

Grußwort	1
1. Trends in der KH-Schadenregulierung in Frankreich	2
1.1. Besonderheiten der KH-Versicherung in Frankreich	2
1.2. Französisches Kfz-Haftungssystem	3
1.3. Wichtige Aspekte der Schadenregulierung in Frankreich	5
2. Regulierung von Personenschäden in der Schweiz	10
2.1. Im Allgemeinen	10
2.2. Regulierung von Personenschäden in der Praxis	11
2.3. Eine Besonderheit: Schleudertrauma	13
2.4. Schadenpositionen	15
2.5. Schadenberechnung	26
3. USA: Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Deckungen und Abwicklung von Personenschäden	29
3.1. Einleitung	29
3.2. Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in den USA	29
3.3. Gesetzliche Haftungsgrundlage für Schäden aus Verkehrsunfällen	30
3.4. No-Fault-System	30
3.5. Inhalt einer typischen KH-Police	32
3.6. Die einzelnen Ansprüche auf Schadensersatz	33
3.7. Schadenminderungspflicht (Mitigation of Damages)	35
3.8. Praxis der Schadenbearbeitung in den USA	35
3.9. Reservierung	35
3.10. CLUE	36
4. Reha- und Personenschadenmanagement – eine Zwischenbilanz	38
Referenten	41
Literatur- und Abkürzungsverzeichnis	42
Impressum	44

Sehr geehrte Damen und Herren,



Fachtagungen mit Schwerpunkt in der Sparte Kraftfahrzeug-Haftpflicht haben Tradition im Vortragsprogramm der E+S Rück. Dies beruht darauf, dass die E+S Rück der führende Rückversicherer des deutschen Kraftfahrzeuggeschäftes ist. Ich freue mich deshalb, Ihnen heute eine weitere Ausgabe der E+S Rück-Schriftenreihe zum Thema „Kraftfahrzeug-Haftpflicht international“ vorstellen zu können.

Wenn einer eine Reise tut, dann kann er was erzählen. Manchmal auch nicht so erfreuliche Dinge, die einem im Ausland widerfahren, und zwar in Form eines unverschuldeten Verkehrsunfalles. Neben sprachlichen Barrieren sind es oft völlig anders ausgestaltete Haftungsregime, mit denen sich der Geschädigte auseinandersetzen muss. Fakt ist aber auch, dass trotz wirtschaftlich schwieriger Zeiten die Reiselust der Europäer ungebrochen erscheint; Deutschland ist beliebtes Reiseziel, aber auch klassischer Durchfahrtsstaat.

Obwohl die Vereinigten Staaten von Europa mit offenen Grenzen ohne Kontrollen längst gelebter Alltag sind, sind wir schadensersatzrechtlich von einer einheitlichen Regulierung in einzelnen Ländern Europas noch weit entfernt. Dies erlaubt uns – nebenbei erwähnt – in jedem Jahr aufs Neue eine Betrachtung der Rechtskulturen verschiedener Länder. Daher möchten wir uns auch die Regulierungspraxis sowie die neuesten Entwicklungen im Bereich Kraftfahrzeug-Haftpflicht in anderen Ländern anschauen. Dies gilt besonders für die Personenschäden, die einer langen Abwicklungsdauer unterliegen und daher vom Rückversicherer für geraume Zeit begleitet werden. Aber auch im Sachschadenrecht können sich erhebliche Unterschiede im Vergleich zu unserem bundesdeutschen Luxusschadensersatzrecht ergeben.

Für die deutsche Bevölkerung sind insbesondere die südeuropäischen, warmen Länder im Fokus der Reisewünsche. Nachdem wir uns bereits früher mit der Schadenregulierung in einigen Nachbarstaaten befasst haben, wollen wir uns mit dieser Ausgabe den Ländern Schweiz und Frankreich widmen.

Als besonderes weiteres Auslandsthema haben wir die Schadenregulierung von Personenschäden nach amerikanischem Recht beleuchtet.

In einem weiteren Teil dieser Veröffentlichung geht es um den medizinischen Umgang mit Personenschäden im Rahmen des Personenschadenmanagements (PSM) – auch dies haben wir thematisch abgedeckt.

Anhand der Darstellung unterschiedlicher Gesetze und Haftungsregime, der Rechtsprechung und des Claimshandlings wollen wir Ihnen nicht nur einen tieferen Einblick in die Besonderheiten der Rechtspraxis dieser Staaten geben, sondern auch Anregungen für neue Wege, um dem Spannungsfeld Schädiger und Geschädigter im besonderen Maße gerecht werden zu können.

Ich bin mir sicher, dass die E+S Rück als Rückversicherer für den deutschen Markt in diesem Band erneut aktuelle Themen sowohl für den Praktiker als auch für den versicherungswissenschaftlich Interessierten aufbereitet hat.

Dr. Michael Pickel
Mitglied des Vorstands

1. Trends in der KH-Schadenregulierung in Frankreich

Von François Duranel, LL.M., Managing Director der InterEurope AG, Paris

Der Ersatz von Körperschäden ist in Frankreich seit nunmehr sechs Jahren das Objekt von zahlreichen Fragestellungen, besser gesagt, einem „Herantasten“ im Hinblick auf die Verabschiedung einer grundlegenden Reform, die sich zwar verzögert, bei der jedoch bestimmte Weichen vor kurzem gestellt wurden. Diesbezüglich sind insbesondere zwei jüngere Ereignisse zu erwähnen.

Zunächst handelt es sich um das Gesetz vom 21. Dezember 2006, das die Art und Weise der Durchführung des Regresses der Sozialversicherungsträger veränderte. Diese Reform ist die Fortsetzung der begrifflichen Neufassung der Schadensersatzposten bei Körperschäden, der sogenannten „*nomenclature* (Terminologie) *Dinthilac*“.

Des Weiteren hat die Vereinigung der französischen Versicherungsgesellschaften, welche sowohl Versicherungsgesellschaften als auch Krankenkassen vereint, am 24. April 2008 ein Weißbuch veröffentlicht, welches die Weiterentwicklung des Ersatzes von Körperschäden und insbesondere die Verbesserung der Bedingungen des Schadensersatzes der Opfer, zum Ziel hat. Die in diesem Dokument enthaltenen Vorschläge der Versicherer sind vermutlich die Basis für zukünftige Entwicklungen des Rechtes bezüglich des Ersatzes von Körperschäden in Frankreich.

1.1. Besonderheiten der KH-Versicherung in Frankreich

Im Gegensatz zu Deutschland kann ein französisches Versicherungsunternehmen seinem Kunden sowohl KH- als auch RS-Versicherungen aus einer Hand anbieten.

Seit dem Gesetz vom 31. Dezember 1987, welches die sog. RS-Richtlinie umsetzt, enthält die Kfz-Haftpflichtversicherung obligatorisch zumindest auch die strafrechtliche Interessenvertretung des Versicherungsnehmers.

Die meisten KH-Versicherer bieten dem Kunden im Rahmen des Versicherungsschutzes darüber hinaus einen Basisrechtsschutz an (*Protection Juridique de base*). Damit verpflichtet sich der KH-Versicherer gegenüber seinem unverschuldet verunfallten Versicherungsnehmer, gerichtlich oder außergerichtlich bei der eintrittspflichtigen KH-Versicherung des Unfallverursachers Regress zu nehmen.

Die KH-Versicherer haben sich seit 1968 zudem durch gegenseitige Übereinkommen verpflichtet, ihre Versicherungsnehmer direkt zu entschädigen, die sogenannte „Direktregulierung“ (*Indemnisation Directe de l'Assuré*, abgekürzt IDA).

Seither hat sich der Anwendungsbereich des IDA-Abkommens ständig erweitert, zum Beispiel um Sachschäden, schwere Körperschäden, Kettenunfälle und Sozialversicherungsregresse. Obwohl das „Badinter“-Gesetz von 1985 die Rechtsgrundlage (*droit commun*) der Kfz-Schadenregulierung bildet, muss man feststellen, dass die praktischen Auswirkungen der „Direktregulierung“ einen erheblichen Einfluss auf das Versicherungsrecht in seiner Anwendung haben, da die meisten KH-Versicherer auf dem französischen Markt diesem Abkommen beigetreten sind.

Dieses Regulierungsübereinkommen hat folgende Ziele in der Praxis erfolgreich umgesetzt:

- Vereinheitlichung der Regulierungspraxis,
- Vereinfachung und Beschleunigung der Schadenregulierung,
- Senkung der internen und externen Regulierungskosten durch Schaffung eines Sachverständigen-netzes,
- Förderung der außergerichtlichen Regulierung.

1.2. Französisches Kfz-Haftungssystem

Die Opferentschädigung bei Unfällen im Straßenverkehr wird in Frankreich durch das „Gesetz zur Verbesserung der Situation der Opfer von Unfällen im Straßenverkehr und zur Beschleunigung des Entschädigungsverfahrens vom 5. Juli 1985“, das nach dem ehemaligen Justizminister Robert Badinter auch als „Loi Badinter“ bezeichnet wird, sowie dem „Code des Assurances“, also dem „Versicherungsgesetz“, geregelt.

Dieses Gesetz, das von Anfang an als „eigene und eigenständige Ordnung“ dargestellt wird, ist demnächst ein Vierteljahrhundert alt. Es muss jedoch festgehalten werden, dass der Bruch mit der Vergangenheit nicht ohne Widerstand und nicht von heute auf morgen erfolgte, sondern 20 Jahre Rechtsprechung des französischen Kassationsgerichtes notwendig waren, um alle Aspekte des ursprünglichen Gesetzes zu verdeutlichen. Zuvor erfolgte die Opferentschädigung auf Basis des Bürgerlichen Rechtes, insbesondere der Artikel 1382 und 1384 des Zivilgesetzbuches. Gemäß Art. 1384 existierte eine Schuldvermutung zu Lasten des Fahrzeughalters: Dieser war grundsätzlich voll verantwortlich für die mit seinem Fahrzeug verursachten Schäden und konnte sich, vollständig oder teilweise, nur bei Vorliegen von höherer Gewalt oder Dritt- bzw. Opferverschulden, entlasten.

Das Prinzip des Rechtes auf Entschädigung

Das Gesetz vom 5. Juli 1985 beinhaltet das Prinzip der vollständigen Entschädigung von Verkehrsunfall- opfern. Anschließend werden die Fälle erläutert, in denen dieser Entschädigungsanspruch gemindert oder ausgeschlossen werden kann. Der Mechanismus an sich ist einfach: Man geht von einem Grundsatz des Rechtes des Opfers auf Entschädigung aus. Es reicht aus, dass bestimmte, objektive und nicht beim Fahrer liegende, Bedingungen vorliegen, welche es erlauben, die Entstehung eines Rechtes auf Entschädigung zugunsten einer Person, festzustellen. Danach wird gefragt, ob aufgrund des Verhaltens des Opfers beim Ablauf des Verkehrsunfalls eine Minderung oder ein Ausschluss des Entschädigungsanspruchs vorzunehmen ist. In jedem Fall bleibt festzustellen, dass, unabhängig von der Art des Schadens und unabhängig davon, ob das Opfer das Fahrzeug steuerte, das Vorliegen von höherer Gewalt oder die Handlungen von Dritten niemals den Entschädigungsanspruch des Opfers vermindern.

Zwei Begriffe beeinflussen das Vorliegen eines Rechtes auf Entschädigung:

1. Der Begriff des Unfalles im Straßenverkehr

Der Begriff des Straßenverkehrs ist sehr weit gefasst und beruht auf der Art des Gegenstandes, d. h., eines motorisierten Straßenfahrzeugs (franz. Abkürzung: VTM = véhicule terrestre à moteur). Ein VTM ist von Natur aus ein bewegbares Fahrzeug, und diese Eigenschaft bleibt unbeeinflusst vom Ort, von der Zeit und von der Bewegung. Daher handelt es sich auch bei einem haltenden oder parkenden Fahrzeug um ein Fahrzeug im Straßenverkehr. Ein Unfall im Straßenverkehr hängt also nicht von der Beschaffenheit des Unfallorts ab, sondern kann sowohl an einem öffentlichen Ort als auch auf privatem Boden stattfinden (z. B. Strand, Feld, Parkplatz, Fabrikhof, Baustelle, Lagerhalle, Werkstatt, Golfplatz, etc.). Das französische Kassationsgericht hat in einer Entscheidung vom März 2004 festgestellt, dass es sich bei einem Hausbrand, welcher wiederum auf der Explosion eines in der Tiefgarage parkenden Fahrzeugs beruhte, um einen Unfall im Straßenverkehr, gemäß dem Gesetz vom 5. Juli 1985, handelt.

2. Der Begriff der Unfallbeteiligung

Die Unfallbeteiligung ist eine unentbehrliche Bedingung für die Anwendung des Gesetzes vom 5. Juli 1985. Die Unfallbeteiligung ist von der Unfallschuld zu unterscheiden. Ein Fahrzeug ist an einem Unfall beteiligt, wenn es in einem bestimmten Moment und in einer bestimmten Art und Weise am Unfallgeschehen teilnahm. Seit 1994 und aufgrund der Weiterentwicklung der Rechtsprechung folgt aus jedem Kontakt zwischen einem Opfer und einem stehenden oder fahrenden Fahrzeug ipso facto dessen Beteiligung. Damit ein parkendes Fahrzeug als am Unfall beteiligt angesehen wurde, war es zunächst notwendig, dass dessen Standort den Straßenverkehr störte, wobei es nicht darauf ankam, ob das Fahrzeug ordnungsgemäß parkte.

Wenn keine Kollision vorliegt, liegt es wiederum am Opfer, die Kausalität zwischen dem Fahrzeug und dem Schaden zu beweisen (z. B. Sturz eines durch eine Autohupe erschrockenen Fußgängers, durch Scheinwerfer geblendeter Fahrer). Auf diese Art erlaubt der Begriff der Unfallbeteiligung zwar die Identifizierung der Unfallparteien aus der sich grundsätzlich ein Recht des Opfers ableitet. Die Unfallbeteiligung allein reicht jedoch nicht aus, um die Verteilung der Unfallschuld und die Höhe der Entschädigung festzustellen.

Das System der Opferentschädigung und der Einfluss des Fehlers auf die Entschädigung

Das System der Opferentschädigung, auf der Grundlage des Gesetzes vom 5. Juli 1985, muss zum einen bezüglich der Personenschäden und zum anderen bezüglich der Sachschäden betrachtet werden.

Bei Körperschäden führen die von nicht Kfz steuernden Opfern (Mitfahrer, Fußgänger, Radfahrer) begangenen Fehler, außer wenn es sich um besonders schwere Fehler handelt, nicht zu einem Ausschluss ihres Rechtes auf Entschädigung. Ein vom Kfz-Fahrer begangener Fehler vermindert jedoch sein Recht auf Entschädigung oder schließt dieses vollständig aus.

Bei Sachschäden tragen die Opfer, Fahrer oder Nichtfahrer, die Folgen für die eigenen begangenen Fehler. Die Umsetzung dieses Systems beruht also nicht nur auf der Art des Opfers, sondern auch auf der Art des eventuell vom Opfer begangenen Fehlers. Es muss daher gegebenenfalls der Fehler des Opfers untersucht werden, um ein Korrektiv zum Prinzip der vollständigen Opferentschädigung zu erbringen.

Der Fehler des Opfers kann relevant sein und das Recht auf Entschädigung vermindern oder ausschließen. Des Weiteren werden Opfer nach ihrer Eigenschaft, als Fahrer oder Nichtfahrer, unterschiedlich behandelt. Des Weiteren hat der Gesetzgeber innerhalb der Kategorie der Nichtfahrer einen Schutz der schwächsten Opfer, das heißt von Minderjährigen unter 16 Jahren, von Personen über 70 Jahren und von Personen mit einem Behinderungsgrad von über 80 %, vorgesehen.

Unabhängig von der Art der Opfer (Fahrer, Mitfahrer, Fußgänger, Radfahrer etc.) führt jeder vom Opfer begangene Fehler zur Verminderung oder zum Ausschluss des Rechtes auf Entschädigung der erlittenen Sachschäden. Ein Opfer kann also vollständig bezüglich seines Körperschadens entschädigt werden und gleichzeitig keinen Anspruch auf Ersatz des erlittenen Sachschadens haben (z. B. ein Radfahrer, der das Stoppschild missachtet und von einem Fahrzeug getroffen wird).

Die Verjährung bei Verkehrsunfällen

Trotz der Reform der Verjährungsfristen vom 17. Juni 2008 verjähren Ansprüche aus Verkehrsunfällen gem. „Badinter“-Gesetz immer noch binnen zehn Jahren. Jedoch beginnt die Verjährungsfrist nunmehr ab dem Zeitpunkt der Konsolidierung des Gesundheitszustandes und nicht mehr mit dem Datum des Schadenereignisses selbst.

(Definition: **Konsolidierung** tritt in dem vom medizinischen Sachverständigen festzulegenden Zeitpunkt ein, in dem entweder die Ausheilung der Verletzungen erreicht ist [Genesung], keine pathologische Verschlechterung des Zustands mehr zu erwarten ist **oder** „die Verletzungen einen bleibenden Zustand erreicht haben, sodass eine weitere Behandlung nicht mehr notwendig ist, sofern diese nicht zur Verhinderung von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes dienen, und die die Feststellung eines gewissen Dauerschadens ermöglichen).

Das Gesetz vom 17. Juni 2008 hat das französische Verjährungsrecht grundlegend verändert. Ziel der Reform ist eine Harmonisierung der zivilrechtlichen Verjährungsvorschriften und eine Verringerung der Anzahl und Dauer der unterschiedlichen Fristen.

Die wichtigste Veränderung ist der neue Art. 2224 Code Civil, der eine neue allgemeine Verjährungsfrist von fünf Jahren einführt. Die Verjährungsfrist beginnt mit der Kenntnisnahme des Rechtsinhabers von den anspruchsbegründenden Umständen.

1.3. Wichtige Aspekte der Schadenregulierung in Frankreich

Die Angebotsfristen

Die französischen Versicherer sind rechtlich verpflichtet, dem Opfer ein Entschädigungsangebot zu unterbreiten. Das französische Entschädigungsrecht – das „Badinter“-Gesetz – verpflichtet die Haftpflichtversicherer somit zu einer proaktiven Vorgehensweise gegenüber dem Opfer, also der Unterbreitung eines Entschädigungsangebotes, obwohl das Opfer keine Forderung formuliert hat. Diese Verpflichtung unterliegt gesetzlichen Fristen.

Angebotsfrist nach dem „Badinter“-Gesetz:

Die Fristen des „Badinter“-Gesetzes bestimmen sich einerseits nach dem Unfalldatum und andererseits nach dem Konsolidierungszeitpunkt.

Art. 12 sieht vor, dass der eintrittspflichtige Versicherer binnen acht Monaten ab Unfall dem Opfer, im Fall einer vollständigen Schadenbeifferung, ein Entschädigungsangebot unterbreiten muss. Andernfalls ist eine Provisionszahlung anzubieten.

Findet die Konsolidierung innerhalb von drei Monaten nach Unfall statt, so ist in dieser Acht-Monats-Frist ein endgültiges Angebot abzugeben. Liegt die Konsolidierung nach dem dritten Unfallfolgemonat, so ist eine Provisionszahlung in der Acht-Monats-Frist anzubieten und das endgültige Entschädigungsangebot binnen fünf Monaten nach Feststellung der Konsolidierung vorzulegen.

Angebotsfrist nach dem Code des Assurances:

Der direkte Anspruch i. S. der 4. KH-Richtlinie wurde durch das Gesetz vom 1. August 2003 ins französische Recht übernommen. Dieses Umsetzungsgesetz hat zu einer Modifikation der französischen Regelung, was die Unterbreitung des Entschädigungsangebots angeht, geführt.

Die Angebotsfristen des Code des Assurances sehen nämlich ergänzend dazu vor, dass bei eindeutigem Schuldnachweis die eintrittspflichtige Versicherung spätestens drei Monate nach Bezifferung des Schadens ein Entschädigungsangebot vorzulegen hat. Wenn die Schuldfrage nicht hinreichend geklärt oder der Schaden nicht abschließend bezifferbar ist, ist in dieser Frist eine begründete Stellungnahme bezüglich der (vorläufigen oder teilweisen) Forderung abzugeben. Die o.g. Acht-Monats-Frist zum Angebot einer Provisionszahlung bleibt unberührt.

Das Gesetz verpflichtet den Versicherer, sich um die Entschädigung des Opfers jetzt zu kümmern, wenn das Opfer ausdrücklich Ansprüche stellt oder, im umgekehrten Fall, um der Anspruchstellung durch das Opfer vorzugreifen.

Die Bemessung des Personenschadens

Das Ziel des KH-Versicherers muss es sein, den entstandenen Schaden so genau wie möglich auszugleichen und das Opfer in den Zustand vor dem Unfall zu versetzen. Bei dieser Regel handelt es sich um eine Ausgleichsfunktion der KH-Versicherung, die heute vorrangig gegenüber der Straffunktion ist.

Um ein Schadensersatzrecht zu haben, bedarf es eines gegenwärtigen, persönlichen, direkten und unbestreitbaren Schadens.

Das Prinzip der vollständigen Entschädigung hat eine Personalisierung der Entschädigung zur Folge: die Schäden müssen konkret festgestellt werden, d. h. die genauen Verluste des Opfers müssen berücksichtigt werden. Dies steht im Widerspruch zu jeder Form von pauschaler oder auf Entschädigungstabellen gestützter Schadensbewertung. Tatsächlich handelt es sich um eine spezifische Beurteilung der Schadensbehebung.

Es obliegt den Richtern, den Sachverhalt, also das Umfeld und das Leben der Personen vor und nach dem Unfall, zu analysieren, um die Höhe des geltend gemachten Schadens einzuschätzen. Der Richter ist weder an eine Entschädigungstabelle noch an eine bestimmte Berechnungsmethode gebunden. Er macht von seiner souveränen Gewalt Gebrauch, um die Schadenhöhe nach der ihm am besten geeignet erscheinenden Berechnungsmethode zu bewerten.

In Frankreich koexistieren daher verschiedene Entschädigungssysteme für Körperschäden. Aufgrund dieser Vielfalt in den legalen Entschädigungsformen kam es zu großen Ungleichheiten, sowohl in den Verfahren der Schadensregelung, als auch in der Höhe der Opferentschädigung. Daher machte sich in den letzten Jahren die Notwendigkeit bemerkbar, die den Opfern zuerkannten Entschädigungen zu harmonisieren, um Bewertungsdifferenzen zu vermeiden.

Infolgedessen wurde das Entschädigungsrecht für Körperschäden reformiert. Diese Reform basiert zum einen auf dem im Juli 2005 vom Kassationsrichter Dintilhac vorgelegten Bericht, der eine Überarbeitung der Terminologie der entschädigungsfähigen Körperschäden darstellt. Zum anderen ist die Reform auf die Auswirkungen des Sozialversicherungs-Finanzierungsgesetzes vom 21. Dezember 2006 zurückzuführen, welches sich besonders auf die Art des Regressrechtes von Drittzahlern bezieht.

Beide Texte ergänzen sich, denn soweit die Auflistung und Aufteilung der Körperschäden geändert wurden, mussten entsprechende Änderungen auch bei den Regressrechten von Drittzahlern erfolgen.

Früher wurden die vom Opfer erlittenen Körperschäden in zwei Kategorien aufgeteilt, die Kategorie der *dem Regressrecht von Drittzahlern unterliegenden Schadensposten* sowie die Kategorie der *dem Regressrecht von Drittzahlern nicht unterliegenden Schadensposten*, d. h. *Schäden persönlicher Art*.

Die aufgrund von Schäden persönlicher Art zuerkannten Beträge standen voll und ganz dem Opfer zu. Dagegen wurden die Leistungen von Drittzahlern global und vorrangig auf die Beträge angerechnet, welche für die dem Regressrecht unterliegenden Körperschäden zuerkannt wurden.

Die entschädigungsfähigen Schadenposten: die sog. Nomenclature (Terminologie) Dintilhac

Die endgültige Entschädigung des Personenschadens kann erst nach Feststellung der Konsolidierung des Gesundheitszustands des Opfers erfolgen. Zur Bestimmung des genauen Ausmaßes des Personenschadens muss also grundsätzlich die Feststellung der Konsolidierung durch ein medizinisches Gutachten abgewartet werden.

Die Etablierung einer einheitlichen Terminologie war notwendig, um den Bedürfnissen der Opfer und der Experten zu entsprechen. Diese waren und sind leider immer noch mit den verschiedenen bereits existierenden Terminologien, die auf einer Unterscheidung zwischen wirtschaftlichem und persönlichem Schaden basieren, unzufrieden.

Unter anderem führten die Rechtsprechung und die Tätigkeit der unterschiedlichen Entschädigungsfonds zu einer Vervielfachung der Schadenposten, ohne dass ein wirklicher Zusammenhang zwischen diesen besteht.

Das Ziel der Dintilhac-Terminologie ist die Einteilung der für die Charakterisierung eines indirekten oder direkten Personenschadens notwendigen Elemente in Kategorien und Subkategorien, um die Höhe der dem Opfer und dem Sozialversicherungsträger zustehenden Entschädigungsbeträge bestimmen zu können.

Diese Terminologie der Schadenposten hat heute jedoch nur einen hinweisenden, nicht zwingenden Charakter. Eine systematische Anwendung in Ihrer Gesamtheit und auf alle Schäden ist daher noch nicht gesetzlich vorgesehen. Insbesondere die medizinischen Experten benutzen die alte Terminologie.

Der Dintilhac-Bericht räumte die Unterscheidung zwischen den dem Regressrecht von Drittzahlern unterliegenden und den dem Regressrecht von Drittzahlern nicht unterliegenden Schäden aus. Er legt eine Unterscheidung zwischen Vermögensschäden, d. h. finanziellen Schäden, sowie Nichtvermögensschäden, die keinerlei finanzielle Auswirkung haben, fest. Innerhalb jeder Kategorie erfolgt eine Aufteilung zwischen zeitweiligen und dauerhaften Schäden. Zeitweilige Schäden treten vor der medizinisch-gesetzlichen Genesung des Opfers auf, wohingegen dauerhafte Schäden nach diesem Datum auftreten.

Das Sozialversicherungs-Finanzierungsgesetz vom 21. Dezember 2006 und die Reform des Sozialversicherungsregresses

In Frankreich bestimmt das Gesetz, wer ein Recht auf Regress hat – Stichwort Forderungsübergang der Drittzahler; es handelt sich um gesetzliche Sozialversicherungsträger; Krankenkassen, die Behandlungskosten übernehmen; Arbeitgeber, für Lohnzahlungen im Krankheitsfall und Berufsunfähigkeitsversicherungen, die bei Arbeitsunfähigkeit zahlen.

Bis zum Gesetz vom 21. Dezember 2006 hatten die Sozialversicherungsträger einen vorrangigen privilegierten Regressanspruch –, der sich auf den gesamten Schaden des Opfers erstreckte, mit Ausnahme der Nichtvermögensschäden (erlittene Schmerzen, ästhetischer Schaden, Genussschaden oder Moralschaden im Todesfall).

Dieses System war daher für das Opfer ungünstig, denn die Sozialversicherungsträger wurden entschädigt, bevor man sich überhaupt um das Schicksal des Opfers sorgte. Bei diesem System konnte es soweit gehen, dass dem Sozialversicherungsträger das Recht eingeräumt wurde, Beträge auf Schadensposten einzufordern, für die er gar keine Leistungen erbracht hatte. Im Fall der Haftungsteilung wurden die Leistungen des Sozialversicherungsträgers also vollständig abgezogen. Infolgedessen hatte das Opfer daher nur einen Anspruch auf einen Entschädigungsrestbetrag.

Das Sozialversicherungs-Finanzierungsgesetz vom 21. Dezember 2006 vervollständigt die sog. *nomenclature Dintilhac*, indem es ein Regressrecht der Sozialversicherungsträger Posten für Posten begründet. Dieses Regressrecht steht unter der Voraussetzung, dass der betreffende Schaden einer tatsächlich erbrachten Leistung des Sozialversicherungsträgers entspricht.

Auf diese Weise kann der Sozialversicherungsträger seine Leistung nur regressieren, wenn er diese tatsächlich erbracht hat und die Leistung im Zusammenhang mit einem bestimmten Schadenposten ausgezahlt wurde.

Jedoch kann der Sozialversicherungsträger von nun an sein Regressrecht für einen Nichtvermögensschaden ausüben, wenn er mit Gewissheit nachweist, dass seine Leistung ganz oder teilweise zur Entschädigung dieses Postens gedient hat.

Von nun an ist das Opfer vorrangig, wenn sich die Leistung des Sozialversicherungsträgers mit seinem tatsächlichen Schaden überschneidet. Das Gesetz vom 21. Dezember 2006 erstreckt sich auf sämtliche laufenden, noch nicht geregelten oder gerichtlich entschiedenen Schadensfälle, auch wenn der Schaden vor dem Gesetz eingetreten ist.

Obwohl die kürzlichen Veränderungen in die Richtung einer Verbesserung der Entschädigung der Opfer gehen, muss jedoch festgehalten werden, dass die Reform im jetzigen Zustand die Quelle einer gewissen Rechtsunsicherheit ist. Die Gründe dafür sind zum einen die Abwesenheit der Gesetzeskraft der Terminologie, zum anderen der nicht abschließende Charakter und die Abwesenheit einer Konkordanztafel zwischen alter und neuer Terminologie.

Die angekündigte Reform ist also unvollständig. So bestehen heute noch zu große Abweichungen und eine zu große Trägheit im Entschädigungsverfahren von Körperschäden.

Daher hat die *Association Française de l'Assurance* (Französischer Versicherungsverband) ein Weißbuch veröffentlicht, welches die Weiterentwicklung des Ersatzes von Körperschäden und insbesondere die Verbesserung der Bedingungen des Schadensersatzes der Opfer zum Ziel hat. Die in diesem Dokument enthaltenen Vorschläge lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

1. Eine Harmonisierung der Entschädigungsmodalitäten:

- eine offizielle Terminologie/Schadenspostenliste, die die Berücksichtigung aller Schadensposten des Opfers gewährleistet,
- eine einheitliche Gestaltung der medizinischen Begutachtung des Opfers durch einen medizinischen Sachverständigen,
- eine Harmonisierung der ärztlichen Tarifsätze.

2. Eine Einführung amtlicher Bezugstabellen und Berechnungsmethoden:

Sowohl für Nichtvermögensschäden als auch für Vermögensschäden. Hier schlagen die Versicherer zur Behandlungsgleichheit bei der Opferentschädigung die Verabschiedung eines einheitlichen und in periodischen Zeitabständen revidierbaren, amtlichen Kapitalisierungssatzes, dessen Bestandteile der wirtschaftlichen Realität entsprechen, vor.

3. Eine Vereinfachung des Zahlungsverfahrens:

Die Versicherer schlagen vor, den Opfern Entschädigungsbeträge, die sozialen Leistungen finanzieller Art entsprechen, direkt auszuzahlen (Invalidenrente, Rente bei Arbeitsunfähigkeit). Die Sozialversicherungsträger würden somit nur subsidiär eingreifen.

Was die schwerbehinderten Opfer anbetrifft, so möchten die Versicherer mehr an der Lebensgestaltung der Opfer nach dem Unfall mitwirken, was seit 2005 in Frankreich gesetzlich möglich ist.

Einerseits möchten die Versicherer an der Entwicklung adaptierter Betreuungsstrukturen für Schwerbehinderte mitarbeiten (Stichwort Rehabilitation). Andererseits soll das Bedürfnis des Opfers an Betreuung durch Drittpersonen durch die Zahlung von Renten unterstützt werden.

Diese Vorschläge müssen jetzt zwischen den verschiedenen Akteuren (d. h. Behörden, Opferschutzorganisationen, Versicherer, Anwälte) diskutiert werden.

Die Vereinigung der französischen Rechtsanwälte hat demgegenüber bereits ihre Besorgnis über die Vorschläge der französischen Versicherer im Weißbuch zum Ausdruck gebracht.

2. Regulierung von Personenschäden in der Schweiz

von Thomas Rogantini, Leiter Direktion MF-Schaden Nationale Suisse,
Sabine Keller, Wirtschaftsjuristin, Haftpflichtspezialistin Nationale Suisse,
Maurizio Ceraldi, Rechtsanwalt, Haftpflichtspezialist Nationale Suisse

2.1. Im Allgemeinen

2.1.1. Haftung

Die Grundlagen für den Schadensersatz im Falle von Körperverletzung und Tötung finden sich einerseits im Obligationenrecht in Art. 41 ff. Andere Haftungsbestimmungen finden sich in zahlreichen weiteren Gesetzestexten, z. B. im Zivilgesetzbuch, im Elektrizitätsgesetz, im Eisenbahnhaftpflichtgesetz oder etwa im Bundesgesetz über die Luftfahrt.

Die Grundnorm in Art. 41 OR statuiert eine Verschuldenshaftung: *„Wer einem anderen widerrechtlich einen Schaden zufügt, sei es mit Absicht, sei es aus Fahrlässigkeit, wird ihm zum Ersatze verpflichtet.“* Die Voraussetzungen dieser Verschuldenshaftung sind Schaden, Kausalität, Widerrechtlichkeit und Verschulden.

Das schweizerische Recht kennt aber auch sog. Gefährdungshaftungen, Haftungen, die kein Verschulden voraussetzen. Die Haftpflicht knüpft in diesen Fällen an den Betrieb einer erlaubten, aber gefährlichen Tätigkeit an, für welche der Haftpflichtige verschuldensunabhängig einzustehen hat. Die Möglichkeiten, sich durch einen Entlastungsbeweis von der Haftung zu befreien, sind sehr eingeschränkt.

Die in der Praxis wichtigste Gefährdungshaftung ist die Motorfahrzeug-Haftpflicht gemäss Art. 58 Abs. 1 SVG: *„Wird durch den Betrieb eines Motorfahrzeuges ein Mensch getötet oder verletzt oder Sachschaden verursacht, so haftet der Halter für den Schaden.“* Nicht nur unbeteiligte Dritte, wie z. B. Fussgänger, sondern auch die Insassen selbst, werden durch die Gefährdungshaftung geschützt. Vor allem bei Selbstunfällen ist dies von Bedeutung, kann doch der verletzte Insasse, ja sogar der mitfahrende Halter, der nicht selber sein Fahrzeug lenkt, Ansprüche gegen seine Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung geltend machen.

Es gibt eine reichhaltige Rechtsprechung darüber, wann ein Betriebsvorgang vorliegt und demgemäss die vorerwähnte Haftung greift. Die typische Betriebsgefahr liegt in der motorischen Fortbewegung des Fahrzeugs: je schneller die Fahrt, desto größer die kinetische Energie und die zerstörerische Kraft anlässlich einer Kollision. Der Begriff des Halters hat ebenfalls zu einer reichhaltigen Rechtsprechung geführt. Der Halter des Fahrzeuges ist in der Regel, jedoch nicht zwingend, der im Ausweis eingetragene Eigentümer. Entscheidend für die Haltereigenschaft ist, wer die tatsächliche Verfügungsgewalt über das Motorfahrzeug ausübt, wer über dessen Schicksal zu entscheiden befugt ist, für die Unterhalts- und Fahrtkosten aufkommt und an dessen Nutzung interessiert ist.

Eine Besonderheit der Gefährdungshaftung ist die Haftung für Hilfspersonen. Es spielt daher keine Rolle, ob der Halter sein Fahrzeug selber lenkt oder nicht. Die Haltereigenschaft genügt, um eine Haftung zu begründen. Selbst für ein schweres Verschulden des Lenkers hat der Halter einzustehen. Gegenüber geschädigten Dritten besteht eine solidarische Haftung vom Halter und Lenker.

Befindet sich ein Motorfahrzeug nicht in Betrieb, besteht trotzdem eine Haftung des Halters, die sich nach Art. 58 Abs. 2 SVG richtet: *„Wird ein Verkehrsunfall durch ein nicht in Betrieb befindliches Motorfahrzeug veranlasst, so haftet der Halter, wenn der Geschädigte beweist, dass den Halter oder Personen, für die*

er verantwortlich ist, ein Verschulden trifft oder dass fehlerhafte Beschaffenheit des Motorfahrzeuges mitgewirkt hat.“

2.1.2. Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung

Die Gefährdungshaftung für Motorfahrzeuge wird verstärkt durch das Versicherungsobligatorium mit einem Direktforderungsrecht für die Geschädigten. Der Versicherer kann Einreden aus dem Versicherungsvertrag (z. B. fehlende Deckung aufgrund nicht bezahlter Prämien) dem Geschädigten gegenüber nicht entgegenhalten. Personen- und Sachschäden, die von unbekanntem oder nicht versicherten Motorfahrzeugen, Anhängern und Fahrrädern verursacht werden, können beim Nationalen Garantiefonds geltend gemacht werden (Art. 76 SVG). Der Nationale Garantiefonds (vgl. www.nbi.ch) wird von allen Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherern gemeinsam gebildet und betrieben.

Die Mindestversicherungssumme beträgt zurzeit CHF 5 Mio. für Personen- und Sachschäden pro Unfallereignis (Art. 64 SVG i. V. mit Art. 3 VVV). Bei Fahrzeugen, die zum Personentransport verwendet werden, beträgt die Mindestversicherungssumme je nach Platzzahl CHF 10 Mio. oder CHF 20 Mio. Die Versicherer gewähren in der Regel Garantiesummen von CHF 100 Mio.

2.2. Regulierung von Personenschäden in der Praxis

2.2.1. Allgemeines

Die Regulierung von komplexen Personenschäden ist Aufgabe der Haftpflichtspezialisten, in der Regel Juristen oder Anwälte. Der Schadenspezialist hat sowohl Forderungen des Geschädigten – den Direktschaden – wie auch die Regresse der beteiligten Sozial- und Privatversicherungen zu erledigen. Der Schadenspezialist verharret nicht in einer passiven Haltung, sondern bearbeitet den Schadenfall aktiv und kundenorientiert. Er bemüht sich fortlaufend und aktiv darum, zeitnahe Informationen einzuholen, sei es bei Arbeitgebern, Sozialversicherern, Strafuntersuchungsbehörden etc. und versucht, soweit möglich die Weichen für die spätere Regulierung zu stellen.

Von Bedeutung bei der Fallbearbeitung ist sicherlich auch die möglichst rasche berufliche Rehabilitation des Geschädigten. Gelingt es nicht, ihn frühzeitig und durch Schaffung entsprechender Anreize, im Erwerbsleben wieder zu integrieren, kann sich der Schadenaufwand beträchtlich erhöhen. Das Prinzip der Schadenminderungspflicht des Geschädigten gilt sowohl im Haftpflichtrecht wie auch im Sozialversicherungsrecht und ist im Zuge der stetig zunehmenden Kosten der Sozialversicherer wieder in den Vordergrund gerückt.

Im Rahmen der Revision der Invalidenversicherung im Jahre 2008 ist dem Prinzip „*Eingliederung vor Rente*“ ein grösseres Gewicht beigemessen worden. Die Erfahrung, dass die Invalidenversicherung berufliche Massnahmen erst Jahre nach der Anmeldung in die Wege geleitet hat und sich diese aufgrund der Chronifizierung der Beschwerden sehr oft als nutzlos erweisen, hat zur Erkenntnis geführt, dass die berufliche Reintegration die grösste Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie bereits unmittelbar nach dem Unfall ansetzt.

Durch niederschwellige Integrationsmassnahmen, wie die sozialberufliche Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen, als Vorstufe zu eigentlichen beruflichen Massnahmen gedacht, sollen die Behinderten an die Arbeitswelt herangeführt werden. Das Ziel ist dabei eine nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Durch frühzeitige Erfassung und Erkennung einer drohenden Invalidität und einem raschen Eingreifen soll einer Chronifizierung eines Gesundheitsschadens entgegen gewirkt werden. Meldeberechtigt sind zahlreiche Personen und Institutionen: Geschädigte, Angehörige, Arbeitgeber, Ärzte, Sozial- und Privatversicherer etc.

2.2.2. Case Management

Das Case Management hat bei der Regulierung von Personenschäden in den letzten Jahren deutlich an Stellenwert gewonnen. Unter Case Management versteht man ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich¹. Vernetztes Denken und interinstitutionelle Zusammenarbeit stehen im Vordergrund. Der Case Manager ist dabei das Bindeglied zwischen dem Klienten bzw. Patienten, dessen persönlichen und beruflichem Umfeld und den beteiligten Institutionen und Versicherungen. Der Case Manager hat zur Aufgabe, die vorhandenen Kapazitäten und die Selbstverantwortung des Klienten durch gezielte Vermittlung zu aktivieren und zu fördern, ihn zu beraten und bei der Bewältigung seiner Probleme zu unterstützen.

Die proaktive Bearbeitung von Schadenfällen im Bereich des Haftpflichtrechts beinhaltet, dass gegebenenfalls ein Case Management für den Geschädigten, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (z. B. der Unfallversicherung) auf die Beine gestellt wird. Denkbar ist ebenfalls, dass versicherungsinterne Spezialisten mit entsprechender Ausbildung diese Aufgabe wahrnehmen.

2.2.3. Direktschaden und Regress

Wie bereits erwähnt, sieht sich der Haftpflichtversicherer mit Forderungen der beteiligten Sozialversicherungen und mit Direktschadenforderungen des Geschädigten konfrontiert. Der Regress bezweckt den Schadenausgleich zwischen den Sozialversicherungen und dem haftpflichtigen Dritten. Gemäss Art. 72 ATSG tritt der Versicherungsträger im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein. Infolge Subrogation kann der Sozialversicherer die Schadensersatzrechte des Geschädigten geltend machen, dies jedoch nur im Umfang der von ihm erbrachten Leistungen.

Das sogenannte Quotenvorrecht des Geschädigten sorgt dafür, dass die Sozialversicherung nicht zum Nachteil des Geschädigten Regress nehmen darf. Ersetzt sie nur einen Teil des Schadens, so kann der Geschädigte den nicht gedeckten Teil vom Haftpflichtigen einfordern, und der Versicherung steht ein Regressanspruch nur im Rahmen des danach noch verbleibenden Haftungsanspruchs zu. Der Haftpflichtanspruch des Geschädigten hat somit Vorrang vor dem Regressanspruch des Versicherers. Zum Tragen kommt das Quotenvorrecht bei blosser Teilhaftung des Haftpflichtigen bzw. beim Vorliegen von Schadensersatzreduktionsgründen (z. B. Selbstverschulden). Es bezieht sich stets nur auf gleichartige Leistungen und gilt somit für jeden Schadenposten gesondert. Im erwerblichen Bereich führt dies dazu, dass der Geschädigte beispielsweise trotz Selbstverschuldens die gesamten Sozialversicherungsleistungen erhält und zusätzlich noch den Direktschaden beim Haftpflichtversicherer geltend machen kann, ohne dass er eine Kürzung in Kauf nehmen muss. Im Ergebnis führt dies dazu, dass bei Vorliegen von kongruenten sozialversicherungsrechtlichen Leistungen der Geschädigte – trotz reduzierter Haftungsquote oder Mithaftung – den vollen Schaden ersetzt erhält.

Auf Regressebene wird der Haftpflichtversicherer die reduzierte Quote bei der Schadensersatzbemessung berücksichtigen. Der Sozialversicherer muss sich mit dem Rest des Schadensersatzes begnügen, der sich nach Abzug des dem Geschädigten geleisteten Direktschadens ergibt.

1 vgl. www.netzwerk-cm.ch

Ein Rechenbeispiel möge dies veranschaulichen:

total erlittener Erwerbsschaden	CHF 100.000,00
Sozialversicherungsleistungen	CHF 80.000,00
ungedeckt (Direktanspruch des Geschädigten)	CHF 20.000,00
Haftungsquote	75 %
Schadensersatz	CHF 75.000,00
– an den Geschädigten	CHF 20.000,00
– an Sozialversicherer (Regresssubstrat)	CHF 55.000,00

Eine weitere Besonderheit ergibt sich aus dem sogenannten Regressprivileg. Das Rückgriffsrecht des Sozialversicherers ist bei haftpflichtigen Personen, die dem Verunfallten nahe stehen, eingeschränkt. Ein Sozialversicherer kann nicht regressieren, wenn der Haftpflichtige

- ein Familienangehöriger des Verunfallten (Ehegatte und Verwandte in auf- und absteigender Linie),
- eine andere, mit dem Verunfallten in Hausgemeinschaft lebende Person, oder der Arbeitgeber, dessen Familienangehörigen oder Arbeitnehmer bei einem Berufsunfall

war und der Unfall nicht absichtlich oder grob fahrlässig herbeigeführt bzw. verursacht worden ist. Bei leichtem Verschulden ist somit ein Regress ausgeschlossen.

Das Regressprivileg hat per 1. Januar 2008 eine Änderung erfahren: Der Rückgriff bleibt dann möglich, wenn die schadensersatzpflichtige Person, gegen welche Rückgriff genommen wird, obligatorisch haftpflichtversichert ist (vgl. Art. 75 Abs. 3 ATSG). Im Motorfahrzeug-Bereich, in welchem ein Versicherungsobligatorium für die Haftpflicht gilt, ist daher für Fälle ab dem 1. Januar 2008 die Einschränkung auf Regressebene nicht mehr gegeben.

In der Schadenpraxis von Bedeutung sind Abkommen zwischen Sozialversicherern und den meisten Privat-Haftpflichtversicherern, an erster Stelle das sogenannte UVG-Regressabkommen. Diese Vereinbarung bezweckt, die Regulierung von unfallversicherungsrechtlichen Regressen zu vereinfachen und verbindliche Verhaltensregeln aufzustellen.

Regresse bis CHF 50.000,00 werden nach dem genannten Abkommen beispielsweise „nach Abkommen“ reguliert: Die beteiligten Haftpflichtversicherungen bezahlen insgesamt 63 % der UVG-Leistungen, allerdings ohne die Rechtslage zu prüfen. Die schriftliche Anmeldung des Regresses innerhalb zweier Jahre ab Unfalldatum ist ausreichend, damit der Haftpflichtversicherer auf die Verjährungseinrede während zehn Jahren ab Unfalldatum verzichtet. Sobald die Aufwendungen des Unfallversicherers CHF 50.000,00 übersteigen, sind Regresse hingegen „nach Rechtslage“ zu beurteilen, sodass dem Haftpflichtversicherer sämtliche Einreden und Einwendungen (z. B. fehlende Haftung oder Haftungsreduktion) zustehen.

2.3. Eine Besonderheit: Schleudertrauma

Seit 1999 ist nicht nur in der Schweiz sondern europaweit eine Zunahme von Schadenfällen mit Verletzungen der Halswirbelsäule zu verzeichnen. Die sogenannten Schleudertraumafälle bzw. kraniozervikale Beschleunigungstraumata, wie sie typischerweise bei Heckauffahrkollisionen entstehen können, verursachen den Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherern erhebliche Kosten. Typisch für ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma ist ein diffuses Beschwerdebild, das durch bildgebende Methoden nicht objektivierbar ist.

Eine Studie des Europäischen Versicherungsverbandes CEA (Comité Européen des Assurances) aus dem Jahre 2004 befasst sich mit der Schadenhäufigkeit und dem Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule². Die höchsten Gesamtaufwendungen für Personenschäden fielen gemäss dieser Studie für das Jahr 2003 in Italien (EUR 7,48 Mrd.), Deutschland (EUR 5,346 Mrd.) und Frankreich (EUR 3,950 Mrd.) an. Die Aufwendungen für Schadenfälle mit Verletzungen der Halswirbelsäule waren in Grossbritannien am höchsten (50 % der Aufwendungen für Personenschäden), gefolgt von der Schweiz und den Niederlanden. Die Länder mit den geringsten Aufwendungen für diesbezügliche Verletzungen waren Frankreich (0,5 %), Finnland (0,78 %) und Deutschland (9 %).

Die Schweiz meldet mit ca. EUR 35.000,00 mit Abstand die höchsten Durchschnittsaufwendungen pro Schadenfall wegen Verletzungen der Halswirbelsäule, gefolgt von den Niederlanden (EUR 16.500,00) und Norwegen (EUR 6.050,00). Beispielhaft ist hier Deutschland: Mit durchschnittlich EUR 2.500,00 pro Schadenfall sind die Aufwendungen fast am geringsten.

Worauf ist diese Explosion in der Schweiz zurückzuführen? Gerichte, Mediziner, Geschädigtenanwälte und Interessenverbände haben sich mit der Problematik der nicht objektivierbaren Gesundheitsschäden seit den Achtzigerjahren vertieft auseinandergesetzt. Insbesondere in der Schweiz haben sich verschiedene Gesundheitszentren und Geschädigtenanwälte auf dieses Gebiet spezialisiert. Die problematischen Schleudertrauma-Fälle sind in der Schweiz regional sehr unterschiedlich: Sie kommen ganz überwiegend in der Deutschschweiz vor.

Das Schweizerische Bundesgericht hat in einem wegweisenden Urteil aus dem Jahre 1991 die Kriterien definiert, nach welchen die Kausalität im Unfallversicherungsrecht bei Schleudertraumata ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zu beurteilen ist (BGE 117 V 359). Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, wird der natürliche Kausalzusammenhang bejaht. In einem weiteren Schritt prüft das Bundesgericht dann die sog. adäquate Kausalität, d. h., ob der Unfall nach der allgemeinen Lebenserfahrung und dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet war, eine Arbeitsunfähigkeit, in der Art der eingetretenen, hervorzurufen. Das Bundesgericht stellte dazu auf die Schwere des Unfalles ab. Während bei leichten Unfällen die Adäquanz zu verneinen ist, wird sie bei schweren bejaht. Bei Unfällen „im mittleren Bereich“ seien sodann die folgenden Kriterien heranzuziehen: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, Dauerbeschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen, Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Problematisch an dieser Rechtsprechung ist, dass sie Anreize für Rentenbegehrligkeiten schafft. Wer sich standhaft einer raschen Wiedereingliederung widersetzt, wurde am Schluss noch belohnt, indem die Kausalität bejaht wurde. Das Bundesgericht hat unlängst in einem Urteil vom 19. Februar 2008 seine Praxis verschärft (BGE 134 V 109) und die bisher nur von der Dauer abhängigen drei Kriterien neu formuliert. Diese drei Kriterien lauten nun: fortgesetzt spezifische belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Zudem soll eine pluridisziplinäre Begutachtung bereits sechs Monate nach dem Unfall Klarheit schaffen.

Auch auf medizinischer Seite ist das Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma („whiplash-associated disorder“) in den letzten Jahren genauer unter die Lupe genommen worden. Die Schweizerische Neurologische Gesellschaft hat in einem Bericht aus dem Jahre 2000 brennende Fragen

² „Schadenhäufigkeit und Schadenaufwand bei leichten Verletzungen der Halswirbelsäule“, vergleichende Studie, CEA/AREDOC-CEREDOC 2004, vgl. <http://www.svv.ch/index.cfm?id=7229>

definiert und eine Stellungnahme aus neurologischer Sicht ausgearbeitet³. Die Kommission weist darauf hin, dass die Unfallkausalität aufgrund der gesamten klinischen Evidenz beurteilt werden müsse. Dabei müssen der prämorbid Zustand, das Unfallgeschehen, die Initialsymptomatik und der Verlauf von Beschwerden berücksichtigt werden. Der Abklärung von Vorzuständen und des psychosozialen Umfeldes, zu der Geschädigtenanwälte oftmals nicht Hand bieten, kommt eine grosse Bedeutung zu. Anerkanntermassen sind solche Umstände sowie Bewältigungsstrategien des Geschädigten, mit schwierigen Situationen umzugehen, unbedingt mit zu berücksichtigen.

Die Anamnese bildet den ersten Schritt der Diagnose. Seit März 2003 wird in der Schweiz ein „Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma“ verwendet⁴. Dieser Fragebogen soll helfen, so rasch wie möglich eine sichere Diagnose zu stellen und eine passende Therapie zu gewährleisten.

Erkenntnisse zur Falldynamik und Biodynamik werden von den Gerichten und den Versicherern ebenfalls berücksichtigt, wenn es darum geht festzustellen, ob ein Unfall für die vom Geschädigten beklagten Beschwerden ursächlich ist. Je grösser die biomechanische Einwirkung auf den Körper des Verletzten ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung. Es besteht Einigkeit darüber, dass leichte Auffahrkollisionen mit kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen von unter 10 km/h (sog. Harmlosigkeitsgrenze) in der Regel nicht geeignet sind, eine HWS-Verletzung hervorzurufen.

Bei der Regulierung von Haftpflichtansprüchen ist schliesslich auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtes hinzuweisen, wonach die Kausalität im Haftpflichtrecht anders zu beurteilen ist als im Sozialversicherungsrecht (BGE 123 III 110). Obwohl die Umschreibung der adäquaten Kausalität dieselbe ist, führt die Verneinung der adäquaten Kausalität im Sozialversicherungsrecht in der Regel dazu, dass sie im Haftpflichtrecht zu bejahen ist, weil in diesem Bereich der Unfallverursacher auch für ganz singuläre und aussergewöhnliche Kausalzusammenhänge einzustehen hat. Immerhin können der konstitutionellen Prädisposition bzw. unfallfremden Faktoren, etwa der besonderen Anfälligkeit für psychische Belastungen, im Rahmen der Schadensersatzbemessung gemäss Art. 43 und 44 OR Rechnung getragen werden.

Das Bundesgericht hat sich in der Vergangenheit bei der Höhe der Kürzung in Zurückhaltung geübt. Kürzungen von bis zu höchstens einem Drittel waren die Regel. In neuerer Zeit sind aber auch Urteile zu finden, die eine Kürzung von zwei Dritteln zulassen (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichtes 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007, Kürzung um zwei Drittel). Es bleibt zu hoffen, dass die Gerichte von der Kürzungsmöglichkeit in der Zukunft stärker Gebrauch machen als bis anhin.

2.4. Schadenpositionen

2.4.1. Erwerbsschaden

Der Erwerbsschaden ist eine der bedeutendsten Schadenpositionen bei Personenschäden, in seiner Quantifizierung jedoch auch eine der schwierigsten. Erforderlich sind einerseits eine Prognose des zukünftigen Gesundheitsverlaufes und andererseits eine Voraussage des hypothetischen Validen- und Invalidenlohns.

2.4.1.1. Definition

Gemäss Art. 46 Abs. 1 OR gibt eine Körperverletzung dem Verletzten Anspruch auf Entschädigung für die Nachteile gänzlicher oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung der Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens. Aus dem Gesetz ergibt sich jedoch weder eine Legaldefinition des Schadens noch eine Vorschrift, wie die Nachteile der Arbeitsunfähigkeit zu bestimmen sind. In der

3 „Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma („whiplash-associated disorder“), Bericht der Kommission „Whiplash-associated Disorder“ der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft, Schweizerische Ärztezeitung, 2000, 81; Nr. 39; vgl. <http://www.agu.ch/pdf/SAeZ.HWS.Neurol.pdf>

4 <http://www.svv.ch/index.cfm?rub=908>

Lehre und Rechtsprechung hat sich die sogenannte Differenztheorie durchgesetzt. Der Schaden berechnet sich demnach aus der Differenz zwischen dem gegenwärtigen Vermögensstand und dem Stand des Vermögens ohne das schädigende Ereignis. Dies kann sowohl eine Verminderung der Aktiven wie auch eine Vermehrung der Passiven oder ein entgangener Gewinn sein. Die geschädigte Person soll wirtschaftlich so gestellt werden, wie wenn das schädigende Ereignis nicht eingetreten wäre. Bei der Berechnung des Erwerbsschadens wird das Valideneinkommen mit dem Invalideneinkommen verglichen. Diese Grundsatzberechnung erweist sich bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit meist als wenig kompliziert, bei der Berechnung eines zukünftigen Schadens stellt sich jedoch immer die Frage, wie viel der Geschädigte in der Zukunft verdient hätte, wenn der Unfall nicht passiert wäre.

2.4.1.2. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Art. 324a Abs. 1 OR verpflichtet den Arbeitgeber, dem an der Arbeitsleistung verhinderten Arbeitnehmer für eine beschränkte Zeit den darauf entfallenden Lohn zu entrichten. Ausserdem sind Arbeitnehmer grundsätzlich obligatorisch gegen das Risiko des Unfalls und die damit verbundenen Verdienstaufälle versichert. Der vorübergehende Erwerbsausfall unselbstständig Erwerbender wird meist durch Leistungen von Sozial- und Privatversicherungen sowie des Arbeitgebers für eine bestimmte Zeit vollständig abgedeckt, weshalb in der Regel nach Abzug der eingesparten Gewinnungskosten kein Direktschaden verbleibt. Falls dies doch der Fall sein sollte, ist der Direktschaden grundsätzlich auf Basis des Nettolohns abzurechnen. Macht der Geschädigte jedoch bei bloss vorübergehender Erwerbsunfähigkeit eine Reduktion der Altersrenten glaubhaft geltend, so sind die rentenbildenden Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge in das zur Berechnung des Erwerbsausfalles massgebende Einkommen miteinzubeziehen.

2.4.1.3. Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Bei der Berechnung des nicht nur vorübergehenden Erwerbsausfalles ist die gesamte Verdiensteinbusse, die der Geschädigte in Folge seines Unfalles bis zum Ende seiner Aktivität erleiden wird, so gut als möglich zu berücksichtigen.

2.4.1.3.1. Mutmassliches Einkommen bzw. hypothetischer Validenlohn

Der bisherige Verdienst gilt bei der Bestimmung des mutmasslichen Einkommens als Anhalts- oder Ausgangspunkt, massgeblich ist jedoch, was der Geschädigte zukünftig verdient hätte. Es wird dabei das Einkommen ermittelt, welches der Geschädigte ohne den Unfall gehabt hätte, unter Berücksichtigung der zu erwartenden künftigen Reallohnsteigerungen. Vom Geschädigten zu beweisende Erhöhungen durch Beförderungen und Berufswechsel sind ebenfalls zu berücksichtigen. Nicht nur die Einbussen im Hauptberuf sind entschädigungsfähig, sondern auch jene aus dem Ausfall einer Nebenbeschäftigung. Besonders schwierig ist die Festsetzung des mutmasslichen späteren Einkommens bei Kindern, da für ihre weitere Ausbildung und den damit verbundenen beruflichen Werdegang lediglich Annahmen getroffen werden können. Es muss aufgrund von Eignung und Neigungen sowie von Umgebung und Umständen das Wahrscheinlichste herausgefunden werden. Die bisherigen Schulleistungen sowie die Tätigkeiten der Eltern können dabei als Anhaltspunkte dienen.

2.4.1.3.2. Invalidenlohn

Eine nur teilinvalid Person kann grundsätzlich ein Erwerbseinkommen erzielen. Ein Erwerbsschaden entsteht ihr somit nur dann, wenn dieses Einkommen tiefer ist, als der hypothetische Validenlohn. Der Geschädigte muss dabei das Vorliegen einer finanziellen Einbusse so weit wie möglich beweisen. Die Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist anhand der konkreten Gegebenheiten, insbesondere der bisherigen Tätigkeit und der praktischen Einsatzmöglichkeit auf dem konkret vorliegenden und absehbaren Arbeitsmarkt zu beurteilen (BGE 6P.58/2003).

2.4.1.3.3. Beeinträchtigung

Nach gängiger Rechtsprechung wird nicht auf die medizinisch-theoretische Invalidität abgestellt, sondern auf den konkreten Ausfall. Unter der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 46 OR wird somit die Beeinträchtigung zur Leistung geldwerter Arbeit, die gänzliche oder teilweise Verminderung des Wertschöpfungspotentials, verstanden. Dies beinhaltet sowohl die Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens im bisherigen Beruf wie auch die eingeschränkte Möglichkeit der Verwertung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Geschädigten aus medizinischer und persönlicher (Alter, Ausbildung) Sicht zumutbaren Tätigkeit.

2.4.1.3.4. Dauer

Bei der Berechnung des Erwerbsschadens stellt sich die Frage nach der Dauer der Schadensberechnung bzw. in welchem Alter die geschädigte Person ohne den Unfall aus dem Erwerbsleben ausgeschieden wäre. Hierbei kommen als mögliche Gründe neben der Pensionierung auch Invalidität oder Tod in Betracht. Im Normalfall wird eine Pensionierung bei Erreichen des AHV-Alters angenommen, es müssen jedoch immer auch die konkreten Umstände berücksichtigt werden. Dem Invaliditäts- und Mortalitätsrisiko wird in der Berechnung des Erwerbsschadens insofern Rechnung getragen, dass bei der Kapitalisierung des Schadens auf Aktivitätstafeln abgestellt wird. Zur Berechnung sowie zur Kapitalisierung wird auf den fünften Teil zum Thema Schadenberechnung verwiesen.

2.4.1.4. Vorteilsanrechnung

Aus dem Überentschädigungsverbot ergibt sich der Grundsatz, dass dem Geschädigten materielle Vorteile, die durch das schädigende Ereignis entstanden sind, an den Schaden anzurechnen sind. Im Fall einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit sind dem Geschädigten die entfallenen Gewinnungskosten, wie zum Beispiel Arbeitskleider oder Kosten für den Arbeitsweg, an den Schaden anzurechnen.

2.4.1.5. Anrechnung von Sozialversicherungsleistungen

Eine geschädigte Person erhält aufgrund der Schädigung in der Regel Versicherungsleistungen, namentlich Leistungen des Unfallversicherers, der Invalidenversicherung und allenfalls auch der beruflichen Vorsorge. Da der Geschädigte jedoch nicht mehr erhalten soll, als wenn der Schaden nicht eingetreten wäre (das sogenannte Überentschädigungsverbot), sind Versicherungsleistungen an den Schaden anzurechnen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen sachlich, persönlich und zeitlich kongruent sind. Im Ausmass der gesetzlichen Leistungen besteht kein Anspruch des Geschädigten gegenüber dem Haftpflichtigen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Sozialversicherungsleistungen sogar dann anzurechnen, wenn diese vom Geschädigten gar nicht beantragt wurden.

2.4.1.6. Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens

Art. 46 Abs. 1 OR gibt dem Geschädigten Anspruch auf Entschädigung für die Nachteile gänzlicher oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung der Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens.

Die Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens ist die Beeinträchtigung der Chancen des Geschädigten auf dem freien Arbeitsmarkt oder in der wirtschaftlichen Konkurrenz. Eine solche Erschwerung kann sowohl zusätzlich zur Arbeitsunfähigkeit vorliegen, als auch ohne dass eine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist. Dadurch können finanzielle Nachteile im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Zukunft des Geschädigten berücksichtigt werden, welche nicht auf einer konkreten Verminderung der Erwerbstätigkeiten beruhen, sondern auf einer Reduktion der Möglichkeiten wirtschaftlicher Wertschöpfung infolge der Beeinträchtigung der körperlichen Integrität. Grundsätzlich erscheint eine körperlich behinderte Person auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt. Diese Benachteiligung kann sowohl in der Erschwerung der Arbeitssuche als auch in der Verminderung des Lohnes liegen. Ebenfalls kann das Risiko einer Arbeitslosigkeit erhöht sein, oder es können die Möglichkeiten eines Berufswechsels oder die Chancen auf eine Beförderung vermindert sein. Verstärkt negativ auswirken kann sich die körperliche Behinderung zudem, wenn der Geschädigte im fortgeschrittenen Alter ist oder nur eine tiefe Ausbildung hat.

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wird zur Berechnung der Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens ein Prozentsatz (meist $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$) der medizinisch theoretischen Invalidität verwendet, welcher mit dem mutmasslichen Nettolohn (Valideneinkommen) des Geschädigten multipliziert wird. Eine nur sehr geringe medizinisch theoretische Invalidität (10 % und weniger) führt im Normalfall nicht zu einem Anspruch auf Ersatz der Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens.

Die Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens muss gegenüber der Genugtuung klar abgegrenzt werden: die Genugtuung bezieht sich auf immaterielle Beeinträchtigungen, der Ersatz für die Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens bezieht sich jedoch rein auf wirtschaftliche Nachteile. Ausserdem ist zu beachten, dass eine Entschädigung unter diesem Titel nicht das Risiko einer zukünftigen Invalidität ausgleichen soll, sondern nur die reine Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens.

2.4.1.7. Rentenschaden

Durch die Erwerbsunfähigkeit kann der Geschädigte bei den Altersleistungen der AHV und der beruflichen Vorsorge benachteiligt werden, weil infolge der Erwerbsunfähigkeit weniger Beiträge bezahlt werden. Einen sogenannten Rentenschaden erleidet der Geschädigte jedoch nur, wenn die nach dem Unfall ausgerichteten Sozialversicherungsleistungen nach der mutmasslichen Pensionierung kleiner sind, als dies aufgrund der Erwerbstätigkeit ohne den Unfall zu erwarten gewesen wäre. Der Rentenschaden entspricht somit der Differenz zwischen den mutmasslichen Altersleistungen und den zeitlich kongruenten Sozialversicherungsleistungen nach dem Unfall. Die Verminderung der Altersleistungen stellt eine haftpflichtrechtliche Schadenposition dar. Da der Unfallversicherer seine Rentenleistungen lebenslänglich erbringt, teilt sich die Schadenposition in das sogenannte Regresssubstrat und den Rentendirekt Schaden.

2.4.2. Haushaltschaden

2.4.2.1. Definition

Das Bundesgericht anerkennt in langjähriger konstanter Rechtsprechung sowohl im Todesfall wie auch bei Körperverletzung einen sogenannten Haushaltschaden. Dieser stellt einen Schaden aus eingeschränkter oder entfallener Arbeitsfähigkeit zur Führung des Haushalts dar. Die Folgen davon können sein: eine grössere Anstrengung der verletzten Person selbst, vermehrte Mithilfe von Angehörigen, Inkaufnahme von Qualitätsverlusten im Haushalt oder die Anstellung einer Haushaltshilfe.

2.4.2.2. Anspruchsberechtigte

Anspruchsberechtigt ist jede Person, die durch eine Verletzung in der Führung ihres Haushalts eingeschränkt ist. Nicht anspruchsberechtigt sind hingegen die Angehörigen der Verunfallten, die durch die Einschränkung mehr Haushaltsarbeiten verrichten müssen als vor dem Unfall.

2.4.2.3. Normativer Schaden

Der Haushaltschaden stellt einen sogenannten normativen Schaden dar. Das Bundesgericht führte dazu in BGE 127 II 403 folgendes aus: *„Der Schaden aus eingeschränkter oder entfallener Arbeitsfähigkeit zur Führung des Haushalts wird nach der Rechtsprechung nicht bloss ersetzt, wenn konkret Kosten für Haushaltshilfen erwachsen, die wegen des Ausfalls der Haushalt führenden Person beigezogen werden; auszugleichen ist vielmehr der wirtschaftliche Wertverlust, der durch die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt entstanden ist, und zwar unabhängig davon, ob dieser Wertverlust zur Anstellung einer Ersatzkraft, zu vermehrtem Aufwand der Teilinvaliden, zu zusätzlicher Beanspruchung der Angehörigen oder zur Hin nahme von Qualitätseinbussen führt.“* Der Schaden wird somit abstrakt, unabhängig von den konkreten Mehrkosten, ermittelt. Dies begründet das Bundesgericht damit, dass der Beizug einer aussenstehenden Person im privaten Haushalt nicht durchwegs zumutbar ist und kein Markt für typische Hausarbeiten vorhanden ist, da bei Beeinträchtigungen grundsätzlich ein Ausgleich der Beeinträchtigung durch unentgeltlichen Mehraufwand der Angehörigen stattfindet.

Obwohl Familienmitglieder von der Haushaltsarbeit profitieren und somit reflexgeschädigt sind, ist der Haushaltschaden vollumfänglich zu ersetzen. Das Bundesgericht begründet dies damit, dass dem erwerbstätigen Ehegatten, der die Einkünfte zum Unterhalt der Familie verwenden muss, der entstandene Lohnausfall ebenfalls ersetzt wird. Wegen der Gleichwertigkeit der Beiträge der Ehegatten muss dies auch für den Naturalbeitrag in Form der Haushaltsarbeit gelten. Jedoch gilt die Mithilfe im Betrieb des Ehepartners nicht als Haushaltsführung.

2.4.2.4. Berechnung

Die drei massgeblichen Faktoren zur Berechnung des Haushaltsschadens sind der Aufwand ohne Unfall, die Einschränkung der geschädigten Person in der Haushaltsführungsfähigkeit und der geschuldete Ersatzlohn für die Stunden, die nicht mehr geleistet werden können.

2.4.2.4.1. Mutmasslicher Aufwand ohne Unfall

Zur Beantwortung der Frage, wie hoch der mutmassliche Aufwand ohne den Unfall wäre, hat das Bundesgericht (in BGE 4A_98/2008) entschieden, dass auf repräsentative statistische Werte abgestellt werden kann. Dadurch soll vermieden werden, dass von blossen Behauptungen des Geschädigten ausgegangen werden muss. Die sogenannten SAKE-BFS-Tabellen haben sich als Grundlage zur Berechnung des Haushaltsaufwandes etabliert. Es kann gemäss Bundesgericht in abstrakter Weise auf die Statistik abgestellt werden, wenn diejenigen Umstände bekannt sind, die es erlauben, die Anwendbarkeit einer Stundenaufwands-Statistik auf den konkreten Sachverhalt festzustellen (Alter und Erwerbsstatus der geschädigten Person sowie Anzahl und Alter der im gleichen Haushalt lebenden Personen). Die Statistik kann auch angewandt werden, ohne dass die geschädigte Person konkrete Behauptungen zu ihrer Lebenssituation und Haushaltsführung machen muss.

2.4.2.4.1.1. SAKE-Tabellen

Die Stundenangaben, die zur Bestimmung des Aufwandes für die Erledigung der Hausarbeit und Kinderbetreuung verwendet werden, stammen von der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, die vom Bundesamt für Statistik im Auftrag des Bundesrates jährlich durchgeführt wird. Hiermit werden die Erwerbsstruktur und das Erwerbsverhalten der Schweizer Bevölkerung erfasst. Seit 1997 werden auch Fragen zur Hausarbeit und zur Kinderbetreuung gestellt. Die Daten zur sogenannten „unbezahlten Arbeit“ werden jedoch nur alle drei bis vier Jahre erhoben.

Die Tabellen zeigen einen Überblick über den zeitlichen Umfang zur Erledigung von verschiedenen Tätigkeiten im Haushalt. Dabei wird eine Differenzierung nach vier Kriterien vorgenommen: Haushaltsgrösse, Erwerbsstatus, Geschlecht und Alter. Bei der Haushaltsgrösse bzw. der Anzahl der Kinder wird das Alter der Kinder unterschieden, da ein jüngeres Kind wesentlich mehr Arbeit verursacht als ein älteres. Bei der Berechnung ist dann auch die zu erwartende Entwicklung der Haushaltsstruktur zu berücksichtigen und der Schaden für jeden Zeitabschnitt gesondert zu bestimmen. Beim Erwerbsstatus werden vier Kategorien unterschieden: nichterwerbstätig, 1 – 49 %, 50 – 89 % und 90 – 100 % erwerbstätig. So kann auch teilzeitarbeitenden Personen Rechnung getragen werden. Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen wird gemacht, da das Geschlecht auch heute noch massgeblich dafür verantwortlich ist, wie viel Hausarbeit bzw. Kinderbetreuung geleistet wird.

T2.3.2 Mütter in Paarhaushalten mit 2 Kindern					Haushaltstyp 4
Zeitaufwand für Haus- und Familienarbeiten in Stunden pro Woche (arithmet. Mittelwert)					
	Erwerbssituation				
	Nicht erwerbstätig	1 - 49 %	50 - 89 %	90 - 100 %	Total
Jüngstes Kind 0 - 2 Jahre					
Mahlzeiten zubereiten	11,5	9,6	7,9	8,9	10,1
Abwaschen, Geschirr räumen, Tisch decken	4,5	3,8	3,4	3,9	4,1
Einkaufen	4,5	3,9	3,8	4,1	4,2
Putzen, aufräumen, betten usw.	9,0	8,1	5,8	5,2	7,9
Waschen, bügeln	4,8	4,0	3,4	3,5	4,2
Reparieren, renovieren, schneiden, stricken	0,9	1,2	0,4	0,7	0,9
Haustierversorgung, Pflanzenpflege, Gartenarbeiten	2,1	2,2	1,7	0,8	2,0
Administrative Arbeiten	1,2	1,2	1,7	1,0	1,2
Kinder Essen geben, waschen, ins Bett bringen ¹	13,9	12,2	12,3	14,2	13,1
Mit Kindern spielen, Hausaufgaben machen ¹	15,4	15,2	15	15,3	15,3
Kinder begleiten, transportieren ¹	1,7	1,2	1,8	2,0	1,6
Haus- und Familienarbeit insgesamt	67,8	52,3	56,8	57,7	63,5
Jüngstes Kind 3 - 6 Jahre					
Mahlzeiten zubereiten	11,0	8,6	9,3	9,3	9,7
Abwaschen, Geschirr räumen, Tisch decken	4,1	3,3	3,5	3,4	3,7
Einkaufen	4,4	3,1	3,3	3,2	3,7
Putzen, aufräumen, betten usw.	8,5	7,4	6,4	6,6	7,6
Waschen, bügeln	4,5	3,7	3,5	3,5	4,0
Reparieren, renovieren, schneiden, stricken	1,0	1,5	0,7	0,3	1,0
Haustierversorgung, Pflanzenpflege, Gartenarbeiten	2,5	3,4	1,8	2,6	2,7
Administrative Arbeiten	1,1	0,9	1,1	0,8	1,0
Kinder Essen geben, waschen, ins Bett bringen ¹	5,2	4,4	5,5	5,0	4,9
Mit Kindern spielen, Hausaufgaben machen ¹	14,1	12,1	12,8	11,3	12,9
Kinder begleiten, transportieren ¹	2,2	1,3	1,5	1,2	1,7
Haus- und Familienarbeit insgesamt	58,7	49,9	48,9	46,5	52,8
Jüngstes Kind 7 - 14 Jahre					
Mahlzeiten zubereiten	11,5	9,5	8,1	8,1	9,5
Abwaschen, Geschirr räumen, Tisch decken	4,1	3,6	3,0	3,0	3,5
Einkaufen	4,4	4,1	3,1	3,3	3,8
Putzen, aufräumen, betten usw.	9,3	8,0	5,9	6,2	7,5
Waschen, bügeln	4,6	4,9	4,0	3,8	4,4
Reparieren, renovieren, schneiden, stricken	1,5	0,9	0,9	0,3	1,0
Haustierversorgung, Pflanzenpflege, Gartenarbeiten	4,9	3,8	2,8	1,9	3,6
Administrative Arbeiten	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1
Mit Kindern spielen, Hausaufgaben machen ¹	10,1	9,2	8,2	8,4	9,0
Kinder begleiten, transportieren ¹	1,5	1,5	1,2	0,7	1,3
Haus- und Familienarbeit insgesamt	53,7	46,4	38,3	36,3	44,7

1 Kleinkindbetreuung wurde nur bei jüngstem Kind unter 7 Jahren gefragt; Kinderbetreuung allgemein für alle Kinder unter 15 Jahren.

Für die Tätigkeitsgruppe **Betreuung und Pflege von Erwachsenen** im Haushalt stehen zum Teil in der Stichprobe zu wenig Beobachtungen zur Verfügung. Werte, die auf 15 bis 49 Beobachtungen beruhen, werden in Klammern dargestellt: (3,8); Werte die auf weniger als 15 Beobachtungen beruhen, werden nicht ausgewiesen: ().

BFS Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2004: Modul Unbezahlte Arbeit

2.4.2.4.2. Einschränkung in der Haushaltsführung

Auch beim Haushaltschaden ist es nicht zulässig, von der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit direkt auf die Einschränkung im Haushalt zu schliessen. Zur Substanziierung der Einschränkung in der Haushaltsführung werden in der Praxis zunehmend spezifische Abklärungen angeordnet, insbesondere in der Form einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Das Gutachten muss ausdrücklich auf die Behinderungen der geschädigten Person Bezug nehmen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit muss insofern nachvollziehbar sein, als dadurch aufgezeigt wird, bei welcher Art von Hausarbeit eine Einschränkung besteht, ohne dass dies jedoch für jede einzelne Tätigkeit festgelegt werden muss.

2.4.2.4.3. Ersatzlohn

Gemäss Bundesgericht richtet sich der Ersatzlohn pro Stunde nach einem allgemeinen Haushaltshilfenlohn. Bisher wurde diesbezüglich noch keine Transparenz bspw. in Form von Tabellenlöhnen ähnlich der SAKE-Tabellen geschaffen. In der Praxis wird heute mit einem Stundenlohn in der Höhe von CHF 25,00 bis CHF 30,00 gerechnet. Das Bundesgericht berücksichtigt hierbei beim zukünftigen Schaden eine jährliche Realloohnerhöhung von 1 % bis zum Pensionierungsalter.

2.4.2.4.4. Dauer der Beeinträchtigung

Der Haushaltschaden dauert bis zum Ende der Aktivität, das heisst, bis die haushaltsführende Person nicht mehr arbeitsfähig wäre. Der Haushaltschaden ist somit nicht wie der Erwerbsschaden auf das Rentenalter terminiert und ist daher gemäss Bundesgericht (BGE 129 III 135) mit den Aktivitätstafeln (genauer Tafel 10) zu kapitalisieren. Für weitere Ausführungen zur Kapitalisierung wird auf den fünften Teil zum Thema Schadenberechnung verwiesen.

2.4.3. Heilungskosten und Pflegeschaden

2.4.3.1. Heilungskosten

Bei Körperverletzungen hat der Verletzte gemäss Art. 46 Abs. 1 OR Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten. Unter Heilungskosten werden alle Kosten verstanden, die erforderlich sind, um die Folgen der Verletzung zu beheben oder zu mindern. Hierunter fallen ambulante und stationäre ärztliche Behandlungen, erste Hilfe, Transport, häusliche Pflege, Kuren, Bäder, Arzneien, Pflegeutensilien, Krücken, Prothesen, usw.

Falls die vollständige Wiederherstellung medizinisch möglich ist, so ist sie auch dann geschuldet, wenn die hierfür aufzuwendenden Kosten aussergewöhnlich hoch sind. Eine Obergrenze ergibt sich insofern nur aus der Schadenminderungspflicht des Geschädigten nach Art. 44 Abs. 1 OR. Daraus folgt beispielsweise auch, dass der Geschädigte nicht einfach die Privatabteilung eines Krankenhauses wählen kann, wenn er ohne einen Zahlungspflichtigen in der allgemeinen Abteilung gewesen wäre. Ausserdem muss sich der Geschädigte die Kosten für das eingesparte Essen abziehen lassen. Bislang besteht für den sogenannten Verpflegungskostenabzug kein einheitlicher Satz, in der Regel werden jedoch CHF 25,00 pro Tag berücksichtigt.

Die Heilungskosten sind konkret zu berechnen, das heisst, sie können nur dann verlangt werden, wenn sie bereits angefallen sind oder mit Sicherheit noch anfallen werden. Selbst wenn sich eine Behandlung nachträglich als falsch erweist, hat der Haftpflichtige dafür aufzukommen (ausser es handelt sich um einen ärztlichen Kunstfehler), da ein allfälliges Prognoserisiko nicht zulasten des Geschädigten gehen darf.

Für die Heilungskosten ist grundsätzlich die Versicherung des Geschädigten (Unfallversicherung, Invalidenversicherung) vorleistungspflichtig. Die Kosten werden danach auf dem Regressweg beim Haftpflichtigen geltend gemacht.

2.4.3.2. Pflegeschaden

Ein Unfall kann dazu führen, dass die geschädigte Person nicht mehr in der Lage ist, alltägliche Lebensverrichtungen alleine vorzunehmen. Der Geschädigte ist in diesem Fall vorübergehend oder dauernd auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Bei schweren Verletzungen ergibt sich oft die Notwendigkeit dauernder Pflege und Betreuung. Diese kann in einem Krankenhaus, in einem Heim oder aber auch zuhause durch Angehörige erfolgen.

Keine Schwierigkeiten zur Begründung der Ersatzfähigkeit des Pflegeschadens bestehen dann, wenn die geschädigte Person entgeltliche Dritthilfe in Anspruch nimmt. In diesem Fall entstehen Kosten, die nach Art. 46 Abs. 1 OR zu ersetzen sind.

Wenn der Geschädigte jedoch von Familienangehörigen unentgeltlich gepflegt wird, entsteht ihm kein eigentlicher Schaden nach der Differenztheorie. Obwohl die allfälligen wirtschaftlichen Einbussen der pflegenden Person einen indirekten Schaden bzw. einen Reflexschaden darstellen, ist dies gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein ersatzfähiger Pflegeschaden, denn Verwandte sollen sich nicht für den Haftbaren unentgeltlich aufopfern müssen. Anspruchsberechtigt ist jedoch die geschädigte Person und nicht die pflegende Person. Gibt ein Familienmitglied für die Betreuung seine Arbeit auf, so entspricht der Schaden dem Lohnausfall. Eine Ausnahme wird nur dann gemacht, wenn fremde Hilfe wesentlich günstiger gewesen wäre oder wenn die Pflege eine grössere Beanspruchung mit sich bringt als die bisherige Arbeit. Massgebend ist der Aufwand, der einer Fachkraft bezahlt werden müsste, die befähigt ist, die erforderliche Pflege auszuführen.

Für die Bemessung des Pflegeschadens ist der gegenwärtige und zukünftige konkrete Pflege- und Betreuungsbedarf des Geschädigten massgebend. Nicht ersatzfähig ist der sogenannte „Ohnehin-Schaden“, dies beispielsweise bei Kindern, die sowieso hätten betreut werden müssen. Ersatzfähig ist in diesen Fällen nur der Mehraufwand.

Auch der Pflegeschaden kann in Kapital- oder Rentenform ausgerichtet werden. Hierbei ist jedoch nicht nur die zukünftige Teuerung zu berücksichtigen, sondern auch der überproportionale Kostenanstieg bei Pflegeleistungen.

2.4.4. Versorgerschaden

2.4.4.1. Definition

Gemäss Artikel 45 Abs. 3 OR können Personen, die durch Tötung ihren Versorger verloren haben, Schadensersatz verlangen. Der Anspruch ist unabhängig davon, ob die versorgte Person auch Erbe des Getöteten ist oder nicht.

Der Versorger ist diejenige Person, welche eine andere Person regelmässig unterstützt und damit ganz oder teilweise ihre Existenz sichert. Nach dem Wortlaut des Gesetzes und nach ständiger Rechtsprechung wird dabei auf die tatsächlichen Verhältnisse und nicht auf Verwandtschaft oder eine anderweitig bestehende rechtliche Unterstützungspflicht abgestellt. Somit kommen sämtliche Personen als Versorger in Betracht, welche tatsächlich finanzielle Unterstützung leisten und deren Empfänger auf diese Unterstützung angewiesen sind; darunter fallen beispielsweise Ehegatten, Eltern, Kinder, Stiefeltern und Stiefkinder, Geschwister, Verlobte und nichteheliche Partner.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes haben Versorgte Anspruch auf jene Lebensführung, welche ihnen in der Zukunft ohne den Tod des Versorgers möglich gewesen wäre. Die Versorgung kann dabei durch Geld, Sachzuwendungen oder Arbeit erfolgen. Die Versorgung der Angehörigen durch das Erwerbseinkommen des Versorgers stellt jedoch den Normalfall dar.

2.4.4.2. Dauer der Unterstützung

Die Versorgung kann sowohl auf eine bestimmte Zeitspanne wie auch auf Lebenszeit angelegt sein. Insbesondere bei Kindern stellt sich die Frage nach der Dauer der Unterstützung. Im Normalfall endet die Unterstützungspflicht beim Kindesalter von 18 bis 20 Jahren, bei einem möglichen Studium bei etwa 25 Jahren. Bei der unbefristeten Unterstützung, bspw. bei Ehepaaren, wird der sogenannte Verbindungskoeffizient, welcher sich aus der Aktivitätserwartung des Versorgers und der Lebenserwartung der versorgten Person ergibt, angewandt. Dadurch wird der Möglichkeit Rechnung getragen, dass der überlebende Ehepartner vor dem hypothetischen Ende der Erwerbstätigkeit des verstorbenen Partners stirbt.

2.4.4.3. Berechnung

Bei einer zeitlich begrenzten Unterstützung, bspw. bei Kindern in Ausbildung, ist der Versorgerschaden meist relativ genau bestimmbar. Im Normalfall handelt es sich jedoch um eine länger dauernde Versorgung. Massgebend ist dabei die voraussichtliche jährliche Versorgungsleistung des Getöteten. Die Höhe der jährlichen Zuwendung wird in einem Prozentsatz des voraussichtlichen zukünftigen Einkommens des Verstorbenen festgelegt, wobei das voraussichtliche zukünftige Einkommen des Verstorbenen aufgrund der Umstände zu schätzen ist. Die Höhe der Versorgungsleistungen wird dann als Quote dieses Einkommens berechnet. Das Bundesgericht geht dabei bei niedrigen Einkommen oder bei einem Arbeitswerb des überlebenden Partners von einer Witwen- bzw. Witwerquote in der Höhe von 40 % aus. Bei einem sehr hohen Einkommen oder wenn mehrere Kinder vorhanden sind, reduziert das Bundesgericht die Quote auf 30 – 35 %, erhöht sie aber wieder, sobald die Kinderquoten wegfallen. Die Kinderquote beträgt je nach Einkommen und Anzahl der Kinder 5 – 15 %. Grundsätzlich wird von einem Totalaufwand von 66 % für den überlebenden Partner und die Kinder ausgegangen, dies unter der Annahme, dass der Verstorbene mindestens ein Drittel des Einkommens für sich selbst aufgewendet hätte. Die voraussichtlichen jährlichen Versorgungsleistungen werden kapitalisiert, für den Beginn der Rentenlaufzeit ist der Todestag massgebend. Unter Anrechnung der Renten der Unfallversicherung und der AHV ergibt sich dann der Nettoversorgerschaden.

2.4.4.4. Vorteilsanrechnung und Wiederverheiratung

Da einerseits die durch den Tod entstandenen finanziellen Nachteile zu ersetzen sind, müssen andererseits auch allfällige, dadurch ausgelöste Vorteile grundsätzlich berücksichtigt werden.

Die Wiederverheiratung beendet die Unterstützung in der Regel, da diese nun durch den neuen Ehemann bzw. die neue Ehefrau übernommen wird. Gemäss Rechtsprechung ist die Voraussetzung für die volle Berücksichtigung der Wiederverheiratung jedoch, dass die neue Ehe einen ähnlichen Lebensstandard wie den bisherigen ermöglicht. Die Wiederverheiratung hängt vor allem von den Umständen des Einzelfalles ab, insbesondere dem Alter der Witwe bzw. des Witwers, den familiären Verhältnissen und dem Willen zur Wiederverheiratung. Je nach Einzelfall kann dann in der Berechnung ein sogenannter Wiederverheiratungsabzug nach statistischer Wahrscheinlichkeit vorgenommen werden.

2.4.5. Genugtuung

2.4.5.1. Definition

Gemäss Art. 47 OR kann der Richter bei Tötung eines Menschen oder Körperverletzung unter Würdigung der besonderen Umstände dem Verletzten oder den Angehörigen des Getöteten eine angemessene Geldsumme als Genugtuung zusprechen.

Die Genugtuung ist eine Leistung für die Verursachung seelischer Unbill. Unter seelischer Unbill wird alles verstanden, was das Wohlbefinden und die Lebensfreude, die Geltung und die Entfaltung eines Menschen verhindert oder mindert, ohne dass dabei das Vermögen materiell betroffen ist. Ein Genugtuungsanspruch knüpft jedoch an bestimmte Voraussetzungen: *„Es kommt vor allem auf die Art und Schwere der Verletzung, die Intensität und die Dauer der Auswirkungen auf die Persönlichkeit des Betroffenen*

sowie auf den Grad des Verschuldens an, das den Schädiger am Unfallereignis trifft“ (BGE 112 II 133). Die Genugtuung bezweckt, dass „das Wohlbefinden anderweitig gesteigert oder dessen Beeinträchtigung erträglich gemacht wird“ (BGE 123 III 15).

2.4.5.2. Genugtuungsberechtigte

Genugtuungsberechtigt sind Personen, die eine Körperverletzung erlitten haben oder Angehörige von Getöteten. Diese Angehörigen haben ein eigenes und unmittelbares Recht auf eine Genugtuung. Ebenfalls haben Personen, die ohne Körperverletzung in ihrer Persönlichkeit verletzt wurden, nach Art. 49 OR Anspruch auf eine Genugtuung. So haben unter gewissen Voraussetzungen auch Ehegatten oder Eltern von Schwerverletzten einen eigenen Anspruch auf eine Genugtuung.

2.4.5.3. Genugtuungsverpflichtete

Die Haftpflichtversicherung muss sowohl den Schadensersatz wie auch die Genugtuung übernehmen, gegebenenfalls auch aufgrund eines direkten Forderungsrechtes. Die Verpflichtung der Haftpflichtversicherung geht jedoch nicht weiter als diejenige des Schädigers.

2.4.5.4. Geldleistung

Art. 47 OR sieht nur Geldleistungen als Genugtuung vor. Hiermit sind jedoch nicht nur Kapitalzahlungen gemeint, sondern es besteht ebenfalls die Möglichkeit von Rentenzahlungen. Allerdings müssen Rente und Kapital ebenbürtig sein.

2.4.5.5. Fälligkeit

Die Genugtuung wird im Zeitpunkt der seelischen Unbill fällig, dies ist grundsätzlich der Unfall, auch wenn sich eventuelle Folgen erst später auswirken können. Der Betrag ist vom Unfalltag an mit 5 % zu verzinsen, dies jedoch nicht als Verzugszins, sondern als Bestandteil der Genugtuung.

2.4.5.6. Bemessung

„Die Beurteilung muss nach objektiven Kriterien erfolgen, da nur auf diese Weise eine rechtsgleiche Behandlung gewährleistet ist“ (BGE 108 V 93). Grundsätzlich wird die Höhe der Genugtuung beeinflusst von der Schwere der Verletzung, der Grösse des Verschuldens und den besonderen Umständen, wie beispielsweise die Beziehung zur geschädigten oder zur schädigenden Person.

Der Tod eines nahen Angehörigen ist grundsätzlich als eine schwere seelische Unbill zu betrachten. Hier ist jedoch die verwandtschaftliche wie auch die räumliche Entfernung massgebend. So sind beispielsweise Geschwister nur genugtuungsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zusammengelebt haben oder eine besonders enge Beziehung hatten.

Da die Abstufung des Schmerzes bzw. des individuellen Empfindens gross ist, stützt sich die Rechtsprechung bei der Schwere der Verletzung weitgehend auf Durchschnittswerte und geht von einem durchschnittlichen Empfinden aus.

Das Vorliegen und die Schwere des Verschuldens spielen nicht nur beim Schädiger eine Rolle, sondern auch beim Geschädigten. Beim Schädiger fallen besonders Leichtsinn, Rücksichtslosigkeit, Sinnlosigkeit und Vermeidbarkeit ins Gewicht. Falls jedoch der Geschädigte allein und erheblich für den Unfall verantwortlich ist und der Schädiger nur kausal haftet, so wird keine Genugtuung zugesprochen. Vergleichsgrundlage bildet ein einseitiges normales Verschulden des Schädigers. Grobe Fahrlässigkeit des Schädigers führt zu einer Erhöhung, und das Selbstverschulden der geschädigten Person bewirkt eine Herabsetzung.

Zwischen den nicht genugtuungswürdigen und den schwersten Verletzungen gibt es eine grosse Anzahl von Fällen, bei denen kritisch abgewogen werden muss. In der Praxis behilft man sich hierbei mit der tabellarischen Übersicht über die Gerichtsentscheide zur Genugtuung von Klaus Hütte, Petra Ducksch und Kayum Guerrero. Diese Sammlung bietet einen raschen und ausführlichen Überblick zur Erleichterung der Entscheidungsfindung. Die Genugtuungssummen bei schweren Körperverletzungen liegen zwischen CHF 50.000,00 und CHF 150.000,00.

2.4.6. Weitere Kosten

2.4.6.1. Anpassungskosten

Der Anspruch auf Ersatz der Kosten nach Art. 46 Abs. 1 OR beinhaltet ebenfalls Anpassungskosten im Invaliditätsfall. Bei den sogenannten Anpassungskosten handelt es sich um Lebensunterhaltungsmehrkosten, die beispielsweise durch einen behindertengerechten Umbau der Wohnung, eine Anpassung des Arbeitsplatzes oder durch eine Veränderung der Bedienung des Autos entstehen. Allenfalls muss der Geschädigte auch seinen Beruf oder seinen Wohnsitz an die veränderte Situation anpassen. Der zusätzliche Aufwand wie auch die Kosten einer Umschulung und der dadurch bedingte Lohnausfall müssen vom Haftpflichtigen übernommen werden.

2.4.6.2. Kosten im Todesfall

Gemäss Art. 45 Abs. 1 OR hat der Haftpflichtige im Falle der Tötung eines Menschen die entstandenen Kosten, insbesondere diejenigen der Bestattung, zu ersetzen, dies ungeachtet der Tatsache, dass diese Kosten früher oder später sowieso entstanden wären. Zu den Bestattungskosten zählen: der Leichentransport, die Herrichtung des Leichnams, der Sarg, die Todesanzeige und die Danksagungen, die Beerdigung oder die Einäscherung, das Leichenmahl, die Trauerkleidung, der Grabstein sowie die erste Grabpflanzung.

Falls der Tod nicht sofort eingetreten ist, muss gemäss Art. 45 Abs. 2 OR auch für die Kosten der versuchten Heilung und für die Nachteile der Arbeitsunfähigkeit Ersatz geleistet werden. Diese Ansprüche gehen auf die Erben über.

Art. 45 Abs. 1 OR schliesst ebenfalls alle weiteren entstandenen Kosten ein. Hierzu gehören beispielsweise Rettungsmassnahmen, Reisen zum Sterbenden, Abklärungen des Unfallherganges und Sicherung des Eigentums. Die Kosten müssen jedoch direkt mit dem Tod zusammenhängen. Frühere Aufwendungen, die sich als nutzlos erweisen oder Verluste, die wegen des Todes eingetreten sind, sind nicht zu ersetzen. Das Gleiche gilt auch für Reflexschäden von Dritten.

2.4.6.3. Anwaltskosten

Kosten, die mit einer notwendigen Vertretung eines Rechtsanwalts zusammenhängen und in der Entschädigung nach Prozessrecht nicht inbegriffen sind, stellen eine Schadenposition dar. Die Höhe ergibt sich sowohl aus der Bedeutung und Schwierigkeit wie auch aus dem zeitlichen und sonstigen Aufwand des Rechtsvertreters.

Grundsätzlich sind die Anwaltskosten als Schadenposition nur im Rahmen der Haftungsquote zu ersetzen. In der Praxis werden die Honorare jedoch meistens ungeschmälert übernommen.

2.4.6.4. Zinsen

Zum Schaden gehört nach konstanter Rechtsprechung auch der Zins vom Zeitpunkt an, in welchem sich das schädigende Ereignis finanziell ausgewirkt hat. Der Zinsfuss beträgt gemäss Art. 73 Abs. 1 OR 5 %. Der Schadenzins läuft bis zur Zahlung des Schadensersatzes bzw. bis zu dessen Festsetzung. Danach kommt der Verzugszins (ebenfalls in der Höhe von 5 %, vgl. Art. 102 OR) zum Tragen.

2.5. Schadenberechnung

Für die Berechnung von zukünftigen Leistungen bei Personenschäden besteht in der Schweiz eine langjährige Kapitalisierungspraxis, sodass heute die Kapitalzahlung die normale Erledigungsart darstellt. Die geschädigte Person erhält eine einmalige Kapitalabfindung, womit z. B. der periodisch oder kontinuierlich anfallende Erwerbs-, Renten- und Haushaltsschaden oder die künftigen Heilungskosten abgegolten werden.

Diese Art der Schadenerledigung hat sowohl für den Anspruchsberechtigten als auch den Versicherer Vorteile:

- Mit einer einmaligen Kapitalabfindung ist die Auseinandersetzung endgültig erledigt,
- ein Kapital bildet bei Dauerschäden oft eine willkommene Ergänzung zu den in Rentenform ausgerichteten Leistungen der Sozialversicherungen,
- der Anspruchsberechtigte hat mit einem Kapital allenfalls eine bessere Ausgangslage für einen Neuanfang,
- mit einer definitiven Erledigung hat der Geschädigte die Möglichkeit, den Verarbeitungsprozess abzuschliessen, was sich günstig auf sein weiteres Leben auswirken kann.

2.5.1. Schadenberechnung

Mittels der Schadenberechnung wird das Ausmass eines Schadens bestimmt, d. h. es wird das Maximum festgelegt, welches der Anspruchsteller – abgesehen von der Genugtuung – vom Haftpflichtigen insgesamt verlangen kann. Mehr Schadensersatz als das Ergebnis der Schadenberechnung steht dem Geschädigten nicht zu, denn der Schadensersatz darf nicht zur Bereicherung des Anspruchstellers führen. Damit ist aber noch nicht entschieden, ob der in Anspruch genommene Haftpflichtige diesen ganzen Schaden zu ersetzen hat.

2.5.2. Schadensersatzbemessung

Die Schadensersatzbemessung führt die Gründe auf, welche zu einer Reduktion des errechneten Schadens führen. Die massgebenden Umstände sind in den verschiedenen Haftungsgesetzen nur zum Teil umschrieben. Art. 43 OR erwähnt als Kriterium für die Bestimmung von Art und Grösse des Ersatzes neben der Grösse des Verschuldens ganz allgemein die Umstände. Lehre und Rechtsprechung haben zudem Grundsätze entwickelt, welche der Richter zu beachten hat. Hierbei handelt es sich insbesondere um

- Mitverschulden bzw. Selbstverschulden des Anspruchstellers,
- Einwilligung (Art. 44 Abs. 1 OR),
- eine drohende Notlage des Haftpflichtigen (Art. 44 Abs. 2 OR),
- Zufall,
- ein ungewöhnlich hohes Einkommen des Anspruchstellers,
- Gefälligkeitshandlungen,
- Konstitutionelle Prädisposition.

Faktoren die dem Geschädigten entgegengehalten werden können, liegen nicht nur in seinem Selbstverschulden, sondern auch in den von ihm zu vertretenden Kausalhaftungsgründen und Betriebsgefahren.

2.5.2.1 Beispiel für ein Selbstverschulden

Ein Fussgänger, der neben anderen Fussgängern nicht auf dem Trottoir, sondern auf der Strasse geht, wird bei schlechter Sicht von einem Auto angefahren, dessen Lenker durch ein entgegenkommendes Fahrzeug geblendet wurde. Ermässigung der Ersatzpflicht ca. 10 % – 20 %.

2.5.3. Kapitalisierung

Hierbei handelt es sich um einen Rechnungsvorgang, mit welchem der heutige Kapitalwert von zukünftigen, periodischen Leistungen oder Renten ermittelt wird. Es wird aufgezeigt, welches Kapital heute bereitgestellt werden muss, um die künftigen periodischen Leistungen für die ganze Laufdauer zu finanzieren.

2.5.4. Barwerttafeln

Anfänglich wurden sogenannte Mortalitätstabellen benutzt. Diese stammen von Herrn Charles Soldan und Herrn Paul Piccard (veröffentlicht 1895 bzw. 1918). Die ersten Aktivitätstabellen (Barwerttafeln) wurden 1948 publiziert und 1960 durch das Bundesgericht übernommen. Die aktuelle Publikation – welche auf den neuesten Rechnungsgrundlagen basiert – stammt aus dem Jahre 2001.

Die Barwerttafeln von „Stauffer/Schaetzle“ sind ein anerkanntes Hilfsmittel für die Kapitalisierung und werden in der Praxis zumeist für die Berechnung von Personenschäden im Haftpflichtrecht und die Regressberechnung im Sozialversicherungsrecht eingesetzt.

2.5.4.1. Mortalitätstabellen

Eine Mortalitätsrente (oft auch Leibrente genannt) läuft, solange die rentenberechtigte Person – unabhängig vom zu beurteilenden Unfall – lebt, d. h. bis zu ihrem mutmasslichen Tod. Als Beendigungsgrund wird nur die Sterbenswahrscheinlichkeit berücksichtigt. Im Haftpflichtrecht werden diese beispielsweise benutzt, um lebenslang anfallende Pflegekosten zu kapitalisieren.

2.5.4.2. Aktivitätstabellen

Wenn Schadenersatz für die Nachteile der Arbeitsunfähigkeit zu leisten ist, dürfen die Mortalitätstabellen nicht verwendet werden; dies, weil die Dauer der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im Allgemeinen nicht identisch ist mit der Lebensdauer. Bei den Aktivitätstabellen wird neben der Sterbewahrscheinlichkeit auch noch das Invalidisierungsrisiko berücksichtigt. Eine Aktivitätsrente läuft, bis die rentenberechtigte Person – unabhängig vom zu beurteilenden Unfall – voraussichtlich sterben oder invalid werden würde.

2.5.4.3. Kapitalisierungszinsfuss

Dem Kapitalisierungsvorgang liegt die theoretische Annahme zugrunde, dass der Kapitalempfänger jeweils den Jahresbetrag der Rente bezieht und den verbleibenden Rest des Kapitals zu dem Zins anlegt, mit dem bei der Kapitalisierung diskontiert wird.

Der Kapitalisierungszinsfuss beträgt seit 1946 konstant 3,5 %. Diese feste Praxis wirkt sich förderlich auf die Rechtssicherheit und Praktikabilität aus.

2.5.5. Leonardoprogramm

Im Jahre 2001 wurde das Projekt LEONARDO – gemeinsam durch einen Anwalt, welcher Geschädigte vertritt, und ein Direktionsmitglied einer namhaften Versicherungsgesellschaft – erfolgreich realisiert.

LEONARDO steht für verschiedene, aufeinander abgestimmte Hilfsmittel zur Kapitalisierung und Berechnung von Personenschäden. Im Zentrum steht das Kalkulationsprogramm. Mit diesem lassen sich insbesondere Invaliditäts- und Versorgungsschäden einfach, schnell und genau berechnen.

2.5.6. Zusammenfassung

Mit dem heutigen Komplexitätsgrad in der Personenschadenberechnung ist eine Schadenberechnung „von Hand“ kaum mehr zu bewältigen. Richter, Anwälte und Fachspezialisten der Versicherungswirtschaft, welche sich mit der Bearbeitung komplexer Personenschäden befassen, werden die Schadenberechnung zukünftig vermehrt mit dem Leonardoprogramm vornehmen. Zudem dürften auch Regressverhandlungen mit den Sozialversicherern in Zukunft auf Basis der mittels LEONARDO berechneten Schadenkalkulation erfolgen.

Trotz der „Vereinfachung“ in der Schadenberechnung muss man sich immer bewusst sein, dass LEONARDO lediglich ein Hilfsmittel zur Kapitalisierung und Berechnung von Personenschäden darstellt. Nach wie vor gilt es, den konkreten Verhältnissen im Einzelfall (wie z. B. Ausbildung, Beruf, bisherige berufliche Entwicklung, betriebsinterne Karrieremöglichkeiten, vorgesehene Fortbildung, Familienstand sowie Krankheiten bzw. Prädispositionen des Geschädigten) Rechnung zu tragen.

3. USA: Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Deckungen und Abwicklung von Personenschäden

von Claudia Föllmer und Thomas Ament,
Group Legal Services, E+S Rückversicherung AG

3.1. Einleitung

Auch im Bereich der Autoversicherung sind die Vereinigten Staaten von Amerika das Land der Superlative. Die USA sind mit über 300 Millionen Einwohnern und ca. 247.000.000 zugelassenen Kraftfahrzeugen der pro Jahr größte Markt für Autoversicherungen der Welt.

Allerdings sind die USA mit 50 Staaten, 51 verschiedenen Gesetzgebern und vielfacher Rechtsprechung auch ein schwer einzuschätzender Markt. Dies führt dazu, dass der US-Versicherungsmarkt durch verschiedene Rechtslagen der einzelnen Bundesstaaten nicht nur unübersichtlich, sondern auch sehr komplex ist. Das US-Verfassungsgericht hat schon früh entschieden, dass Versicherungsangelegenheiten nicht auf Bundesebene, sondern auf Bundesstaatenebene zu regeln sind. Die Legislativen der verschiedenen Staaten haben unterschiedliche gesetzliche Regelungen erlassen, und die Rechtsprechung in den einzelnen Staaten hat sich sehr verschieden entwickelt. Diese Uneinheitlichkeit zieht sich wie ein roter Faden durch das Thema Autoversicherung. Grundlegende Bereiche wie etwa das anwendbare Haftungssystem, Pflichtversicherung, Versicherungslimits, Schadensersatzregelungen variieren von Staat zu Staat, teilweise sogar mit extrem unterschiedlichen Folgen für alle Beteiligten.

3.2. Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in den USA

Obwohl in den verschiedenen US-Staaten keine einheitliche Regelung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (KH) existiert, hat sich die überwiegende Mehrheit der US-Staaten für einen im Grundsatz einheitlichen Weg entschieden. Die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung ist in 48 Staaten und im District of Columbia als Pflichtversicherung geregelt.

Allerdings gibt es in den einzelnen Staaten unterschiedliche gesetzliche Anforderungen. Auch sind in den Staaten verschiedene Mechanismen vorgesehen, die die Einhaltung der Versicherungspflicht überprüfen sollen.

In den zwei verbleibenden Staaten New Hampshire und Wisconsin hat sich der Gesetzgeber gegen eine Pflichtversicherung entschieden.

- In New Hampshire muss der Halter bei der Zulassung seines Pkws damit keinen Versicherungsnachweis vorlegen. Versichert er sich nicht freiwillig und verschuldet er einen Unfall mit mehr als USD 1.000 Sachschaden oder mit Personenschaden, muss er eine Sicherheit in Höhe des voraussichtlichen Schadens hinterlegen. Weiter ist ein sogenanntes SR-22-Formular bei einem Versicherungsmakler auszufüllen, in dem dargelegt wird, dass für eventuelle zukünftige Unfälle gewisse finanzielle Anforderungen (Limits) erfüllt sind.
- Auch in Wisconsin kann der Halter sich freiwillig versichern. Tut er dies nicht, muss er hier im Wege einer Bürgschaft, Nachweis von ausreichenden Eigenmitteln oder eines Zertifikates für Eigenversicherung nachweisen, dass er im Falle eines Unfalls ausreichend Mittel zur Verfügung hat, um für den Schaden aufzukommen.

3.3. Gesetzliche Haftungsgrundlage für Schäden aus Verkehrsunfällen

Gibt es im Vergleich zu Europa die Rechtsinstitute der Verschuldens- und Gefährdungshaftung, Betriebsgefahr, des Mitverschuldens? Grundsätzlich regelt das Deliktsrecht der einzelnen Staaten (das sogenannte Tort Law) die Ansprüche des Geschädigten gegen den Schädiger. Das Deliktsrecht ist von Staat zu Staat unterschiedlich und wird teilweise durch Gesetze eingeschränkt.

Das US-Deliktsrecht sieht für Verkehrsunfälle allein die Verschuldenshaftung vor. Eine Gefährdungshaftung (Strict Liability), wie wir sie aus Deutschland kennen, gibt es beispielsweise in der Produkthaftung, nicht jedoch in der Kraftfahrzeug-Haftpflicht. Der Schwerpunkt der Prüfung eines Anspruchs liegt damit auf den Fragen des Verschuldens und/oder der Kausalität.

Die Beweislast für beide Punkte liegt beim Geschädigten, wobei sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass das Thema „Fahrlässigkeit“ stets die größten Probleme bereitet.

- Der geforderte Grad der Fahrlässigkeit kann von Staat zu Staat stark variieren. In Massachusetts beispielsweise limitiert ein sogenanntes „Guest Statute“ die Haftung des Halters für Schäden der Insassen allein auf grobe Fahrlässigkeit.
- Auch für die Festlegung der erforderlichen Sorgfaltspflicht gibt es kaum feste Grundsätze. In den USA wird vielmehr die im Verkehr erforderliche Sorgfalt von Fall zu Fall (Case Law) verhandelt und basierend auf verschiedenen Faktoren wie etwa Sachverständige, Eindruck der Jury oder des Richters entschieden. So kann es vorkommen, dass ein Fahrverhalten in Arizona noch sorgfaltsgerecht ist, während es in Kalifornien bereits als Pflichtverletzung gesehen wird und zu Ansprüchen führen kann.

Ein weiterer interessanter Punkt des Deliktsrechts ist das Mitverschulden. Mitverschulden wird von Staat zu Staat unterschiedlich durch zwei Arten von Gesetzen geregelt:

- „Komparative“ Fahrlässigkeit (Comparative Negligence Laws): Hier muss sich der Geschädigte seinen Verschuldensanteil anrechnen lassen. Dies entspricht dem Gedanken des Mitverschuldens entsprechend § 254 BGB.
- Mitwirkende Fahrlässigkeit (Contributory Negligence Laws): Dieses Gesetz untersagt dem Geschädigten gänzlich, einen Schaden gegen den Schädiger geltend zu machen, wenn der Geschädigte auch nur zu einem geringen Teil Mitverschulden an dem schädigenden Ereignis trägt. Dieses Prinzip wurde in den meisten Staaten aufgegeben oder durch gerichtliche Entscheidungen verwässert. Einige Staaten (wie beispielsweise Virginia, District of Columbia, Alabama) haben jedoch weiterhin das reine Gesetz der Contributory Negligence in Anwendung. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass der Geschädigte keinen Anspruch gegen einen betrunkenen, zu schnell fahrenden Unfallverursacher hat, wenn er selbst auch noch durch abgefahrene Reifen zum Unfall beigetragen hat.

3.4. No-Fault-System

In manchen Staaten wird das Deliktsrecht von „No-Fault-Gesetzen“ eingeschränkt. Diese verlangen vom Fahrzeughalter eine Art „Kaskoversicherung“ (Personal Injury Protection, kurz PIP) für materielle, *eigene* Personenschäden. Diese Schäden werden dann ausschließlich über die PIP abgewickelt. Der Geschädigte muss, anders als im Deliktsrecht, weder Schuld noch Fahrlässigkeit nachweisen, um den ihm entstandenen Schaden ersetzt zu bekommen.

Typische No-Fault-Benefits sind

- Behandlungskosten,
- Rehabilitationskosten,
- Einkommensverluste,
- Kosten für Hilfsdienste,
- Beerdigungskosten.

Ausgeschlossen sind hier regelmäßig immaterielle Schäden wie etwa Schmerzensgeld (Pain and Suffering), „Unbill“ (Inconvenience), Angst (Mental Anguish).

In einem No-Fault-Staat hat der Geschädigte einen direkten Anspruch gegen seinen eigenen PIP-Versicherer. Eventuelle Ansprüche des Geschädigten gegen den Unfallgegner aus Deliktsrecht entfallen. Hierdurch kommt es zu einer schnelleren Abwicklung der Schäden, und die Zahl der Rechtstreitigkeiten kann verringert werden.

Beispiel: In einem No-Fault-Staat wie etwa New York muss die Autoversicherung eine PIP-Deckung beinhalten. Im Schadenfall kann sich der Halter direkt an *seine* No-Fault-Versicherung wenden, der materielle Schaden wird von seinem No-Fault-Versicherer ausbezahlt. Ein eventueller Anspruch gegen den Schädiger und/oder dessen Versicherung auf materiellen und/ oder immateriellen Schadensersatz entfällt. In einem reinen Deliktsrechts-Staat wie Illinois muss hingegen keine PIP in der Autoversicherung enthalten sein. Alle Ansprüche aus einem Unfall werden allein und ohne Ausnahme nach Deliktsrecht behandelt.

Der Umfang der Idee einer reinen No-Fault-Deckung ist durchaus kritisch zu sehen. In uneingeschränkter Form würde No-Fault bedeuten, dass in diesen Staaten Personenschäden allein aus PIP reguliert werden und keinerlei Deliktsansprüche, weder materielle noch immaterielle, aus Verkehrsunfällen gegen den Schädiger bestehen. Die Umsetzungen in den einzelnen Staaten sehen daher keine unbegrenzte Anwendung des No-Fault-Systems voraus. In den meisten Staaten sind No-Fault-Schadensersatzzahlungen für Personenschäden von alternativ monetären oder bestimmten sachlich festgelegten Grenzwerten abhängig. Es muss im Einzelfall anhand der festgelegten Werte geklärt werden, ob für den vorliegenden Schaden No-Fault- oder Deliktsrecht anwendbar ist. Eine Einzelfallprüfung:

- Monetäre Grenzwerte: Liegt der Schaden unter einer gewissen Schadenssumme (rund USD 2.500), wird der Schaden allein über das No-Fault-System abgerechnet; der Deliktsanspruch entfällt. Liegt der Schaden über der Grenze, muss der gesamte Schaden im Rahmen des normalen Deliktsrechts abgewickelt werden.
- Sachliche Grenzwerte: Hier werden gewisse Arten von Schäden über das Deliktsrecht geregelt (eine Positivliste, wie man sie z. B. aus dem Medikamentenbereich kennt). In Michigan beispielsweise kann der Geschädigte/der Erbe nur dann klagen, wenn die Verletzung den Tod, eine ernsthafte dauerhafte Entstellung, und/oder eine ernsthafte Beeinträchtigung von Körperfunktionen zur Folge hat. Liegt eine Verletzung vor, die sich nicht auf der Positivliste findet, muss der Geschädigte im Rahmen des No-Fault-Systems die Schäden über seinen Versicherer abwickeln. Handelt es sich bei der Verletzung beispielsweise „lediglich“ um einen Rippenbruch, bleibt nur der Anspruch aus No-Fault ohne Schmerzensgeld. Verliert der Geschädigte hingegen als Folge eines Autounfalls ein Bein, so kann er nach Deliktsrecht den Schädiger verklagen und Schmerzensgeld verlangen.

Die No-Fault-Gesetze der einzelnen Staaten sehen in den meisten Fällen eine Regressmöglichkeit für den No-Fault-Versicherer beim Unfallverursacher oder dessen Versicherung vor, wobei der Regressanspruch von Staat zu Staat unterschiedlich geregelt ist.

3.5. Inhalt einer typischen KH-Police

Die meisten Autoversicherer in den USA verwenden die sogenannte Personal Auto Police (PAP) für die Versicherung von Privatfahrzeugen. PAP wurde von dem Insurance Services Office (ISO) entworfen und wird regelmäßig an aktuelle Entwicklungen angepasst. PAP ist zwar eine US-weite Standardpolice, jedoch gibt es Abweichungen, um den gesetzlichen Anforderungen des jeweiligen Staates gerecht zu werden.

Über die KH-Versicherung, die vorher besprochene PIP, beinhalten Personal Auto Policen regelmäßig zwei für die USA typische Deckungen:

- Deckung für Unfälle mit einem unversicherten Verkehrsteilnehmer und
- Deckung für einen Verkehrsunfall mit einem unterversicherten Verkehrsteilnehmer.

3.5.1. Unfälle mit unversicherten Verkehrsteilnehmern

Verursacht der Fahrer eines Fahrzeugs ohne Versicherung einen Unfall, so kann dies erhebliche Konsequenzen für den Geschädigten haben. Fahrer können solch einer Situation mittels Deckung durch die Uninsured Motorist Coverage (UM) vorbeugen, gegenüber der sie ihre eigenen Schäden geltend machen. Diese greift auch im Falle einer Fahrerflucht oder der Insolvenz der Versicherung des Schädigers ein.

Da sich viele Fahrer in den USA die Versicherung oder die Zusatzzahlung wegen schlechten Fahrverhaltens gar nicht leisten können, hat eine solche Deckung durchaus Relevanz. Dazu kommt, dass in einzelnen Staaten das Gesetz keine Vorlagepflicht des Versicherungsnachweises bei der Fahrzeuganmeldung vorsieht, der Nachweis muss lediglich im Auto mitgeführt werden.

Dies alles führt dazu, dass sich in manchen Staaten bis zu 30 % unversicherte Fahrzeuge im Straßenverkehr befinden und Experten davon ausgehen, dass diese Zahl aufgrund der Wirtschaftskrise weiter zunehmen wird.

3.5.2. Unfälle mit unterversicherten Verkehrsteilnehmern

Deckung für Schäden aus einem möglichen Verkehrsunfall mit einem unterversicherten Verkehrsteilnehmer kann mittels einer Zusatzdeckung genommen werden. Diese Deckung greift nur dann ein, wenn der Schädiger eine KH-Versicherung hat, diese aber nicht ausreicht, um den Gesamtschaden abzudecken und die Limits des Schädigers niedriger sind als die Deckungen für einen Verkehrsunfall mit einem unterversicherten Verkehrsteilnehmer.

Um die Notwendigkeit einer solchen Deckung nachvollziehen zu können ist es wichtig, einen Blick auf die Mindestdeckungen der einzelnen Staaten zu werfen. Die Gesamtmindestdeckung besteht aus drei Einzelmindestdeckungen, die üblicherweise in der folgenden Reihenfolge angegeben werden (Angaben in 1.000):

- (1) Mindestdeckung Personenschaden pro Person
- (2) Mindestdeckung Personenschaden pro Verkehrsunfall
- (3) Mindestdeckung Sachschaden

Die geringsten Mindestdeckungen hat unter anderem Florida mit der Mindestdeckung 10/20/10, aber auch die höchsten Mindestdeckungen liegen in Maine lediglich bei 50/100/25. Im Licht dieser doch sehr geringen „Mindestanforderungen“ ergibt sich die Notwendigkeit einer zusätzlichen Deckung für einen Verkehrsunfall mit einem unterversicherten Verkehrsteilnehmer.

3.6. Die einzelnen Ansprüche auf Schadensersatz

Die Zahl der Verkehrsunfälle hat in den USA in den vergangenen Jahren stets abgenommen. Im Jahr 2007 gab es ca. sechs Millionen gemeldete Ereignisse, davon 41.059 mit tödlichem Ausgang und 2.491.000 mit verletzten Personen. Allerdings ist eine weit über die Inflationsrate hinausgehende Teuerungsrate für die Behandlungskosten zu erkennen. Während die Kosten für die Autoversicherer im Jahr 2003 noch bei USD 56.713.153.000 lagen, war der Gesamtschadenaufwand im Jahr 2007 auf USD 59.776.204.000 gestiegen.

In den USA kann sich ein Schadensersatzanspruch als Folge eines Verkehrsunfalls aus vielen verschiedenen Komponenten zusammensetzen. Im Folgenden werden einige dieser Anspruchsgrundlagen erläutert, wobei auch hier wieder das Recht des einzelnen Staates maßgeblich ist.

3.6.1. Heil- und Behandlungskosten; hierzu gehören:

- Notfallbehandlung,
- ärztliche Behandlungskosten,
- Krankenhauskosten,
- Medikamente und medizinische Gerätschaften,
- Transport zu den Behandlungen,
- Krankenpflege und Rehabilitierungsmaßnahmen.

Da in den Jahren 2002 bis 2007 die Heilbehandlungskosten durchschnittlich um 8 % gestiegen sind, geht man in den USA mehr und mehr dazu über, Kostenkontrollmechanismen einzuführen, um weiteren Steigerungen begegnen zu können. In der Vergangenheit war eines der größten Probleme die Feststellung, welche Kosten überhaupt notwendig sind. Sachverständige hatten meist nicht die nötige Expertise, um die gewählten Behandlungen zu begutachten. Nun bedienen sich Versicherer sogenannter „Review Services“, Dienstleister, die auf die Begutachtung von medizinischen Behandlungen spezialisiert sind. Sachverständige nutzen Computerprogramme, die Rechnungen überprüfen und auffällige Entwicklungen, wie etwa doppelte oder falsche Rechnungstellung, feststellen.

Ein Reha-Management wird in den USA allerdings nur vereinzelt genutzt, lediglich in Michigan hat sich Reha-Management in der Schadenbearbeitung durchgesetzt. In den anderen Staaten ist dies, anders als in Europa, bislang kein Thema.

3.6.2. Verdienstaufschlag (Loss of Earnings)

Die Bemessung des Verdienstaufschlags ist in den meisten Fällen kein Problem. Der Geschädigte erhält den Verdienst erstattet, den er in der Zeit des unfallbedingten Ausfalls erhalten hätte. Eine Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber oder die Krankenkasse gibt es nicht, der Anspruch auf Verdienstaufschlag kann gegen den Schädiger und gegen dessen Versicherung geltend gemacht werden.

Die Festlegung der Schadenhöhe erfolgt bei Angestellten über das Gehalt. Bei Selbstständigen wird zunächst auf die Steuererklärung abgestellt, zur Feststellung der aktuellen Geschäftslage können Kunden befragt, bzw. die aktuellen Bücher bewertet werden. Auch hier werden Sachverständige einbezogen.

3.6.3. Pain and Suffering/Schmerzensgeld

Schmerzensgeld – ein Thema, das in den USA immer wieder für Aufsehen sorgt. Wie wird nach einem Verkehrsunfall die Höhe des Schmerzensgeldes bemessen? Zur Festlegung des Schmerzensgeldanspruchs gibt es in den USA weder Schmerzensgeldtabellen noch Beträge zur Orientierung. Nimmt ein Schadenbearbeiter oder Sachverständiger die Einschätzung einer möglichen Vergleichsvereinbarung vor, so

stellt er darauf ab, wie eine Jury im Rechtsstreit entscheiden würde. Das Schmerzensgeld wird regelmäßig im Einzelfall anhand der gegebenen Umstände ermittelt, wobei die Bandbreite der Summen entsprechend groß ist.

Die Höhe des Schmerzensgeldes richtet sich nach verschiedensten Faktoren:

- Medizinische Faktoren: Art und Dauer der Verletzung,
- Juristische Faktoren:
 - Bundesstaat, in dem der Geschädigte seinen Schaden geltend macht,
 - rechtliche Vertretung des Geschädigten, denn gute anwaltliche Vertretung bringt ein durchschnittlich höheres Schmerzensgeld,
- Persönlichkeit des Geschädigten: Wie würde sich der Geschädigte in einem potenziellen Verfahren darstellen?

In den meisten Fällen stellt aus den oben genannten Gründen das Schmerzensgeld den größten Teil des Gesamtschadens dar, oft ein Vielfaches der Heil- und Behandlungskosten.

Einige Gerichtsbezirke haben die Reputation, überdurchschnittlich hohe Schmerzensgeldzahlungen zu gewähren. Klägeranwälte versuchen, die Ansprüche vor diese Gerichte zu bekommen, um entsprechenden Druck zu einem Vergleich auf den Versicherer aufzubauen, das sogenannte „Forum Shopping“. Auch Verfahren, die Ihren Weg nicht in eines dieser Gerichte finden, bergen das Risiko eines unerwartet hohen Schmerzensgeldanspruchs. Um zu verhindern, dass Schmerzensgelder ins Uferlose steigen und zu einer unkalkulierbaren Belastung für die Versicherer werden, haben 26 Staaten Schadensersatzlimitierungen eingeführt.

3.6.4. Entstellung und dauerhafte Beeinträchtigung von Körperfunktionen

Auch aus Entstellung und dauerhafter Beeinträchtigung entsteht durch den Verlust der Lebensqualität ein eigener Anspruch auf Schadensersatz. Anspruch kann zusätzlich zum Schmerzensgeld geltend gemacht werden, wobei der Schaden nicht im erlittenen Schmerz liegt, sondern im Nachteil durch die Entstellung bzw. die Beeinträchtigung der Körperfunktion. Die Ermittlung der Höhe eines solchen Schadens ist ähnlich wie beim Schmerzensgeld von den genannten Faktoren abhängig.

3.6.5. Loss of Consortium

Der Verlust der Gemeinschaft wird generell nur dem Ehepartner des Geschädigten zugestanden. In manchen Staaten wird der Anspruch auch nahen Angehörigen, wie Eltern oder Großeltern zugesprochen. Je nachdem, wer Anspruchsteller ist, setzt sich die Schadengrundlage aus bis zu drei Komponenten zusammen, die sogenannten „3 S“: Sex, Society im Sinne von Gemeinschaft und Services, das sind Dienste wie Haushaltsführung, die typischerweise von dem Ehepartner erbracht wurden und nun entfallen.

Anders als beim Schmerzensgeld haben Klägeranwälte in der Vergangenheit nicht sehr stark auf diese Anspruchsgrundlage abgestellt. Eine Ursache könnte der Grundsatz sein, dass Ehepartner in guten und in schlechten Zeiten zueinander stehen. Eine Verschlechterung ist hier im Lichte dieses Grundsatzes vor einer Jury schwer zu begründen.

3.6.6. Zukünftige Schäden

Jede Art von zukünftigen Schäden wird in die Abwicklung des Schadens einbezogen. Dabei wird bei der Berechnung der Höhe des Anspruchs auch eine zukünftige Preissteigerung einkalkuliert.

3.6.7. Widerrechtliche Tötung (Wrongful Death)

Der den Hinterbliebenen direkt zustehende Anspruch soll den Geschädigten für durch den Tod des Angehörigen erlittene Verluste entschädigen. Das Recht zu klagen ist regelmäßig nur engen Familienmitgliedern vorbehalten, und der Anspruch ist meist auf Zuwendungen beschränkt, die der Anspruchsteller im Falle des Weiterlebens des Verstorbenen erhalten hätte. Weitere Ansprüche der Hinterbliebenen können sein: die Kosten, die mit dem Tod des Verstorbenen entstanden sind, die Verminderung des Erbes oder ein Schmerzensgeld des Überlebenden.

3.7. Schadenminderungspflicht (Mitigation of Damages)

Die Schadenminderungspflicht besteht in den USA in ähnlichem Umfang wie in Europa. Der Geschädigte hat die Pflicht, den Schaden so gering wie möglich zu halten; tut er dies nicht, wird der entsprechende Teil des entstandenen Schadens abgezogen. Auch hier können wieder von Staat zu Staat die Anforderungen an den Geschädigten variieren. Interessant ist, dass einige Versicherer in der Bearbeitung von Schäden eine Software einsetzen, die die Handlungszeit des Geschädigten überprüft – wie etwa den Zeitraum zwischen Unfall und Arztbesuch. Bei Verzögerungen wird dann von einem Verstoß gegen die Schadenminderungspflicht ausgegangen und automatisch ein geringerer Anspruch errechnet.

3.8. Praxis der Schadenbearbeitung in den USA

Die Bearbeitung der Schäden in der KH-Versicherung findet in ähnlicher Art und Weise wie in Europa statt. Im Schadensfall benachrichtigt regelmäßig jeder Beteiligte des Verkehrsunfalls seine Versicherung. Die jeweilige Versicherung befragt im Anschluss die Fahrer, es werden Beweismittel, Polizeiberichte und Fotos, etc. angefordert. Auch medizinische Berichte werden nachgefragt und je nach Höhe und Sachverhalt Gutachter eingeschaltet. Einige Versicherungen arbeiten wie in Deutschland auch mit speziellen Fragebögen zur Sachverhaltsermittlung. Nach der Feststellung des Sachverhalts trifft der Sachbearbeiter die Entscheidung, wie weiter mit dem Anspruch zu verfahren ist. Diese Entscheidung hängt in den USA nicht allein vom festgestellten Sachverhalt ab, da in vielen Fällen die Anspruchsteller von Anwälten vertreten sind, sodass Fragen auch aus rein taktischen Gründen aufgeworfen werden. Wie schon beim Schmerzensgeld angesprochen, kann die Frage des Gerichtsstands, drohender Juryverfahren oder sympathischer Anspruchsteller eine große Rolle in der Entscheidung der Versicherung spielen.

3.9. Reservierung

Die Reservierung der Schäden liegt allein im Ermessen der Versicherer. Es gibt keine verbindlichen Regeln, allerdings wird die Reservpolitik regelmäßig von den Ratingagenturen bewertet und spielt auch eine Rolle in den Abgaben an die Rückversicherung.

Die US-Erstversicherer haben unterschiedliche Vorgehensweisen, um den Anforderungen der Ratingagenturen zu genügen. Zeitpunkt und Höhe der Reserve sind hier die beiden wichtigen Faktoren, sodass regelmäßig der vermutliche Gesamtschaden reserviert wird. Allerdings gibt es auch noch die Methode der sog. Stufenreservierung, die nur den zunächst zu bezahlenden Schaden reserviert; dies führt über die Jahre zu unbefriedigenden Ergebnissen.

Große Versicherer sind teilweise dazu übergegangen, für regelmäßig wiederkehrende Arten von Schäden einen Durchschnittswert zu ermitteln. Bei der Meldung eines solchen Schadens wird dann automatisch in Höhe des Durchschnittswerts reserviert. Was den zeitlichen Faktor angeht, werden Reserven regelmäßig 30, 60 oder 90 Tage nach dem Schadenereignis gestellt und dann regelmäßig angepasst.

3.10. CLUE

Ein Teil der Schadenbearbeitung ist auch die Meldung des Schadens an CLUE, Comprehensive Loss Underwriting Exchange. Hier handelt es sich um eine Datenbank in der Art einer Versicherungs-Schufa. Beim Kauf einer Police hat der potenzielle Versicherer die Möglichkeit, über CLUE auf die Versicherungshistorie des Kunden zurückzugreifen und seine Versicherungsbeiträge entsprechend auf den Informationen basierend zu ermitteln. Der Zugriff auf diese Datenbank war ursprünglich uneingeschränkt und ohne Benachrichtigung des Versicherten möglich. Mit datenschutzrechtlichen Bedenken haben einige Staaten die Nutzung der Datenbank nun untersagt bzw. eine Benachrichtigungspflicht bestimmt.

3.11. Mediation

Wird ein Anspruch im Rahmen der Schadenbearbeitung abgelehnt und ist der Anspruchsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden, so kann er eine kostenfreie Mediation einleiten. Das „Mediation Program“ des Department of Insurance steht allen privat Versicherten zur Verfügung; es ist allerdings auf die Fälle beschränkt, in denen der Gesamtanspruch USD 7.500 oder mehr und der bestrittene Wert USD 2.000 oder mehr beträgt. Weiter ist das Mediationsverfahren auf bestimmte Fragen limitiert; so muss der Schaden in seiner Höhe oder Kausalität in Frage stehen.

Im ersten Schritt geht die Beschwerde an das Insurance Department, welches den Versicherer benachrichtigt. Dem Versicherer verbleiben danach 28 Kalendertage zur Klärung. Mittels Antrag wird ggf. das Mediationsverfahren eingeleitet und der Mediator gewählt. Dieser führt vorab ein Telefongespräch mit den Parteien. Anschließend erstellen diese eine Stellungnahme, die Anspruch und Problematik darlegt. Dann treffen die Parteien sich zur Mediation, deren Resultat ein Vergleich sein kann. Wird kein Vergleich erreicht, bleibt dem Versicherten weiterhin das Recht zu klagen.

Das Mediationsverfahren ist kostenfrei, und die Einlassungen der Parteien können in einem späteren Rechtsstreit nicht verwandt werden.

3.12. „BAD FAITH“ und der Strafschadensersatz

Das Stichwort Bad Faith (böse Absicht) spielt in der Schadenbearbeitung eine große Rolle. Bei fehlerhafter Schadenbearbeitung drohen in den USA über unzufriedene Kunden oder Geschädigte und einen eventuellen Reputationsverlust hinaus hohe Strafschadenzahlungen. In den meisten Staaten sind Bad-Faith-Ansprüche per Gesetz vorgesehen.

Bad Faith ist eine Anspruchsgrundlage des US-Deliktsrechts. Diese Ansprüche stellen auf das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Versicherer und Versichertem ab (Good Faith). Handelt die Versicherung nicht nach dem Grundsatz des Good Faith, räumt die Anspruchsgrundlage dem Versicherten Ansprüche auf Strafschadensersatz („Punitive Damages“) ein.

Typische Fälle für Bad-Faith-Ansprüche sind die ungerechtfertigte Ablehnung einer Schadenzahlung oder eine verzögerte Schadenbearbeitung.

Die Existenz dieser Anspruchsgrundlage wirkt sich sowohl auf die Schadenbearbeitung als auch auf den Umgang mit einer potenziellen Klage aus. Bei der Schadenbearbeitung wird meist sehr darauf geachtet, dass die Entscheidung zutreffend und gut begründet ist. Im Falle einer drohenden Klage kann es besser sein, sich frühzeitig zu vergleichen und damit einer exorbitant hohen Strafschadenzahlung zu entgehen. Hier spielt auch das jeweils zuständige Gericht eine große Rolle. Sogenannte Judicial Hellholes sorgen dafür, dass Verfahren in einigen Gerichtsbezirken der USA zu großen Risiken werden, da dort bis an die Grenze zur Rechtsbeugung klägerfreundlich geurteilt wird und dem beklagten Versicherer keine Chance

gelassen wird, sich im Verfahren zu verteidigen. In solchen Bezirken neigt eine Jury oft dazu, sehr hohe Strafschadenzahlungen auszusprechen, die dann vom Gericht bestätigt werden.

3.13. Versicherungsbetrug

Versicherungsbetrug ist als großer Kostenfaktor eines der Hauptthemen der US-Autoversicherer. Der geschätzte Anteil von ungerechtfertigten, durch betrügerisches Vorgehen erlangten Versicherungszahlungen hat von Jahr zu Jahr zugenommen. Der Insurance Research Counsel (IRC) hat im Jahr 2007 eine Erhebung zum Thema durchgeführt, nach der allein 2007 Zahlungen in Höhe von ca. USD 4,8 bis 6,8 Mrd. und damit 13 % bis 18 % der Gesamtzahlungen auf betrügerisch geltend gemachte Ansprüche hin ausbezahlt wurden. Dabei unterscheidet die Untersuchung zwischen betrügerischen Ansprüchen, die materielle Falschangaben zum Schadenfall beinhalten, und sogenannten „Build Ups“-Fällen, in denen die Schäden tatsächlich bestehen, der Anspruch vom Anspruchsteller aber aufgebläht wird. Der IRC geht davon aus, dass in jedem zehnten Anspruch Anzeichen von Betrug und sogar in jedem fünften Anspruch Anzeichen von „Build Up“ zu finden sind. Die Studie hat auch den Zusammenhang zwischen der Art des Anspruchs und der Wahrscheinlichkeit von Betrug oder „Build Up“ untersucht. Danach sind Verletzungen wie Verstauchungen und vorübergehende Lähmungen bevorzugte Verletzungen in Betrugsfällen. Außerdem war auffällig, dass in überdurchschnittlich vielen Betrugsfällen die Täter Physiotherapeuten und/oder Chiropraktiker besuchten.

3.14. Verjährungsregelung

Jeder Staat hat Verjährungsregelungen, die von Staat zu Staat sehr stark abweichen. Die Fristen liegen in den meisten Fällen abhängig vom Staat und der Art des Anspruchs zwischen zwei und sechs Jahren.

3.15. Opferfonds: Unsatisfied Judgement Funds

Vier Staaten in den USA (MD, MI, NJ und NY) haben derzeit Opferfonds eingerichtet für den Fall, dass ein Schädiger nicht im Stande ist, den verursachten Schaden zu bezahlen (Insolvent Insurer, Uninsured Driver) und der Schaden nicht anderweitig gedeckt ist (der Geschädigte hat keine unterversicherte oder unversicherte Deckung in seiner Police). Voraussetzung für eine Leistung der Funds ist, dass der Geschädigte ein Urteil gegen den Schädiger erlangt hat; die maximale Summe beschränkt sich auf die Mindestdeckungssumme. Der Schädiger bleibt weiterhin haftbar, oft wird ihm als direkte Rechtsfolge der Führerschein entzogen, bis der Schädiger den Schaden an den Fund zurückzahlt. Für Unfälle mit Fahrerflucht kommen diese Funds allerdings nicht auf.

Es gibt verschiedene Ansätze, den Fund zu finanzieren, zum Beispiel über einen zusätzlichen Zwangsbeitrag der Versicherten.

3.16. Fazit

Diese Ausführungen können nur ein Ausschnitt zum Thema Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und Personenschäden in den USA sein¹. Mit Blick auf die geringen Mindestdeckungssummen sollten Reisende in den USA darüber nachdenken, erweiterten Deckungsschutz zu vereinbaren.

Die sonst gefürchteten Strafschadensersatzzahlungen spielen im Bereich der Kraftfahrzeug-Haftpflicht eine eher untergeordnete Rolle.

Trotz bestehender Grundsätze variiert die Behandlung von Personenschäden durch verschiedene Regelungen und Rechtsprechungen in den Staaten stark voneinander. Bestand hat hier stets Recht und Rechtsprechung des einzelnen Staates.

¹ Weiterführende Quellen beim Verfasser

4. Reha- und Personenschadenmanagement – eine Zwischenbilanz

von Dr. med Jörg Grüber,

Abteilungsleiter Personenschadenmanagement, AMB Generali Schadenmanagement GmbH

Der Frage: „Kann ein Versicherer bei Leistungsausgaben sparen und können gleichzeitig die Leistungsberechtigten trotzdem von einer besseren Versorgungsqualität profitieren?“ sind wir 2001 in der Volksfürsorge in einer Studie nachgegangen. Die Antworten dieser Studie sind bekannt.

- Voraussetzung ist ein Paradigmenwechsel bei der Assekuranz: Statt nur zu verwalten und Geld auszuzahlen, muss die Versicherung aktiv und frühzeitig in den Schadenverlauf mit einem aktiven Personenschadenmanagement eingreifen.
- Dazu brauchen die Sachbearbeiter nicht nur juristisches, sondern vor allen Dingen medizinisches Know-how.
- Der Aufwand lohnt sich: Durchschnittlich 5 %, in Einzelfällen bis zu 30 %, des Schadenaufwandes können eingespart werden.
- Vom aktiven Personenschadenmanagement profitieren Geschädigte und Versicherer gleichermaßen.

Als ersten Schritt haben die Versicherer das Reha-Management angenommen und meinten eigentlich Personenschadenmanagement. Die Abgrenzung der Begriffe ist eindeutig:

- Die Begriffe Personenschadenmanagement und Reha-Management werden häufig als Synonyme verwandt.
- Personenschadenmanagement und Reha-Management stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern sie ergänzen sich.
- Das Reha-Management ist „die verlängerte Werkbank“ des Großschadensachbearbeiters im Personenschadenmanagement vor Ort.

Ziel des Personenschadenmanagements ist es, den medizinischen Heilverlauf und die berufliche Reintegration des Unfallverletzten zu optimieren, um damit einen möglichst positiven weiteren Leidensweg zu eröffnen. Der Haftpflichtversicherer sollte seine besondere Situation als derjenige, bei dem alle Kosten zusammenlaufen, nutzen, um mit dem Geschädigten, dessen Anwalt, dem eingeschalteten Rehabilitations-Dienst und auch dem zuständigen Sozialversicherungsträger einvernehmlich den bestmöglichen Weg einer Rehabilitation zu finden.¹

Ziel des Reha-Managements ist es, vor Ort die individuelle Rehabilitation effektiv zu planen und die Ausführung zu überwachen, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung unter Einbindung der behandelnden Ärzte, Therapeuten und des Verletzten, seiner Angehörigen sowie seines Rechtsanwaltes gewährleistet wird.

Einsparpotenziale können durch den Versicherer nur durch eine erhebliche Qualitätsverbesserung in der Heilversorgung der Anspruchsteller generiert werden.

Kostentreiber in unserem Sozialversicherungssystem sind

- fehlende Verzahnung der einzelnen Reha-Phasen,
- Kontrolle der Dauer und Intensität der einzelnen Reha-Phasen,
- verspätete Beschaffung ergänzender Leistungen zur Reha,
- lang dauernde Wiedereingliederung,
- sinkende bis fehlende Motivation des Anspruchstellers.

1 Detlef Schröder, Goslar, 24. Januar 2008 – Arbeitskreis I – Personenschadenmanagement

Das aktive Fallmanagement stellt eine qualitativ und hochwertig umfassende Rehabilitation sicher. Die dafür erforderlichen Strukturen sind

- das **Personenschadenmanagement** durch den Haftpflichtversicherer. Der Haftpflichtversicherer verfügt frühzeitig über alle Informationen über den Heilverlauf. Er hat den Überblick über alle erbrachten Leistungen und Kosten und verfügt zusätzlich über den direkten Kontakt zu Leistungserbringern, Unfallopfer und Anwalt.
- Das **Reha-Management** vor Ort ist zur Unterstützung von Unfallopfern notwendig, um die gesundheitliche Situation zu optimieren und die soziale und berufliche Reintegration zu unterstützen.

Das Personenschadenmanagement soll die sektorübergreifende Verzahnung der Behandlungsschritte sicherstellen, denn ein systematischer Therapieverlauf reduziert Arbeitsunfähigkeitszeiten. Rechtzeitige und richtige Behandlung verringert Folgeschäden. Zusätzlich leitet das Personenschadenmanagement individuell und rechtzeitig die Integration und Umschulung während des medizinischen Behandlungsprozesses ein.

Personenschadenmanagement Stärken-Schwächen-Analyse	
Stärken	Schwächen
Zeitnahe Bearbeitung	Fehlende räumliche Nähe zum AS
Kosten/Nutzen-Kontrolle	Fehlende Kontakte zu Kooperationspartnern vor Ort
Kontakt zu allen Beteiligten	Eingeschränkte Sachkompetenz in Detailfragen
Hohe Sachkompetenz im Schadenfall	
Chancen	Risiken
Überregionale Netzwerke	Abstimmungsbedarf mit RA und AST
Medizinische Kompetenz	„Einmischung“ in die Fallsteuerung durch <ul style="list-style-type: none"> • AS, RA • Angehörige • Reha-Dienst • Andere Dienstleister

Dr. Grüber / Reha- und Personenschadenmanagement – eine Zwischenbilanz – / 30. April 2008 / GD SM

Die erkannten Schwächen im Personenschadenmanagement

- fehlende räumliche Nähe zum Anspruchsteller,
- fehlender Kontakt zu dem Kooperationspartner und
- eingeschränkte Sachkompetenz in Detailfragen

erfordern vor Ort einen kompetenten Kooperationspartner für

- die berufliche Rehabilitation,
- die soziale Rehabilitation,
- das Pflegemanagement,
- die medizinische Rehabilitation.

„Bei der Beschäftigung mit solchen Schadenfällen gewinnt man sehr schnell den Eindruck, dass Experten deutschlandweit dünn gesät und entsprechend schwer zu finden sind. Trotzdem bleibt dem Versicherer nichts anderes übrig, als einen Berater zu finden, der sich des Geschädigten annimmt, zumal die übliche Versorgung häufig nicht nur zu teuer, sondern auch nur suboptimal ist.“²

Reha Management Stärken-Schwächen-Analyse	
Stärken	Schwächen
Präsenz vor Ort	Fehlende umfassende Fallsicht
Starke Kernkompetenz <ul style="list-style-type: none"> • Berufliches Reaktivierungsmanagement • Pflegemanagement • Hausumbau • Fahrzeugumbau 	Flächendeckung <ul style="list-style-type: none"> • Starke Schwankungen in der Qualität • Geschäftsmodell (Freelancer) • Starke Bindung an wenige Kooperationspartner • Fehlende Kostentransparenz beim Einsatz von Kooperationspartnern
	Eingeschränkte Kompetenz Schadenrecht
	Komplexes Berichtswesen
Chancen	Risiken
Unabhängigkeit	Eingeschränkte Kompetenz außerhalb der Kernkompetenz <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende medizinische Kompetenz • Einsatz von Allzweckwaffen
Ausweitung der Netzwerke	Zeitraubender Abstimmungsbedarf

Dr. Grüber / Reha- und Personenschadenmanagement – eine Zwischenbilanz – / 30. April 2008 / GDSM

Das Personenschadenmanagement kann man nicht outsourcen, weil der enge Kontakt in allen Fragen der Schadenregulierung zu dem Anspruchsteller nur durch den Sachbearbeiter der Versicherung gewährleistet ist. Dabei steht die Heilverfahrenssteuerung unter einem großen zeitlichen Druck, denn Fähigkeiten, die in der medizinischen Versorgung verloren gehen, können in der beruflichen Rehabilitation nicht „gerettet“ werden. Unsere Erfahrungen mit den Reha-Diensten gehen dahin, dass die Reha-Dienste in der beruflichen Reintegration hoch qualifizierte Mitarbeiter vor Ort haben. Die Reha-Dienste halten aber eine überzeugende medizinische Qualifikation nicht vor. Sie verlassen sich zu sehr auf wenige Kooperationspartner (Allzweckwaffen) und sind überregional nicht ausreichend vernetzt, um in schwierigen Fällen eine notwendige Spitzenversorgung zu organisieren. Der Fallmanager vor Ort hat in der Regel das Vertrauen des Anspruchstellers und muss sich dennoch den Vorgaben der Versicherung unterordnen, damit ein optimales Reha-Ergebnis erreicht werden kann.

Das Durchsetzen der Heilverfahrensstrategie der Versicherung gegen den Fallmanager ist häufig schwierig und dennoch, wie das folgende Beispiel zeigt, notwendig. Ein Anspruchsteller mit Problemen nach einer Oberschenkelamputation, die zu einer erheblichen Verzögerung der Mobilisation führen und eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer wahrscheinlich werden lassen kann. Der Reha-Manager vermittelt eine Untersuchung und Beratung durch seine „Allzweckwaffe“. Erfahrungen in der Betreuung von Amputationsstümpfen sind bei diesem Arzt nur eingeschränkt vorhanden. Die monatelange Therapie auf Privatliquidation war erfolglos, und die Arbeitsfähigkeit wird nicht wiedererlangt. Erst, als der Sachbearbeiter den Anspruchsteller gegen den Rat des Reha-Beraters in die stationäre Behandlung in eine Spezial-Klinik verlegt, wird das Problem erkannt: Das Anpassen des Prothesenköchers, eine Gangschulung von drei Monaten. Eine Arbeitsfähigkeit konnte wieder erreicht werden.

Ein Problem der Reha-Dienste ist der Code of Conduct, der die Neutralität des Reha-Managers sicherstellen soll. Wenn der Reha-Dienst lediglich in Teilen des Reha-Prozesses eingesetzt wird, ist der Reha-Manager nicht Interessenvertreter des Anspruchstellers, sondern Dienstleister des Versicherers. Hier muss der Code of Conduct an die heutige Situation angepasst werden, denn Personenschadenmanagement und Reha-Management haben sich weiterentwickelt. Wurde anfangs die vollständige berufliche Rehabilitation an einen Reha-Dienst im Sinne eines Outsourcing vergeben, behalten sich heute viele Versicherer vor, die aktive Fallsteuerung selbst vorzunehmen und setzen den Reha-Dienst nur als gezielten Dienstleister ein.

Referenten

François Duranel hat Rechtswissenschaften in Paris und Strasbourg studiert und an der Universität Potsdam mit einem Masterprogramm (LL.M.) abgeschlossen. Danach war er in diversen Schadenregulierungsbüros als Jurist tätig. Derzeit ist Herr Duranel Niederlassungsleiter der InterEurope France mit Bürositz in Paris und Mitglied des Institutes für Europäisches Verkehrsrecht.

Maurizio Ceraldi hat von 1995 bis 2000 Rechtswissenschaften an der Universität Basel studiert und war danach bei Gericht, Advokatur und Verwaltungen tätig. 2003 erfolgte das Advokaturexamen und bis 2006 eine Anstellung als Rechtsanwalt. Seit 2007 ist Herr Ceraldi Haftpflichtspezialist bei der Nationale Suisse in Basel.

Sabine Keller hat das Studium des Wirtschaftsrechtes an der Zürcher Hochschule Winterthur als Wirtschaftsjuristin abgeschlossen. Während des Studiums hat sie mehrere Praktika innerhalb der Versicherungswirtschaft absolviert, insbesondere zum Claims Management. Seit 2007 ist Frau Keller Haftpflichtspezialistin im Bereich Direktion Motorfahrzeug-Schäden bei der Nationale Suisse in Basel.

Thomas Rogantini hat zunächst eine kaufmännische Lehre absolviert. An den Abschluss des Eidgenössischen Fachausweises der privaten Versicherungswirtschaft erfolgte die Ausbildung zum Schadeninspektor. Herr Rogantini hat langjährige Erfahrung sowohl in der Schadenbearbeitung als auch in der Lehrlingsbetreuung und ist anerkannter Prüfungsexperte. Seit 2007 leitet er die Abteilung Motorfahrzeug-Schäden in der Direktion der Nationale Suisse in Basel.

Thomas Ament hat in Heidelberg Rechtswissenschaften studiert und seine Referendarzeit im Bereich des OLG Stuttgart verbracht. Daran schloss sich ein Masterstudiengang an der Fordham University in New York mit Abschluss LL.M. an. Es erfolgte die Anwaltszulassung im Staat New York. Herr Ament war mehrere Jahre in New York für eine US-Kanzlei tätig und wechselte 2006 zur E+S Rückversicherung AG. Hier ist Herr Ament innerhalb des Bereiches Group Legal Services – Claims and Reinsurance für Fragen des US-amerikanischen Rechts zuständig.

Claudia Föllmer war nach dem Studium der Rechtswissenschaften in Passau und der Referendarzeit mehrere Jahre in der Direktion der Allianz AG in München und im Anschluss daran für den Rückversicherer ERC Frankona im Bereich der internationalen Schadenbearbeitung tätig. Seit 2004 leitet Frau Föllmer das Referat Claims and Reinsurance innerhalb der Abteilung Group Legal Services der E+S Rückversicherung AG. Der von Frau Föllmer geleitete Bereich ist für alle Rechtsfragen der Rückversicherungsverträge und hieraus resultierender Rechtsstreitigkeiten zuständig.

Dr. med. Jörg Grüber ist seit Juni 2007 in der AMB Generali Schadenmanagement GmbH Leiter der Abteilung Personenschadenmanagement. Als Abteilungsdirektor für Medizinische Grundsatzfragen bei der Volksfürsorge in Hamburg hat er 2002 das aktive Personenschadenmanagement etabliert. Neben der Schadenregulierung hat Dr. Grüber das Produkt Konzept 50+ Unfallpflege mit entwickelt. Nach dem Medizinstudium hat Dr. Grüber seine Facharztweiterbildung zum Chirurgen und Unfallchirurgen in Hamburg und der Schweiz erhalten. Er war bis 1996 als leitender Oberarzt an einer unfallchirurgischen Abteilung in Hamburg tätig. Seit 1996 hat er in verschiedenen Projekten in der Gesundheitswirtschaft als Berater gearbeitet.

Literaturverzeichnis

BREHM ROLAND,
Motorfahrzeughaftpflicht, 2. Auflage, Bern 2008

DORN DAVID/GEISER THOMAS/GRAF MICHAEL B./SOUSA-POZA ALFONSO,
Die Berechnung des Erwerbsschadens, Bern 2007

GIGER HANS,
Kommentar Strassenverkehrsgesetz, 6. Auflage, Zürich, 2002

HÜTTE KLAUS/DUCKSCH PETRA/GUERRERO KAYUM,
Die Genugtuung, 3. Auflage, Zürich 2005

KELLER ALFRED,
Haftpflicht im Privatrecht, 6. Auflage, Bern 2002

KELLER MAX/SCHMIED-SYZ CAROLE,
Haftpflichtrecht, Zürich 2001

KISSLING CHRISTA,
Dogmatische Begründung des Haushaltschadens, Zürich 2006

OFTINGER KARL/STARK EMIL W.,
Schweizerisches Haftpflichtrecht – Erster Band: Allgemeiner Teil, Zürich 1995

SCHATZMANN BRUNO,
Die Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens, Bern 2001

SCHATZMANN BRUNO,
Die Invaliditätsbemessung im Haftpflichtrecht am Beispiel des Erwerbsschadens, in:
HAVE 7. Personen-Schaden-Forum 2008

Faktenblätter Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Bundesgerichtsentscheid
HWS	Halswirbelsäule
OR	Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht)
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SVG	Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
VVV	Verkehrsversicherungsverordnung vom 20. November 1959

Bisher erschienen:

Nr. 1

M. Rehfeld, N. A. Sittaro, E. Wehking

Psychische Folgeschäden
Ein Problem in der Unfall- und
Haftpflichtversicherung

Nr. 2

J. Brollowski, A. Kelb, H. Lemcke, E. Wehking

E+S Rück Fachtagung
Haftpflichtschaden und Psyche

Nr. 3

I. Geis, Th. Hoeren, Chr. Nießen, J. Roth

Neue Medien – Neue Risiken:
Haftpflichtfragen rund um das Internet

Nr. 4

Chr. Günther

Gebührenrecht – Legal Expenses:
Rechtskosten und Schadensersatz im
deutschen und US-amerikanischen
Haftungsrecht

Nr. 5

**H.-G. Bollweg, J. Brollowski, H. Lemcke,
G. Wagner**

Quo vadis Deliktsrecht?
Änderungen im Schadenersatzrecht und deren
Auswirkungen auf Versicherer und Verbraucher

Nr. 6

J.-Ch. Deister, A. Kelb

Neues Schadenersatzrecht ab 1. August 2002
Auswirkungen auf die Versicherungsbranche mit
Schwerpunkt in der Kraftfahrzeughaftpflicht

Nr. 7

Michael Bantje

EU-Versicherungsvermittlerrichtlinie –
Umsetzung der Deckungsvorsorgepflicht

Nr. 8

**I. Dautert, F. Reddering, M. Schönermark,
P. Weidinger**

Fachtagung der E+S Rück
Arzt- und Krankenhaushaftpflicht zwischen
hippokratischem Eid und Verrechtlichung
der Medizin

Nr. 9

Joachim Berthold

Der Betrug zum Nachteil von Versicherungen

Nr. 10

T. Dolde, S. Hartwig, C. Merten, H.-P. Neitzke

Fachtagung der E+S Rück
Emerging Risks – Schadenpotenziale der Zukunft

Nr. 11

Claudia Pfennig

Die vergessene Generation?
Ein Marketingkonzept zur bedarfsgerechten
Absicherung der Senioren in der privaten
Sachversicherung

Nr. 12

Nicola-Alexander Sitarro, Ralf Lohse

Hannover-Polytrauma-Langzeitstudie (HPLS)
Forschungsarbeit zur Erfassung und Bewertung
der Langzeitfolgen nach schweren Unfällen

Nr. 13

**E. Stenberg, A. Bruns, G. Köhler, M. Surminski,
H. Ihlas, K. Arnold, O. Sieg**

Pharma- und D&O-Risiken im Spiegel
der Versicherungswirtschaft
Fachtagungen der E+S Rück

Nr. 14

A. Lührßen, K. Krahn, W. Kalkmann

Die Problematik der Versicherbarkeit
von Biodiversitätsschäden:
Methoden der monetären Bewertung
von Umweltschäden

Nr. 15

Cornelia Voets

Erfassung, Bewertung und Sanierung
von Biodiversitätsschäden nach dem Umweltscha-
densgesetz

Nr. 16

Martin Otto, Stefanie Busch

ES HagelT – Modellierung der Hagelgefahr in der
deutschen Kaskoversicherung

Herausgeber

E+S Rückversicherung AG
Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover
Tel. +49 511 5604-0
Fax +49 511 5604-1188

Autoren:

Thomas Ament
Maurizio Ceraldi
François Duranel
Claudia Föllmer
Dr. med. Jörg Grüber
Sabine Keller
Thomas Rogantini

Ansprechpartner:

Jörg-Christian Deister
Telefon 0511 5604-1369
joerg-christian.deister@es-rueck.de

Erschienen im November 2010

www.es-rueck.de

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck oder Übersetzung mit Angabe der Quelle gestattet.
Die Urheberrechte hat die E+S Rück.
Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Autoren, die hier ihre Auffassung
mitteilen. Diese muss nicht mit der Auffassung der E+S Rück übereinstimmen.