

Leitfaden für die Personenschadenregulierung

Bei unfallbedingten Verletzungen stellt sich zunächst die Frage, wer die Behandlungskosten übernimmt und ob Sie berechtigt sind, die diesbezüglichen Schäden geltend zu machen. Da die Unfallschadenregulierung durch sozialrechtliche Vorschriften überlagert wird, gehen Ansprüche, die zunächst Ihnen als den Unfallgeschädigten zustehen, kraft Gesetzes auf Sozialversicherungsträger wie gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) oder Sozialversicherungsträger (gesetzl. Krankenversicherung und gesetzl. Rentenversicherung) über. Wir Juristen nennen dies Forderungsübergang, was dazu führen kann, dass Sie selbst Ansprüche nicht (mehr) geltend machen können. Aufgrund dessen gilt es zunächst abzuklären, ob es sich um einen sogenannten Wegeunfall handelt, d.h. ob sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit oder auf dem Heimweg ereignet hat. In diesen Fällen ist die Berufsgenossenschaft ebenso eintrittspflichtig, als wenn sich der Unfall während der Arbeitszeit ereignet hat. Liegt ein solcher Fall vor, so erfolgt die ärztliche Behandlung zu Lasten der Berufsgenossenschaft. Dies wiederum führt dazu, dass die Behandlung nur bei solchen Ärzten durchgeführt wird, die spezielle Vereinbarungen mit den Berufsgenossenschaften getroffen haben. Dies sind regelmäßig die Krankenhäuser und Unfallkliniken sowie sogenannte Durchgangsärzte, meist niedergelassene Unfallchirurgen bzw. Orthopäden.

Besteht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung (BG) so tritt eine Sperrwirkung dergestalt ein, dass Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung nicht geltend gemacht werden können. Dies folgt aus § 11 Abs. 5 SGB V, wo es wie folgt heißt:

„Auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalles von der Berufsgenossenschaft (BG) zu erbringen sind.“

Da der Leistungskatalog in der gesetzlichen Unfallversicherung umfangreicher ist als in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist Ihnen als Geschädigten dies in aller Regel günstig.

Ist eine Eintrittspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht gegeben, so hängt die weitergehende Fragestellung davon ab, ob Sie gesetzlich oder aber privat krankenversichert sind. Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung, so erbringt Ihre

Krankenversicherung die medizinisch erforderlichen Leistungen. Hier findet ein Forderungsübergang im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses statt, was nach § 116 Abs. 1 SGB X dazu führt, dass Sie die von der Krankenkasse aufgewendeten Heilbehandlungskosten weder im eigenen Namen noch im Auftrage der Krankenversicherung durchsetzen können. Die Krankenversicherung erbringt Ihnen gegenüber die geschuldeten Leistungen und setzt sich dann später ihrerseits mit dem Schädiger bzw. dessen Versicherung in Verbindung, um hier Regress zu nehmen. Anders sieht dies bei einer privaten Krankenversicherung aus. Hier findet ein Forderungsübergang nach § 86 Abs. 1 VVG immer erst statt, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt hat. Hier hat es der Geschädigte selbst in der Hand, ob er seine Arzt- und Behandlungskosten über seine private Krankenversicherung und eine etwaige Beihilfestelle abrechnet, oder ob er die Ansprüche beim Schädiger bzw. dessen Haftpflichtversicherung geltend macht. Da bei der Inanspruchnahme der privaten Krankenversicherung oft hohe Selbstbehalte zu berücksichtigen sind oder aber Beitragsrückerstattungen bei der Inanspruchnahme der Versicherung gefährdet sind, muss jeweils im Einzelfall überlegt werden, ob der Gesamtschaden durch den Geschädigten selbst bei der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers geltend gemacht oder aber ob der Schaden über die private Versicherung abgerechnet werden soll. Hierüber muss im Einzelfall gesprochen werden.

Nachfolgend haben wir Ihnen einmal zusammengestellt, welche Ansprüche Ihnen in der gesetzlichen Unfallversicherung (BG) sowie in der gesetzlichen Krankenversicherung zustehen.

Berufsgenossenschaft:

1. Heilbehandlungskosten

Die Kosten der Heilbehandlung rechnen der Arzt oder das Krankenhaus direkt mit der Berufsgenossenschaft ab, ohne dass Sie hier Zuzahlungen leisten müssen.

2. Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel werden von der Berufsgenossenschaft bezahlt, ohne dass Sie hier Eigenanteilkosten zu zahlen haben. Das Gleiche gilt für verordnete Massagen, Krankengymnastik, physikalische Therapie und sonstige Hilfsmittel wie

orthopädische Hilfsmittel, Seh- und Hörhilfen. Der behandelnde Arzt wird Ihnen hier ärztliche Verordnungen ausstellen.

3. Fahrtkosten und Reisekosten

Fahrtkosten und Reisekosten werden mit 0,20 EUR pro Kilometer und einem Höchstbetrag von 130,00 EUR übernommen. Darüber hinaus werden nach ärztlicher Verordnung die Kosten eines Taxis oder die Kosten einer Begleitperson erstattet. Bei länger als zwei Wochen andauerndem Krankenhausaufenthalt übernimmt die Berufsgenossenschaft die Kosten für eine Familienheimfahrt oder die Aufwendungen für eine Besuchsfahrt von Angehörigen zum Krankenhaus.

4. Verletztengeld

Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erhalten Sie von der Berufsgenossenschaft Verletztengeld. Das Verletztengeld wird über die Krankenkasse im Auftrage der Berufsgenossenschaft während der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit ausgezahlt. Das Verletztengeld beträgt 80% des vor der Arbeitsunfähigkeit erzielten regelmäßigen Arbeitsentgeltes. Bei gesetzlich Krankenversicherten zahlt die Berufsgenossenschaft neben dem Verletztengeld die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Hälfte der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

5. Rente

Wenn der Arzt zu dem Ergebnis kommt, dass Sie wieder arbeitsfähig sind oder das Heilverfahren beendet ist, prüft die Berufsgenossenschaft, ob Ihre Erwerbsfähigkeit in Folge des Unfalles gemindert ist. Falls die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche hinaus um mindestens 20% gemindert ist - dies stellt der Arzt fest - erhalten Sie eine Teilrente. Bei der Berechnung der Rente legt die Berufsgenossenschaft den Bruttoarbeitsverdienst zu Grunde, den Sie in den letzten 12 Monaten vor dem Unfallereignis erzielt haben.

Gesetzliche Krankenversicherung:

1. Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie, die zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-Hilfsmitteln.

2. Krankengeld

Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit Sie arbeitsunfähig macht oder Sie auf Kosten der Krankenkassen stationär behandelt werden. Der Krankengeldanspruch setzt ein nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder der Leistungsfortzahlung durch die Agentur für Arbeit. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und für den Anspruch auf Krankengeld.

Die Berechnung des Krankengeldes erfolgt aus dem zuletzt erzielten Arbeitsentgelt (inkl. der Vergütung für regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden). Einmalzahlungen der letzten 12 Monate wie z.B. Weihnachtsgeld werden bei der Berechnung des Krankengeldes berücksichtigt. Das (Brutto-) Krankengeld beträgt 70% des regelmäßigen beitragspflichtigen (Brutto-) Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Private Krankenversicherung:

Die private Krankenversicherung zahlt sämtliche vertraglich vereinbarten Leistungen. Diese gehen häufig über den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus.

Die vorbezeichneten Ausführungen sollen Ihnen allein einen Hinweis darauf geben, welche Ansprüche Ihnen zustehen. Sie können nicht die individuelle Beratung ersetzen.