

## **Stellungnahme**

**des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft**

**ID-Nummer 6437280268-55**

**zum Schreiben des  
Bundesministeriums der Justiz vom 11. Februar 2013 an die Landes-  
justizverwaltungen zur  
Schadenregulierung bzw. Leistung durch die Versicherer (verzögerte  
Leistung)**

Gesamtverband der Deutschen  
Versicherungswirtschaft e. V.

Wilhelmstraße 43 / 43 G, 10117 Berlin  
Postfach 08 02 64, 10002 Berlin  
Tel.: +49 30 2020-5000  
Fax: +49 30 2020-6000

51, rue Montoyer  
B - 1000 Brüssel  
Tel.: +32 2 28247-30  
Fax: +32 2 28247-39

Ansprechpartner:  
**Dr. Bernhard Gause**  
Mitglied der Hauptgeschäftsführung

**Dr. Peter Schwark**  
Mitglied der Hauptgeschäftsführung

E-Mail: [b.gause@gdv.de](mailto:b.gause@gdv.de)  
[p.schwark@gdv.de](mailto:p.schwark@gdv.de)

## **Inhaltsübersicht**

1. Leistungsbilanz der Versicherer
  2. Beschwerden und gerichtliche Auseinandersetzungen
    - 2.1 Entscheidungen der Versicherer haben ganz überwiegend Bestand  
- Geringes Beschwerde- und Prozessaufkommen
    - 2.2 Verfahren vor Gericht
    - 2.3 Beschwerden bei der BaFin
    - 2.4 Beschwerden beim Ombudsmann
    - 2.5 Unternehmensbeschwerden
  3. Die Schadenregulierung wird mehrheitlich positiv beurteilt
  4. Sorgfältige Leistungsprüfung ist im Interesse der Gemeinschaft der Versicherten
    - 4.1 Leistungsprüfung in der Lebensversicherung (Berufsunfähigkeit)
    - 4.2 Verpflichtung, Forderungen auf Angemessenheit zu prüfen
    - 4.3 Verpflichtung der Haftpflichtversicherer, unberechtigte Ansprüche abzuwehren
    - 4.4 Eindämmung von Versicherungsbetrug
  5. Regulierungsprozess
    - 5.1 Versicherer lösen ihre Leistungsversprechen ein
    - 5.2 Anspruchs- und Leistungsprüfung kann sehr komplex sein
    - 5.3 Faktoren mit Einfluss auf die Regulierungsdauer
  6. Aktueller Rechtsrahmen wird allen Interessen gerecht
  7. Fazit
- Anlage 1: Erläuterungen zum Regulierungsprozess  
Anlage 2: Erledigungsquoten bei Sach- und Vermögensschäden

## Zusammenfassung

Die Schadenregulierung der Versicherer entspricht hohen Qualitätsanforderungen und erfolgt in aller Regel reibungslos. Äußerst geringe Klage- und Beschwerdequoten sowie die positiven Ergebnisse von Kundenbefragungen belegen dies. Der aktuelle Gesetzesrahmen wird den Interessen aller Beteiligten vollauf gerecht. Die wichtigsten Fakten:

➤ **Gerichte bestätigen überwiegend die Entscheidung der Versicherer.**

Nach einer Erhebung des Verbandes finden sehr wenige gerichtliche Auseinandersetzungen statt. Durchschnittlich nur 0,6 Prozent aller Schäden in der Schaden- und Unfallversicherung landen vor Gericht. Davon enden rund 30 Prozent der Fälle mit einem einvernehmlichen Vergleich. In der Berufsunfähigkeitsversicherung kommt es lediglich bei 2 Prozent aller Anträge auf Leistungen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung, davon enden 50 Prozent der Fälle mit einem Vergleich. Der Anteil der Urteile entgegen der Leistungsentscheidung der Versicherungsunternehmen lag in der Schaden- und Unfallversicherung im Durchschnitt bei rund 22 Prozent, in der Berufsunfähigkeitsversicherung bei rund 15 Prozent der Fälle.

➤ **Ombudsmann: keine Anhaltspunkte für Verzögerungsstrategie.**

Beim Ombudsmann für Versicherungen sind die Beschwerdezahlen gegen Versicherungsunternehmen in den letzten Jahren zurückgegangen (2012: 16.468; 2011: 16.884; 2010: 17.555). Seine Entscheidungen fielen in der Schaden- und Unfallversicherung bei rund 36 Prozent und in der Lebensversicherung bei knapp 24 Prozent der Beschwerden zu Gunsten der Versicherten aus. Auf seiner Pressekonferenz am 16. Mai 2013 äußerte der Ombudsmann, dass sich „aus den Beschwerdegründen für eine Verzögerungsstrategie keinerlei Anhaltspunkte herleiten lassen“. Zudem „sei auch die Quote der einvernehmlichen und unstreitigen Erledigungen in den letzten Jahren konstant geblieben, so dass eine Tendenz, ersichtlich berechnete Ansprüche abzulehnen oder deren Regulierung zu verzögern, hier nicht erkannt werden kann.“

➤ **Kunden beurteilen Regulierung positiv.**

Kundenbefragungen von Versicherern und unabhängige Studien zeigen die breite Zufriedenheit mit der Schaden- und Leistungsfallbearbeitung. Im Rahmen des regelmäßig von der YouGov Deutschland AG erstellten Servicebarometers Assekuranz 2013 bewerteten von den rund 2.000 im Rahmen der Studie Befragten insgesamt 86 Prozent die Schadenregulierung als ausgezeichnet, sehr gut oder gut. 28 Prozent gaben an, dass mit einem Kontakt fast alles erledigt war.

➤ **Versicherer haben ein großes Interesse an zügiger Schadenbearbeitung.**

Die Qualität der Schadenregulierung ist ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Wer Leistungen zügig erbringt, bindet Kunden an sich und wird im besten Fall an neue Kunden weiterempfohlen. Das Vertrauen der Kunden und Geschädigten, dass sie im Schaden- oder Leistungsfall die geschuldete Leistung erhalten, ist Geschäftsgrundlage der Versicherungswirtschaft.

➤ **In den allermeisten Fällen kann die Schadenbearbeitung binnen kurzer Frist abgeschlossen werden.**

Die Dauer hängt dabei ganz wesentlich davon ab, wann alle erforderlichen Unterlagen und Informationen vorliegen, um die Berechtigung der Forderung dem Grunde und der Höhe nach zu prüfen. Besonderheiten gelten für die Bearbeitung von Schadenfällen, bei denen Personen verletzt wurden (Personenschäden). Gerade bei schwereren Verletzungen kann die Bearbeitung durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen. Bei Rentenzahlungen läuft die Regulierung zum Teil sogar lebenslang.

➤ **Sorgfältige Leistungsprüfung ist im Interesse der Gemeinschaft der Versicherten.**

Versicherer sind bei der Schadenregulierung gegenüber der Versicherungsgemeinschaft in der Pflicht, die gestellten Forderungen zu prüfen und unberechtigte oder überhöhte Forderungen abzulehnen. Ohne diese Kontrolle würden zu Unrecht ausgezahlte Leistungen alle Versicherten durch Prämiensteigerungen belasten. In der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer ausdrücklich nach § 100 VVG auch zur Abwehr unberechtigter Ansprüche verpflichtet.

➤ **Wo Menschen arbeiten, lassen sich Fehler nicht vermeiden. Ein Missstand ist jedoch nicht erkennbar.**

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) bezieht sich in seiner Umfrage auch auf Medienberichte, die anhand von Einzelbeispielen Generalwürfe erheben. Für eine sachliche Bewertung ist jedoch das Gesamtbild der Branche maßgeblich. Das Versicherungsgeschäft ist ein Massengeschäft: In der Schaden- und Unfallversicherung werden pro Jahr rund 23 Millionen Schadensfälle gemeldet und Leistungen in Höhe von rund 44 Milliarden Euro erbracht. Die Lebensversicherer zahlten 2012 Leistungen von gut 76 Milliarden Euro aus, jeden Tag 209 Millionen Euro. Diese Zahlen zeigen: Erstens, der Vorwurf einer systematischen Leistungsverweigerung ist nicht haltbar. Zweitens, bei den großen Volumina, die täglich geleistet bzw. reguliert werden, können Fehler nicht immer zu hundert Prozent ausgeschlossen werden.

## **1. Leistungsbilanz der Versicherer**

In der Schaden- und Unfallversicherung werden bei aktuell 295,8 Mio. Versicherungsverträgen pro Jahr rund 23 Mio. Schadensfälle gemeldet und Leistungen in Höhe von rund 44 Mrd. EUR erbracht. In den allermeisten Fällen kann die Schadenbearbeitung schnell und binnen kurzer Frist abgeschlossen werden.<sup>1</sup>

Die Lebensversicherer zahlten 2012 Leistungen von gut 76 Mrd. EUR aus. Das entspricht einer Summe von 209 Mio. EUR pro Kalendertag. Im Bereich der Risikoversicherungen werden von den Versicherern dabei bei den Todesfallversicherungen durchschnittlich über 97 Prozent der Leistungsanträge anerkannt<sup>2</sup>, in der Berufsunfähigkeitsversicherung ca. 70 Prozent<sup>3</sup>. Die Quote für die Berufsunfähigkeitsversicherung wird auch durch Datenerhebungen des unabhängigen Analysehauses Morgen & Morgen bestätigt.<sup>4</sup> Liegen alle nötigen Informationen vor, entscheiden die Lebensversicherer meist zügig über den Leistungsantrag, z. B. bei Berufsunfähigkeitsversicherungen in der Regel ca. zwei bis drei Wochen nach dem Tag, an dem alle Informationen vorliegen.

## **2. Beschwerden und gerichtliche Auseinandersetzungen**

### **2.1 Entscheidungen der Versicherer haben ganz überwiegend Bestand – Geringes Beschwerde- und Prozessaufkommen**

Der Versicherungsnehmer kann seine Rechte beim Versicherungsombudsmann, bei der BaFin und im Wege der Unternehmensbeschwerde gerichtlich geltend machen. Keine der von den genannten Institutionen und seitens des Verbandes erhobenen Zahlen legt einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Bereich der Schaden- und Leistungsfallbearbeitung durch die Versicherungswirtschaft nahe.

### **2.2 Verfahren vor Gericht<sup>5</sup>**

Die Erhebung des Verbandes bezieht sich auf die verfügbaren Daten zurückliegender Jahre (Berufsunfähigkeit: 2007-2012; Schaden/Unfall: 2009-

---

<sup>1</sup> Erledigungsquoten siehe Anlage 2, S. 37 f.

<sup>2</sup> Die Quote basiert auf einer Marktstichprobe und wurde durch eine Expertenschätzung plausibilisiert.

<sup>3</sup> Der Quote liegt eine Teilerhebung unter Unternehmen zugrunde, die einer Marktabdeckung von 50 Prozent entspricht.

<sup>4</sup> Morgen & Morgen BU-Rating 2011, Teilrating Kompetenz aus LV-Win v9.04

<sup>5</sup> Die aufgeführten Kennzahlen basieren auf einer Stichprobe. Grundlage sind Datenzulieferungen von Mitgliedsunternehmen des Verbandes mit Marktanteilen (gemessen an Beitragseinnahmen) in fast allen Versicherungszweigen von mehr als 50 Prozent.

2011). Die Quoten waren jeweils stabil. Trends in den einzelnen Sparten im Sinne einer kontinuierlichen Steigerung oder Abnahme zeigten sich nicht:

<b>Sparte</b>	<b>Prozessquote in Prozent</b>	<b>Vergleichsquote in Prozent</b>	<b>Urteile gegen den Versicherer in Prozent</b>
Kfz-Haftpflichtversicherung (alle Schäden)	2,9	30	25
Kfz-Haftpflichtversicherung (nur Personenschäden)	6,0	25	21
Kfz-Kaskoversicherung	0,04	23	21
Private Sachversicherung	0,06	24	14
Allgemeine Haftpflichtversicherung (alle Schäden)	0,8	31	14
Allgemeine Haftpflichtversicherung (nur Personenschäden)	5,4	32	9
Allgemeine Unfallversicherung	0,2	26	10
Rechtsschutzversicherung	0,02	40	18
<b>Ø Schaden-/Unfallversicherung<sup>6</sup></b>	<b>0,63</b>	<b>30</b>	<b>22</b>
Berufsunfähigkeitsversicherung	2,0	50	15

**Prozessquote:** Anzahl im Berichtszeitraum rechtshängig gemachter Verfahren bezogen auf die Anzahl im Berichtszeitraum gemeldeter Schäden.

**Vergleichsquote:** Erledigung durch Vergleich / anderweitige Erledigung bezogen auf die Anzahl im Berichtszeitraum insgesamt erledigter gerichtlicher Verfahren.

**Quote der Urteile gegen Versicherer:** Anzahl der Prozesse, bei denen entgegen der Leistungsentscheidung des Versicherers geurteilt wurde, bezogen auf die Anzahl im Berichtszeitraum insgesamt erledigter gerichtlicher Verfahren.

In der Schaden- / Unfallversicherung landen somit im Durchschnitt nur 0,63 Prozent aller Schäden vor Gericht. Davon enden 30 Prozent dieser Fälle in einem einvernehmlichen Vergleich. Im Durchschnitt entschieden

<sup>6</sup> Die erhobenen Daten zu den genannten Sparten der Schaden- und Unfallversicherung wurden je Sparte auf 100 Prozent Marktanteil hochgerechnet und anschließend zusammengeführt.

die Gerichte nur in rund 22 Prozent der Verfahren gegen die Regulierungsentscheidung des Versicherers.

Insgesamt kommen in der Schaden- und Unfallversicherung damit auf 10.000 gemeldete Schäden im Schnitt rund 63 Fälle, in denen eine Klage eingereicht wird. Im Mittel werden rund 19 dieser Verfahren im Vergleichswege erledigt. Es verbleiben im Durchschnitt nur 14 von 10.000 Schadenfällen, in denen gegen die Regulierungsentscheidung des Versicherers geurteilt wird. Dies entspricht einer Quote von 0,14 Prozent.

In der Kfz-Haftpflichtversicherung kommt es etwas häufiger als in den übrigen Sparten zu Prozessen. Hier wird um gesetzliche Haftpflichtansprüche Dritter gestritten. Diese sind oftmals komplexer als ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag. Bei einem Verkehrsunfall kann es zu Differenzen sowohl hinsichtlich der Haftung als auch hinsichtlich des Umfangs und der Höhe des eingetretenen Schadens kommen – mit den Geschädigten, aber auch mit den eigenen Kunden. Der Schaden besteht regelmäßig aus mehreren Schadenpositionen. Außerdem sind an einem Verkehrsunfall mitunter mehrere Fahrzeuge und Personen beteiligt. Dann muss sich der Versicherer mit einer Vielzahl von Ansprüchen unterschiedlicher Beteiligter befassen.

Die komplexen Sachverhalte zur Aufklärung der Haftung des Versicherungsnehmers und zur Höhe der bestehenden Ansprüche des Anspruchstellers führen zu höheren Prozessquoten insbesondere bei Personenschäden in Kfz- und Allgemeiner Haftpflichtversicherung. Aber auch in diesen Bereichen bestätigt der geringe Anteil an Urteilen gegen die Versicherer und die hohen Vergleichsquoten das angemessene Regulierungsverhalten der Versicherer, das die Interessenlage der Versicherten und Geschädigten im Auge hat und berücksichtigt, dass die Dauer gerichtlicher Verfahren von den Betroffenen als belastend empfunden werden.

In der Berufsunfähigkeitsversicherung kommt es ebenfalls nur in einem sehr geringen Anteil aller Leistungsanträge zu gerichtlichen Auseinandersetzungen: 2 Prozent aller Anträge auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung münden in eine gerichtliche Auseinandersetzung. Dabei urteilten die Gerichte in 15 Prozent dieser Fälle entgegen der Leistungsentscheidung des Versicherers. Das bedeutet: Bei 1.000 Leistungsanträgen kommt es im Durchschnitt in 20 Fällen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung. Dabei wird in durchschnittlich drei Fällen entgegen der Leistungsentscheidung des Versicherers geurteilt. In den übrigen Prozessen urteilt das Gericht entsprechend der Leistungsentscheidung der Versicherer oder die Parteien einigen sich auf einen Vergleich.

Das mit einer Klage verbundene Kostenrisiko kann über eine Rechtsschutzversicherung abgesichert werden. § 8 a VAG stellt dabei sicher, dass Interessenkonflikte für den Fall, dass eine Klage gegen einen anderen Versicherungszweig angestrengt wird, der im gleichen Haus wie die

Rechtsschutzversicherung besteht, nicht entstehen kann. § 8 a VAG sieht vor, dass die Versicherer, die die Rechtsschutzversicherung gemeinsam mit anderen Sparten betreiben, die Schadenabwicklung einem anderen Unternehmen zu übertragen haben.

### **2.3 Beschwerden bei der BaFin**

Versicherungsnehmer und Geschädigte haben gem. §§ 81 VAG, 4 b Fin-DAG die Möglichkeit, sich mit ihrem Anliegen an die BaFin im Wege einer Verbraucherbeschwerde zu wenden. Eine Verbraucherbeschwerde bei der BaFin ist für den Betroffenen mit keinen Kosten verbunden.

Bestehen beim Versicherer organisatorische Mängel, wirkt die Aufsicht auf eine Organisationsänderung hin und überwacht anschließend deren Umsetzung. Sollten tatsächlich Anzeichen für eine systematische Verschleppungstaktik eines Versicherers sichtbar werden, wäre dies als Missstand zu werten und die BaFin im Rahmen der Missstandsaufsicht nach § 81 Abs. 2 VAG auf den Plan gerufen. Die BaFin untersucht zudem auch Einzelfälle, die keinen aufsichtsrelevanten Missstand darstellen. Hier vermittelt sie zwischen dem Beschwerdeführer und dem betroffenen Versicherungsunternehmen.

Nach ihrem Jahresbericht 2012<sup>7</sup> hat die BaFin im Jahr 2012 10.954 Eingaben erreicht, wovon 8.730 echte Beschwerden waren. Hiervon erfasst sind sämtliche Versicherungszweige, d. h. sowohl die Zweige der Schaden- und Unfallversicherung als auch die Lebensversicherung.

26,5 Prozent der Verfahren (bezogen auf Gesamtzahl der Eingaben) endeten in 2012 erfolgreich für den Beschwerdeführer, 60 Prozent der Beschwerden waren unbegründet, in 13,5 Prozent der Fälle lag eine Zuständigkeit der BaFin nicht vor.

Beschwerdeschwerpunkt ist nach dem BaFin-Jahresbericht die Schaden- und Leistungsfallbearbeitung. Nach dem Jahresbericht 2012 entfallen hierauf 31,47 Prozent der Beschwerden. Davon betrafen 1.155 Beschwerden die Art der Schadenbearbeitung, wovon auch vermeintliche Verzögerungen in der Schadenbearbeitung erfasst werden.

Die Erhebung des Verbandes bei seinen Mitgliedsunternehmen bestätigt sowohl die nur geringe BaFin-Beschwerdequote als auch die Erfolgsquote. Eine analoge Quote für die Berufsunfähigkeitsversicherungen lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ermitteln. Dafür müsste das Beschwerdeaufkommen der BaFin separat für die einzelnen Produkte der Lebensversicherung bekannt sein.

---

<sup>7</sup> BaFin-Jahresbericht 2012, S. 224 f.



Sparte	BaFin	
	Beschwerdequote in Prozent	davon kein Erfolg für Beschwerdeführer in Prozent
Kfz-Haftpflichtversicherung	0,01	68,6
Kfz-Kaskoversicherung	0,001	71,3
Private Sachversicherung	0,01	75,9
Allgemeine Haftpflichtversicherung	0,01	75,9
Allgemeine Unfallversicherung	0,01	93,1
Rechtsschutzversicherung	0,01	82,9

**Beschwerdequote:** Anzahl Beschwerden im Berichtsjahr bezogen auf Anzahl im Berichtsjahr gemeldeter Schäden.

## 2.4 Beschwerden beim Ombudsmann

Versicherungsnehmern steht der Beschwerdeweg zum Ombudsmann für Versicherungen e.V. offen. Sie haben damit die Möglichkeit, Streitfragen in Bezug auf die Schadenregulierung schnell und unkompliziert durch eine von Politik und Verbraucherschützern vielfach gelobte Schlichtungsstelle klären zu lassen. Das Ombudsmannverfahren ist für die Betroffenen mit keinen Kosten verbunden. Versicherungsnehmer werden im Schriftverkehr vom Versicherer stets auf die Institution und die Möglichkeit zur Einleitung eines Verfahrens hingewiesen.

Im Jahr 2012 gab es 16.468 Beschwerden gegen Versicherungsunternehmen beim Versicherungsombudsmann (2011: 16.884; 2010: 17.555).<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Ombudsmannbericht 2012, S. 85

In den Sparten der Schaden- und Unfallversicherung endeten nach dem Ombudsmannbericht 36,4 Prozent der Beschwerden mit einem vollständigen Erfolg oder Teilerfolg für den Beschwerdeführer.<sup>9</sup> 63,6 Prozent brachten dem Beschwerdeführer nicht den gewünschten Erfolg. In der Lebensversicherung liegt die Erfolgsquote für den Beschwerdeführer niedriger, nämlich bei 23,3 Prozent.<sup>10</sup> Neben der Abhilfe durch oder einer Empfehlung des Ombudsmannes fallen hierunter auch diejenigen Fälle, in denen der Versicherer von der vom Beschwerdeführer beanstandeten Entscheidung ganz oder teilweise abrückt. Im Jahresbericht 2012 des Ombudsmanns werden die Arten der Beendigung der Beschwerdeverfahren auch auf die einzelnen Versicherungszweige herunter gebrochen.<sup>11</sup>

## 2.5 Unternehmensbeschwerden

Daneben steht auch der Weg der Beschwerde direkt beim Versicherer bzw. bei dessen Vorstand offen. In den Unternehmen ist hierzu ein Beschwerdemanagement installiert.

Am 27. Juni 2012 hat die europäische Aufsichtsbehörde EIOPA Leitlinien zum Beschwerdemanagement sowie eine Best-Practices-Liste veröffentlicht. Die BaFin hat allen Versicherungsunternehmen empfohlen, sich mit den Inhalten der EIOPA-Leitlinien vertraut zu machen und die jeweiligen internen Organisationsformen und Prozesse zu überprüfen.

Die BaFin selbst bereitet gegenwärtig ein Rundschreiben zur Konkretisierung der EIOPA-Leitlinien und eine Sammelverfügung vor, mit denen die aufsichtsrechtlichen Anforderungen an die Etablierung des Beschwerdewesens in der Unternehmensorganisation, an die Art und Weise der Bearbeitung von Beschwerden und an die Berichterstattung gegenüber der Aufsicht formuliert werden. So sollen Unternehmen

- eine Beschwerdemanagementfunktion einrichten, ein Beschwerderegister führen und das Beschwerdeaufkommen fortlaufend analysieren, um Risiken frühzeitig zu erkennen, sowie die Beschwerdebearbeitung nachverfolgen, interne Leitlinien zur Beschwerdebearbeitung erstellen und diese schriftlich fixieren;
- mit Beschwerdeführern in klarer, eindeutig verständlicher Sprache kommunizieren und Beschwerden ohne Verzögerungen bearbeiten sowie für den Fall, dass ein Problem nicht gelöst werden kann, den Beschwerdeführer darauf hinweisen, wie er weiter vorgehen kann;

---

<sup>9</sup> Ombudsmannbericht 2012, S. 89

<sup>10</sup> Ombudsmannbericht 2012, S. 89

<sup>11</sup> Ombudsmannbericht 2012, S. 89

- die nationale Aufsicht regelmäßig über die Anzahl der Beschwerden und den jeweiligen Bearbeitungsstatus informieren.

### **3. Die Schadenregulierung wird mehrheitlich positiv beurteilt**

Die Versicherer erhalten in ihrer täglichen Praxis vielfach Rückmeldungen nach Abschluss eines Schaden- oder Leistungsfalls, in denen für eine zügige und problemlose Abwicklung ausdrücklich gedankt wird.

Diese Reaktionen legen ebenso wie die genannten sehr niedrigen Beschwerdezahlen nahe, dass eine Divergenz zwischen einem in der öffentlichen Meinung verbreitetem Bild und den konkreten Erfahrungen Betroffener mit der Schadenregulierungspraxis der Versicherer besteht. Gleiches gilt auch für die von den Versicherern regelmäßig durchgeführten Kundenbefragungen, die teilweise auch veröffentlicht werden und hohe Zufriedenheitswerte mit der Schadenbearbeitung belegen.

Auch weitere Studien und Erhebungen bestätigen die Annahme einer breiten Zufriedenheit mit der Schadenregulierung der Versicherer, so etwa:

- **Consumer Market Scoreboard der Europäischen Kommission 2012**

Die europaweite Erhebung aus Dezember 2012 weist, bezogen auf Probleme, die die Befragten mit Dienstleistungen erfahren haben, deutlich unterdurchschnittliche Werte für die Kfz-, Verbundene Wohngebäude- und Lebensversicherung aus.<sup>12</sup>

- **Ipsos Consumer Satisfaction Survey 2007**

In einer Vorgängererhebung des Consumer Market Scoreboard wurde im Mai 2007 u. a. die Zufriedenheit mit Versicherungen abgefragt. Für Deutschland wurde dabei im Ländervergleich der höchste Zufriedenheitswert ermittelt: Danach waren 81,4 Prozent der Befragten mit ihrem Versicherer zufrieden. Lediglich 1,9 Prozent gaben an, nicht zufrieden zu sein.<sup>13</sup>

- **Studie „Rundum Fairsichert“ der Service Value GmbH im Auftrag von Focus Money 2013**

Nach dem Ruf und Image der eigenen Versicherung gefragt, gaben 89 Prozent der Befragten das Urteil „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ ab. Zur Frage der Leistungsabwicklung wurden mehrheitlich gute und sehr gute Beurteilungen abgegeben.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> Europäische Kommission, GD Gesundheit und Verbraucher, Consumer Markets Scoreboard, Dezember 2012, S. 21 f.

<sup>13</sup> Europäische Kommission, GD Gesundheit und Verbraucher, Ipsos, Consumer Satisfaction Survey, Mai 2007, S. 123

<sup>14</sup> Focus Money, Nr. 21 vom 14.05.2013, S. 64

- **Servicebarometer Assekuranz der YouGov Deutschland AG 2012**

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch das regelmäßig von der YouGov Deutschland AG erstellten Servicebarometer Assekuranz 2012. Insgesamt 86 Prozent der rund 2.000 im Rahmen der Studie befragten Personen bewerteten danach die Schadenregulierung als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“. 60 Prozent der Befragten vergaben die Note „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“. 28 Prozent gaben an, dass mit einem Kontakt fast alles erledigt war.<sup>15</sup>

#### **4. Sorgfältige Leistungsprüfung ist im Interesse der Gemeinschaft der Versicherten**

Die Versicherer haben stets die Interessen der einzelnen Versicherten / Geschädigten und die der Versichertengemeinschaft insgesamt zu berücksichtigen. Auch das Bundesverfassungsgericht weist ausdrücklich auf den für das Versicherungsrecht typischen Grundgedanken der Risikogemeinschaft und den damit verbundenen Ausgleich der verschiedenen, weder im Zeitablauf noch hinsichtlich des Gegenstands identischen Interessen der Beteiligten hin.<sup>16</sup>

Zweck einer Versicherung ist es, das Risiko zu verteilen – vom Einzelnen auf die Versichertengemeinschaft. Trifft den Einzelnen der Versicherungsfall, tritt die Gemeinschaft mit ihren Beitragszahlungen dafür ein. Die Prämien der Versicherten bilden dabei den finanziellen Grundstock, aus dem die abgesicherten Schäden beglichen werden. Jeder Versicherungsnehmer hat daher ein vitales Interesse daran, dass sein Geld nur für Ansprüche verwendet wird, die dem Grund und der Höhe nach gerechtfertigt sind. Damit dies sichergestellt ist, muss der Leistungsanspruch im Regulierungsprozess geprüft werden. Denn zu Unrecht ausgezahlte Leistungen würden alle Versicherten durch Prämiensteigerungen belasten.

Im Regulierungsprozess sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, so etwa die Vorgaben des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Haftungsrechtes, vor allem aber auch der Umfang des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes.

##### **4.1 Leistungsprüfung in der Lebensversicherung (Berufsunfähigkeit)**

Die Versicherer unternehmen große Anstrengungen, um berechtigte Leistungsfälle schnell und unkompliziert zu regulieren. In der Berufsunfähig-

---

<sup>15</sup> YouGov, Servicebarometer Assekuranz 2013, Basisreport, S. 26 und 29;

<http://research.yougov.de/services/servicebarometer-assekuranz/>

<sup>16</sup> BVerfG, Urteil vom 20.07.2005, BvR 80/95, VersR 2005, 1127, 1134

keitsversicherung besteht die Prüfung des Leistungsanspruchs im Wesentlichen aus zwei Kernelementen:

- Der Prüfung, ob das versicherte Risiko eingetreten ist.
- Der Prüfung, ob leistungsverhindernde Umstände vorliegen.<sup>17</sup>

Die Teilerhebung hat ergeben, dass im Bereich der Berufsunfähigkeitsversicherung von den Versicherern durchschnittlich 70 Prozent der Leistungsanträge anerkannt werden. Die verbleibenden rund 30 Prozent der Fälle können jedoch nicht pauschal als Ablehnung gewertet werden, denn bei ca. 11 Prozent aller Leistungsanträge kann die Leistungsprüfung nicht abgeschlossen werden, z. B. weil sich der Gesundheitszustand des Antragstellers wieder verbessert hat und er daher seinen Antrag zurückzieht. Weiterhin ist es möglich, dass der Kunde seinen Antrag nicht weiter verfolgt. Bei ebenfalls ca. 11 Prozent aller Leistungsanträge wird keine Leistung ausgezahlt, weil kein Leistungsfall vorliegt. Nur ca. 7 Prozent aller Leistungsanträge in der Berufsunfähigkeitsversicherung werden aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgewiesen.<sup>18</sup>

#### **4.2 Verpflichtung, Forderungen auf Angemessenheit zu prüfen**

Der Versicherer muss in der Schadenversicherung auch überhöhten Forderungen entgegentreten. Leider führen teils deutliche Divergenzen zwischen den geltend gemachten und den tatsächlich geschuldeten Beträgen auch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen, etwa zur Frage der Angemessenheit und Höhe eines haftungsrechtlich geschuldeten Schmerzensgeldes. Die Gründe sind vielfältig:

Neben den im Rahmen eines Ermessens bereits naturgemäß möglichen Divergenzen sind dies teils auch Fehlvorstellungen auf Seiten der Geschädigten, denen auch von Seiten der vertretenden Anwälte mitunter nicht entgegen gewirkt wird. Die nachfolgenden Urteile, bei denen eine erhebliche Divergenz zwischen dem geltend gemachten und letztlich gerichtlich zugesprochenen Schmerzensgeld besteht, verdeutlichen dies:

- LG Tübingen, Urteil vom 16. August 2012<sup>19</sup>: vorprozessual hatte der Versicherer ein Schmerzensgeld in Höhe von 2.500 EUR geleistet, gerichtlich wurde ein Schmerzensgeld von 100.000 EUR geltend gemacht. Zugesprochen wurde letztlich ein Betrag von 3.500 EUR.

---

<sup>17</sup> Einzelheiten siehe Ziff. 5.2, S. 16 ff.

<sup>18</sup> zur Datenbasis siehe Fn. 2

<sup>19</sup> LG Tübingen, Urteil vom 16.08.2012, 4 O 318/10

- OLG Schleswig, Urteil vom 9. Januar 2013<sup>20</sup>: vorprozessual hatte der Versicherer ein Schmerzensgeld in Höhe von 700 EUR geleistet, gerichtlich wurde ein Schmerzensgeld von 8.800 EUR geltend gemacht. Zugesprochen wurde letztlich ein Betrag von 1.000 EUR.

Eine deutliche Diskrepanz zwischen dem geforderten Betrag und dem tatsächlichen Schaden ist auch in anderen Versicherungszweigen feststellbar, so etwa bei dem nachfolgenden Beispiel aus der Wohngebäudeversicherung:

- LG Dortmund, Urteil vom 14. März 2012<sup>21</sup>: vorprozessual hatte der Versicherer den Schaden des Versicherungsnehmers mit 6.500 EUR entschädigt, gerichtlich wurden Reparaturkosten in Höhe von 131.000 EUR geltend gemacht. Zugesprochen wurde letztlich ein Betrag von 10.500 EUR.

#### **4.3 Verpflichtung der Haftpflichtversicherer, unberechtigte Ansprüche abzuwehren**

§ 100 VVG verpflichtet den Haftpflichtversicherer, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, d. h. unbegründete Ansprüche abzuwehren und begründete Ansprüche zu befriedigen. Gelangt der Versicherer auf Basis des Sachverhalts und seiner Einschätzung der Rechtslage zu der Auffassung, dass vom Geschädigten geltend gemachte Ansprüche ganz oder teilweise unbegründet sind, ist es seine gesetzliche Pflicht, sich mit dem Geschädigten auseinanderzusetzen und die geltend gemachten Ansprüche ganz oder teilweise abzuwehren. Da immer auch die persönliche Haftung des Versicherungsnehmers in Rede steht, ist dieser Rechtsschutzanspruch auch in dessen originärem Interesse.<sup>22</sup>

Besonders deutlich wird dies in der Kfz-Haftpflichtversicherung, wo einerseits ein Direktanspruch gem. §§ 115 VVG, 1 PfIVG des Geschädigten gegen den Versicherer besteht, andererseits der Versicherungsnehmer kein Interesse an einer Rückstufung im Schadenfreiheitsklassensystem hat. Das dem Versicherer bei der Befriedigung der Ansprüche des Geschädigten nach den AKB<sup>23</sup> zukommende pflichtgemäße Ermessen führt durchaus zu Streit, wenn der Versicherungsnehmer der Auffassung ist, der Versicherer habe den gegnerischen Schaden zu Unrecht oder zu hoch entschädigt.

---

<sup>20</sup> OLG Schleswig, Urteil vom 09.01.2013, 7 U 37/11

<sup>21</sup> LG Dortmund, Urteil vom 14.03.2012, 2 O 62/2012, juris

<sup>22</sup> Darauf weist auch die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage aus der Fraktion DIE LINKE hin: BT-Drucksache 17/12947 vom 27.03.2013, S. 15

<sup>23</sup> Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung

Teils werden auch die Gerichte mit der Frage befasst, ob ein Fehlgebrauch des Regulierungsermessens des Versicherers vorliegt.<sup>24</sup> Auch dem Ombudsmann sind derartige Beschwerden von Versicherungsnehmern bekannt.<sup>25</sup>

#### 4.4 Eindämmung von Versicherungsbetrug

Jeder Versicherungsnehmer muss sich darauf verlassen können, dass er als Teil der Versichertengemeinschaft nicht zu Unrecht mit Kosten belastet wird, die durch Versicherungsmissbrauch entstehen. Der ehrliche Kunde zahlt für den Versicherungsbetrug mit, wenn dieser nicht aufgedeckt wird. Versicherer sind daher gegenüber der großen Mehrzahl ehrlicher Kunden in der Pflicht, Betrug zu bekämpfen und missbräuchliche, betrügerische Ansprüche zu erkennen und abzulehnen.

Die Ergebnisse einer 2011 im Auftrag des Verbandes von der GfK durchgeführten Studie<sup>26</sup> verdeutlichen diese Notwendigkeit:

Ein Viertel der Deutschen hält den Versicherungsbetrug für ein Kavaliersdelikt. Zwölf Prozent der Haushalte geben zu, in den letzten fünf Jahren schon einmal auf einen Versicherungsbetrug angesprochen worden zu sein. Vier Prozent der Haushalte geben offen zu, in den letzten fünf Jahren Versicherungsbetrug begangen zu haben. Weitere sieben Prozent geben an, in ihrem unmittelbaren Umfeld bereits von einem Betrug erfahren zu haben. Immerhin 11 Prozent der Befragten wollen sich nicht äußern, ob sie in den vergangenen fünf Jahren einen Versicherungsbetrug begangen haben. Diese so genannte Grauzone ist erheblich. Jeder zehnte gemeldete Versicherungsschaden ist danach wahrscheinlich Betrug.

Expertenschätzungen gehen davon aus, dass jährlich ein Schaden in der Größenordnung von 4 Mrd. Euro durch Versicherungsbetrug verursacht wird. Diese Zahl erfasst insbesondere auch das Dunkelfeld des nicht erkannten Versicherungsbetrugs und entspricht in etwa 10 Prozent des gesamten jährlichen Schadenaufwands in der Schaden- und Unfallversicherung.

---

<sup>24</sup> z.B. AG München, Urteil vom 04.09.2012, 333 C 4271/12, ; LG Köln, Urteil vom 19.04.2011, 11 S 289/09, SP 2011, 338; AG Düsseldorf, Urteil vom 10.11.2010, 38 C 7609/10, SP 2011, 230; AG Gummersbach, Urteil vom 30.10.10, 18 C 17/10, SP 2011, 196

<sup>25</sup> Ombudsmannbericht 2012, S. 32

<sup>26</sup> [www.gdv.de/2011/07/versicherungsbetrug-2011-geringes-unrechtsbewusstsein-kaum-angst-vor-sanktionen-versicherer-bekaempfen-betrug-mehr-denn-je-2/](http://www.gdv.de/2011/07/versicherungsbetrug-2011-geringes-unrechtsbewusstsein-kaum-angst-vor-sanktionen-versicherer-bekaempfen-betrug-mehr-denn-je-2/)

## 5. Regulierungsprozess

### 5.1 Versicherer lösen ihre Leistungsversprechen ein

In der Praxis muss der Regulierungsprozess einen optimalen Ausgleich zwischen der Prüfungstiefe, der Bearbeitungsgeschwindigkeit und der Kundenorientierung finden. Nach diesem Leitgedanken sind die unternehmensindividuellen Grundsätze und Richtlinien für die Schaden- und Leistungsfallbearbeitung ausgerichtet. Einzelheiten hierzu sind in **Anlage 1** dargestellt.

### 5.2 Anspruchs- und Leistungsprüfung kann sehr komplex sein

Wie lange es dauert, alle erforderlichen Informationen zusammenzutragen, können die Unternehmen nur bedingt beeinflussen. Ob alle Informationen unmittelbar bei Geltendmachung des Anspruchs vorliegen oder nach und nach einzeln erfragt und zusammengetragen werden müssen, wirkt sich darauf aus, wie lange die Prüfung beim Versicherer dauert. Dabei sind die Versicherer darauf angewiesen, dass ihnen die Versicherten, Geschädigten und Gutachter die notwendigen Unterlagen zeitnah und vollständig zukommen lassen.

Mancher Versicherte oder Geschädigte nimmt dies unter Umständen als gezielte Verzögerung wahr. Es handelt sich jedoch um unvermeidliche Fragen, mit deren Hilfe geklärt wird, ob der Anspruch berechtigt ist. Von einer gezielten Verzögerung der Leistungsprüfung kann nicht die Rede sein.

- **Mitwirkung des Versicherten und Geschädigten**

Die Unternehmen sind insbesondere abhängig von der Mitwirkung des Versicherten oder Geschädigten.

In der Haftpflichtversicherung ist es beispielsweise notwendig, dass der Versicherungsnehmer bei der Aufklärung des Sachverhaltes mitwirkt. Hierzu ist er auch verpflichtet (§ 31 VVG). Oft hat – neben dem Geschädigten – nur er als Beteiligter am Schadensgeschehen die Informationen, die zur Beurteilung der relevanten Haftungs- und Deckungsfragen maßgeblich sind. Gerade bei komplexen Sachverhalten und Haftungsfragen (z. B. in Berufshaftpflichtfällen von Architekten und Ärzten) kommt seiner Mitwirkung daher eine wichtige Rolle zu. Hier kann es zu Verzögerungen kommen, wenn der Versicherungsnehmer seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt oder fahrlässig nicht alle Informationen an den Versicherer weitergibt. Darüber hinaus kommen Versicherungsnehmer mitunter ihrer Mitwirkungspflicht aufgrund eines Interessenkonflikts nicht nach, weil neben den zivilrechtlichen auch strafrechtliche Konsequenzen zu befürchten sind.



- **Vorliegen der erforderlichen Nachweise und Unterlagen**

Der Versicherer benötigt für die Prüfung der Berechtigung eines Anspruchs verschiedene Informationen und Unterlagen. Wie schnell und einfach eine Regulierung erfolgen kann, hängt daher auch davon ab, wie zeitnah und vollständig die zur Prüfung notwendigen Unterlagen eingereicht werden. Diese müssen belegen, dass der im Vertrag abgesicherte Leistungsfall eingetreten ist und keine Obliegenheiten verletzt wurden. Welche Nachweise verlangt werden, hängt davon ab, was versichert wurde.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel aus der Lebensversicherung: Bei Todesfallversicherungen ist der Eintritt des Versicherungsfalls durch Vorlage der Sterbeurkunde einfach nachweisbar. Dagegen ist bei Berufsunfähigkeitsversicherungen in der Regel aufwendig zu prüfen, ob der Versicherungsfall vorliegt. Die gesundheitliche Beeinträchtigung muss den Anspruchsteller derart in seiner ausgeübten beruflichen Tätigkeit beeinträchtigen, dass er diesen Beruf ganz oder teilweise nicht mehr ausüben kann. In der Leistungsprüfung muss geklärt werden, ob dies der Fall ist. Deshalb werden in der Leistungsprüfung Unterlagen zur Berufsausübung und Unterlagen zur Krankheit des Anspruchstellers angefordert und bewertet. Gegebenenfalls sind auch weitere medizinische Gutachten erforderlich, um die Auswirkungen der vorgetragenen Erkrankungen auf die Berufstätigkeit des Anspruchstellers einzuschätzen. Das heißt, es sind miteinander verbundene Prüfungen aus den Bereichen Versicherungsrecht, Versicherungsmedizin und Berufskunde erforderlich. Im Übrigen geht die Dauer des Regulierungsprozesses nicht zu Lasten des Kunden, da Leistungen rückwirkend ab Antragstellung anerkannt werden.

- **Sachverständigengutachten**

Sowohl zur Klärung der Haftung als auch zur Feststellung des Schadensumfanges ist oftmals die Einholung von Sachverständigengutachten erforderlich. Je nach Komplexität der zu beurteilenden Frage und Auslastung des beauftragten Gutachters kann dies unter Umständen einige Zeit in Anspruch nehmen. Insbesondere dann, wenn sich die Parteien nicht auf einen Gutachter einigen können und schließlich mit sich widersprechenden Gutachten umgegangen werden muss.

Ärztliche Berichte und medizinische Gutachten werden häufig nicht zeitnah erstellt. Es kommt vor, dass ein Versicherer auch auf einen einfachen Arztbericht vier Wochen und länger warten und teils mehrfach erinnern muss. Ein umfangreiches medizinisches Gutachten durch eine anerkannte Universitätsklinik oder eine berufsgenossenschaftliche Klinik liegt oftmals erst ein halbes Jahr nach der Beauftragung vor.

### 5.3 Faktoren mit Einfluss auf die Regulierungsdauer

Im Folgenden sind (nicht abschließend) Faktoren zusammengestellt, die die Schadenregulierung beschleunigen, aber auch verlangsamen können:

- **Beschleunigende Faktoren**

- Schadenmeldung online oder per Telefon bzw. Aufnahme des Schadens beim Vermittler
- Möglichst vollständige, widerspruchsfreie Schadenmeldung
- Ausführliche Schilderung des Schadenhergangs mit Nachweisen, Dokumenten, Fotos etc.
- Übernahme der Reparatur durch einen Dienstleister des Versicherers (rascher Einsatz, Fragen bei der Abrechnung gehen zu Lasten des Versicherers)
- Zügige Abgabe eventuell erforderlicher datenschutzrechtlicher Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen
- Schnell erstellte, vollständige, widerspruchsfreie und eindeutige ärztliche Berichte und Gutachten
- Nachvollziehbare Abrechnungen von Werkstätten, Handwerkern, Sachverständigen und Rechtsanwälten

- **Verlangsamende Faktoren**

- Lückenhafte, unvollständige Schadenmeldung, die Nachfragen des Versicherers auslösen
- Räumung der Schadenstelle ohne Beweissicherung
- Erteilen der Reparaturfreigabe in eigener Regie
- Rechnungen, die überhöhte und schadenunabhängige Positionen enthalten und vom Versicherer nicht in voller Höhe anerkannt werden können
- Der versicherte Schaden steht mit einem nicht versicherten / nicht versicherbaren Schaden in Zusammenhang
- Ermittlungen der Polizei und der Staatsanwaltschaft (Warten auf Übersendung der Ermittlungsakten)
- Diskrepanzen zwischen polizeilicher Stehgutliste und der beim Versicherer eingereichten Übersicht entwendeter Gegenstände
- Planungs- und Baugenehmigungsverfahren bei größeren Schadensfällen im Gebäudebereich
- Lückenhafte oder widersprüchliche Gutachten; mehrere sich widersprechende Gutachten
- Über die gesetzliche Haftung hinausgehende abgegebene Schadenanerkennnisse des Versicherungsnehmers, für die kein Versicherungsschutz besteht

## 6. Aktueller Rechtsrahmen wird allen Interessen gerecht

Der aktuelle Rechtsrahmen und die diesen ausfüllenden Grundsätze der Rechtsprechung stellen sicher, dass berechnete Forderungen binnen angemessener Frist reguliert werden. Es ist zudem gewährleistet, dass sich Versicherungsnehmer oder Geschädigte, die mit einer Entscheidung eines Versicherers nicht einverstanden sind, gegen diese im Beschwerde- oder Klagewege wenden können.

### • Anspruch auf Abschlagszahlungen

Versicherungsnehmer können in allen Versicherungszweigen nach § 14 Abs. 2 VVG Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat, wenn die nach § 14 Abs. 1 VVG notwendigen Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet sind. Der Lauf dieser Frist ist nur gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist nach § 14 Abs. 3 VVG unwirksam. Voraussetzung ist allerdings, dass der Grund des Anspruchs außer Streit steht.<sup>27</sup>

### • Hinweispflicht, Anerkenntnisverpflichtung und Neubemessungsrecht in der Unfallversicherung

Das VVG sieht für den Versicherten im Schadenregulierungsprozess der Unfallversicherung besondere Rechte vor. So sind dort im Rahmen bestimmter Leistungsarten Fristen zu beachten. § 186 VVG verpflichtet den Versicherer, den Versicherungsnehmer nach Eingang einer Unfallanzeige auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie die einzuhaltenden Fristen hinzuweisen.

Die gesetzliche Frist zur Entscheidung über die Leistungspflicht beträgt 14 Tage, bei Invaliditätsleistung und Unfallrente 3 Monate (§ 187 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 VVG). Bei sicheren Zukunftsprognosen wird die Invaliditätsleistung nach Eingang der Nachweise gezahlt und auf die dreijährige Nachbemessungsfrist hingewiesen (§ 188 Abs. 2 VVG). Innerhalb dieser Frist können Versicherer und Versicherte die Nachbemessung der Invalidität verlangen. Bei unklarem Heilungsverlauf werden innerhalb der dreijährigen Nachbemessungsfrist weitere Gutachten in Auftrag gegeben und Vorschüsse geleistet (§ 187 Abs. 2 Satz 2 VVG).

---

<sup>27</sup> Prölls/Martin, VVG, 28. Auflage 2010, § 14 Rd. 12 m.w.N.

## • Schadensersatz bei Verzögerungen

Zu nennen sind zudem die Vorschriften über den Verzug (§§ 280 Abs. 1, 2, 286 BGB) und die Verzinsung (§ 288 Abs. 1 BGB).

In Verzug gerät ein Versicherer gem. § 286 Abs. 1 BGB, wenn er die Leistung nach Eintritt der Fälligkeit (die sich für Versicherungsleistungen aus § 14 Abs. 1 VVG bzw. § 106 VVG ergibt) auf eine Mahnung des Anspruchsberechtigten hin nicht erbringt.

Die Fälligkeit nach § 14 Abs. 1 VVG tritt mit der Beendigung der Feststellung des Versicherungsfalls und des Leistungsumfangs notwendigen Ermittlungen ein. Hierunter wird gemeinhin die Beschaffung der Unterlagen verstanden, die ein durchschnittlich sorgfältiger Versicherer des jeweiligen Versicherungszweiges benötigt, um den Versicherungsfall festzustellen und abschließend zu prüfen, in welchem Umfang sowie ob und gegenüber wem er zur Leistung verpflichtet ist. Dies schließt eine gewisse Überlegungsfrist ein.<sup>28</sup>

Die Dauer der Prüffrist des Versicherers ist teils auch Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. Der entsprechenden Rechtsprechung der Obergerichte ist dabei u. a. Folgendes zu entnehmen:

- OLG Düsseldorf<sup>29</sup>, Beschluss vom 27. Juni 2007: „Der Haftpflichtversicherer ist nicht verpflichtet, unbesehen und vorschnell Zahlungen zu leisten. Die Bemessung der Prüffrist hängt naturgemäß von den Umständen des Einzelfalls ab. Sie kann bei komplizierten Sachverhalten durchaus einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen; in Fällen durchschnittlicher Art ist verschiedentlich ein Zeitraum von vier bis sechs Wochen als notwendig und angemessen angesehen worden.“
- OLG Stuttgart, Urteil vom 26. April 2010<sup>30</sup>: „Solange und soweit ein Haftpflichtversicherer jedoch trotz ordnungsgemäßer Behandlung das Regulierungsbegehren des Anspruchstellers nicht abschließend beurteilen kann, beruht das Nichtzahlen der Regulierungsleistung auf einem vom Schuldner nicht zu vertretenden Umstand mit der Wirkung, dass kein Verzug eintritt und auch keine Veranlassung zur Klageerhebung besteht. ... Dem Kfz-Haftpflichtversicherer des Ersatzpflichtigen ist regelmäßig – d.h. selbst bei einfachen Sachverhalten – eine Bearbeitungsfrist von einigen Wochen einzuräumen.“

---

<sup>28</sup> Prölls/Martin, VVG, 28. Auflage 2010, § 14 Rd. 5 m.w.N.

<sup>29</sup> OLG Düsseldorf, Beschluss vom 27.06.2007, I-1 W 23/07, 1 W 23/07, NJW-RR 2008, 114

<sup>30</sup> OLG Stuttgart, Urteil vom 26.04.2010, 3 W 15/10, VersR 2010, 1306, 1307

- OLG Köln, Beschluss vom 31. Januar 2012<sup>31</sup>: „Die Zubilligung einer angemessenen Ermittlungsfrist liegt im Interesse der Gesamtheit der pflichtversicherten Kfz-Halter, die über ihre Prämienleistungen die Unfallschäden im Ergebnis zu tragen haben. Insoweit hat das durchaus anzuerkennende, im Übrigen durch Verzinsung zu berücksichtigende Interesse des Geschädigten an einer möglichst schnellen Schadenregulierung zurückzutreten.“

Auch der Zinsanspruch § 288 Abs. 1 BGB hat aufgrund seiner Höhe (aktuell: 4,87 Prozent) eine präventive Funktion. Darauf weist beispielsweise auch das OLG Köln in seinem oben zitierten Urteil hin. Die Vorschrift hält den eventuell säumigen Versicherer zur alsbaldigen Erfüllung an. § 288 BGB gestattet dem Versicherer auch nicht den Gegenbeweis, dass dem Versicherungsnehmer kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

#### • Erhöhung des Schmerzensgeldes bei verzögerter Regulierung

Die Rechtsprechung gewährt dem Versicherungsnehmer bei einem zögerlichen Regulierungsverhalten ein erhöhtes Schmerzensgeld nach § 253 Abs. 2 BGB.

Eine Erhöhung des Schmerzensgeldes soll danach in Betracht kommen, wenn die Schadenregulierung durch den Schädiger und dessen Versicherer vor allem in Folge eines erkennbar begründeten Anspruchs ungebührlich verzögert wird. Der BGH hat festgestellt, dass bei der Bemessung des Schmerzensgeldes bestimmte Kriterien zu berücksichtigen sind, namentlich

- ob die Schmerzen und die Leiden durch einen lang dauernden Prozess verstärkt und verlängert worden sind<sup>32</sup>,
- wie viel Zeit bis zur Leistung der Genugtuung durch die Schadenregulierung vergangen ist<sup>33</sup> oder
- ob der Verletzte durch das lange Warten auf dieses zusätzlich belastet wurde<sup>34</sup>.

Auch in der jüngeren Zeit finden sich vereinzelt Entscheidungen, in denen Gerichte ein zögerliches Regulierungsverhalten angenommen und dieses Schmerzensgeld erhöhend berücksichtigt haben. Einige Entscheidungen sind im Schreiben des BMJ benannt.

<sup>31</sup> OLG Köln, Beschluss vom 31.01.2012, I-24 W 69/11, 24 W 69/11, SP 2012, 373

<sup>32</sup> BGH, Urteil vom 19.01.1960, VI ZR 60/59, VersR 1960, 401, 403

<sup>33</sup> BGH, Urteil vom 23.06.1963, VI ZR 90/63, VersR 1964, 1103, 1104

<sup>34</sup> BGH, Urteil vom 18.11.1969, VI ZR 81/68, VersR 1970, 134, 135

Daneben sind der Rechtsprechung aber auch Urteile zu entnehmen, die sich ebenfalls mit dem Vorwurf der verzögerten Schadenregulierung auseinandersetzen, eine Erhöhung des Schmerzensgeldes aber explizit ablehnen, so etwa:

- OLG Stuttgart, Urteil vom 11. Juli 2006<sup>35</sup>: „Eine das Schmerzensgeld erhöhende verzögerte Schadensregulierung hat das Landgericht zutreffend verneint. ... Zu einer Mitwirkung bei der Aufklärung der Sachlage waren die Beklagte bzw. ihr Haftpflichtversicherer nicht verpflichtet. ... Wegen der Beweislast der Klägerin für Schmerzensgeld erhöhende Faktoren ist zugunsten der Beklagten überdies zu unterstellen, dass ...“
- OLG Brandenburg, Urteil vom 9. November 2006<sup>36</sup>: „Der Beklagten kann die Dauer des Rechtsstreits nicht im Sinne einer verzögerten Schadenregulierung angelastet werden“
- OLG Naumburg, Beschluss vom 10. Dezember 2010<sup>37</sup>: „Die Schadensersatzverpflichtung stand vorgerichtlich weder außer Streit noch ansonsten zweifelsfrei fest. ... Ihr [der Beklagten] darf es nicht verwehrt werden, ihre eigenen prozessualen Verteidigungsrechte in Anspruch zu nehmen und ihre Eintrittspflicht zunächst – mit nachvollziehbaren Erwägungen – in Abrede zu stellen.“
- OLG Brandenburg, Urteil vom 25. Februar 2010<sup>38</sup>: „Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes kann zu berücksichtigen sein, dass eine Schadensregulierung nur zögernd erfolgt, ... wobei bei der Anwendung dieser Grundsätze Zurückhaltung geboten ist. Die Schadensersatzverpflichtung der Beklagten stand vorgerichtlich weder außer Streit noch ansonsten zweifelsfrei fest.“
- OLG Saarbrücken, Urteil vom 27. Juli 2010<sup>39</sup>: „Soweit das Landgericht ein das Schmerzensgeld erhöhendes Moment erblickt, vermögen die Argumente des Landgerichts letztlich nicht zu überzeugen. Zunächst ist von Relevanz, dass die Beklagte berechnete Zweifel hegen durfte ... die Beklagte weist mit Recht darauf hin, dass der Geschädigte selbst mehr als drei Jahre

---

<sup>35</sup> OLG Stuttgart, Urteil vom 11.07.2006, 1 U 3/06, juris Rd. 30

<sup>36</sup> OLG Brandenburg, Urteil vom 09.11.2006, 12 U 76/06, SP 2007, 140, 142

<sup>37</sup> OLG Naumburg, Beschluss vom 10.12.2010, 1 W 57/10, VersR 2011, 1273, 1275

<sup>38</sup> OLG Brandenburg, Urteil vom 25.02.2010, 12 U 60/09, VersR 2010, 1601, 1603

<sup>39</sup> OLG Saarbrücken, Urteil vom 27.07.2010, 4 U 585/09, juris Rd. 51, 53

verstreichen ließ, bis er sich dazu entschloss, Klage zu erheben.“

- OLG Saarbrücken, Urteil vom 15. November 2011<sup>40</sup>: „Mithin scheidet die verzögerte Regulierung überall dort als Bemessungsfaktor aus, wo die Rechtsverteidigung mit einigem Erfolg den Einwand erhebt, insbesondere auf der Ebene der Haftungsabwägung für die Folgen der Schädigung nicht einzustehen. ... Zudem zeigen die Erwägungen zur Haftungsquote, dass der Beklagten hinsichtlich ihrer Weigerungshaltung nicht jedes schutzwürdige Interesse abzuerkennen ist“
- KG Berlin, Urteil vom 17. Dezember 2012<sup>41</sup>: „Sowohl eine ungebührliche Verzögerung der Schadenregulierung als auch ein ausgesprochen rücksichtsloses Verhalten der Beklagten sind nicht ersichtlich.“
- OLG Bamberg, Beschluss vom 4. Februar 2013<sup>42</sup>: „Andererseits haben die Beklagten mit ihrer Verteidigung nur ihre rechtsstaatlich garantierten Rechte wahrgenommen. Der Vorwurf einer Zermürbungstaktik ist daher verfehlt.“

## 7. Fazit

Die Versicherer betreiben im Interesse der Versicherten und Geschädigten eine interessengerechte, hochprofessionelle Schaden- und Leistungsfallbearbeitung:

- Eine systematische Verzögerung der Regulierung findet nicht statt. Das Vertrauen der Kunden und Geschädigten, dass sie im Schaden- oder Leistungsfall die geschuldete Leistung erhalten, ist Geschäftsgrundlage der Versicherungswirtschaft.
- Der aktuelle Rechtsrahmen und die diesen ausfüllenden Grundsätze der Rechtsprechung tragen den Interessen aller Beteiligten Rechnung.
- Gesetzliche Änderungen sind nicht erforderlich.

Berlin, den 28.06.2013

---

<sup>40</sup> OLG Saarbrücken, Urteil vom 15.11.2011, 4 U 593/10, juris Rd. 50 f.

<sup>41</sup> KG Berlin, Urteil vom 17.12.2012, 20 U 290/10, juris Rd. 45

<sup>42</sup> OLG Bamberg, Beschluss vom 04.02.2013, 4 U 110/12, S. 7

## **Anlage 1:**

### **Erläuterungen zum Regulierungsprozess**

#### **1. Grundsätze und Leitlinien**

Die Qualität der Schadenbearbeitung ist ein entscheidendes Kriterium für das Image des Versicherers und die Kundenzufriedenheit:

Studien zur Kundensicht und Wirkung der Schadenbearbeitung auf die Kundenbeziehung<sup>43</sup> ist zu entnehmen, dass Kunden, die mit der Schadenabwicklung sehr zufrieden sind, auch eine hohe Bereitschaft haben, ihren Versicherungsvertrag nach dessen Ablauf zu verlängern, bei diesem Versicherer weitere Verträge abzuschließen oder diesen Versicherer weiterzuempfehlen. Gleiches gilt im Übrigen auch für Haftpflichtgeschädigte ohne Vertragsbeziehung zum regulierenden Versicherer: Sind die Befragten mit der Schadenabwicklung zufrieden, können sie sich vorstellen, beim regulierenden Versicherer Kunden zu werden. Versicherer stehen im gegenseitigen Wettbewerb um Kunden. Ein Versicherer wird daher bereits im ureigenen wirtschaftlichen Interesse der Zufriedenheit des Kunden sowie des geschädigten Dritten mit dem Schadenbearbeitungsprozess besondere Bedeutung beimessen. Dabei kommt auch der Regulierungs- und Zahlungsgeschwindigkeit eine hohe Bedeutung zu.

Der Schadenbearbeitungsprozess der Versicherer folgt unternehmensindividuellen Grundsätzen und Richtlinien, die neben den Erreichbarkeiten der Sachbearbeiter für die Geschädigten – die telefonische Erreichbarkeit geht bis zu 24 h pro Tag an sieben Tagen der Woche – u.a. auch Reaktionszeiten für Anfragen von Kunden oder Geschädigten vorgeben.

Bei vielen Versicherern ist im Bereich der Schaden- und Unfallversicherung auch der Außendienst in den Regulierungsprozess eingebunden. Dieser hat zum Teil auch eigene Regulierungsvollmachten. Jüngst wurde die gemeinsame Initiative der Verbände der Versicherungswirtschaft „gut beraten“ zur Weiterbildung von Versicherungsvermittlern auf den Weg gebracht und am 24. April 2013 öffentlich vorgestellt. Diese hält als Leitbilder für die Kundenberatung und -betreuung u.a. fest:

- Zügige und umfassende Organisation der notwendigen Service-  
maßnahmen im Schadensfall
- Schäden sachgerecht begutachten und zur vertragsgemäßen Re-  
gulierung führen

---

<sup>43</sup> so etwa MSR Consulting, KUBUSVersicherung 2012, Berichtsband, S. 7 ff.;  
[www.kubus.biz](http://www.kubus.biz); [www.msr.de/marktforschung.aspx](http://www.msr.de/marktforschung.aspx)



## **2. Bearbeitungsschritte**

Generell besteht der Schadenbearbeitungsprozess aus folgenden Schritten:

### **Schadenanlage**

- Aufnahme der Schadenmeldung
- Bestätigung des Schadeneingangs
- Anlage einer Schadenakte
- Prüfung des Versicherungsschutzes / Deckungsprüfung

### **Schadenbearbeitung**

- Ermittlung des Sachverhalts
- Ggf. Einholung von Gutachten / Plausibilisierung
- Ggf. Einbeziehung polizeilicher bzw. staatsanwaltlicher Ermittlungsergebnisse
- Ggf. Betrugsprüfung
- Abschließende Beurteilung des Schadengeschehens / Quotelung bei Mitverschulden des Versicherungsnehmers / Anspruchstellers

### **Schadenregulierung**

- Information an den Versicherten und / oder Geschädigten
- Auszahlung der Leistung oder Ablehnung der Leistung
- Prüfung der Regressmöglichkeiten bei Dritten / Regressverfahren

## **3. Aktives und kundenorientiertes Leistungs- und Schadenmanagement am Beispiel Kfz- und Wohngebäudeversicherung**

Die „Bearbeitung von Schäden“ ist weit mehr als die Entgegennahme und Verarbeitung von Informationen. Vielmehr unterstützen die Versicherer Geschädigte bzw. Versicherungsnehmer auf deren Wunsch hin von der Schadenaufnahme bis zur endgültigen Abwicklung des Schadens, um eine umfassende und rasche Schadenregulierung sicherzustellen.

Beispiel Kfz-Versicherung: Schon vom Unfallort aus kann sich der Geschädigte für alle aufkommenden Fragen direkt an den Versicherer wenden. Ferner hilft der Versicherer bei der Beschaffung der weiteren Informationen, z.B. Schilderungen der Beteiligten bzw. Zeugenaussagen. Darüber hinaus beschleunigt der Versicherer die Abwicklung, indem er Dienstleister (z.B. Abschleppunternehmen, Kfz-Schadengutachter, Autovermietungen, Reparaturwerkstätten) direkt beauftragt und für den unmittelbaren Ausgleich der angefallenen Kosten sorgt. Der Versicherer nimmt dabei dem Geschädigten zeitraubende Formalitäten ab. Der Schaden kann somit schnell und unbürokratisch sowie wirtschaftlich günstig bearbeitet werden.

Beispiel Wohngebäudeversicherung: Bei einem Brand entstehen regelmäßig toxische, ätzende und wassergefährdende Stoffe, die im Wohnraum und an dessen Oberflächen (z.B. Mauerwerk) verbleiben. Wird die Wohnung nicht umgehend fachgerecht saniert, ist langfristig mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bewohner zu rechnen. Auf Wunsch des Versicherten übernimmt der Versicherer daher sowohl die Beauftragung der fachgerechten Brandschadensanierung, als auch die Beauftragung der für den sonstigen Wiederaufbau notwendigen Gewerke (z.B. Putz- und Malerarbeiten). Die Leistungen des Versicherers können dabei die gesamte Hilfs- und Sanierungskette umfassen – von Not und Sofortmaßnahmen über die Entsorgung des Brandgutes bis zur eigentlichen Gebäudesanierung. Gleiches gilt für die Beseitigung von Wasserschäden: Die auf Wunsch des Versicherten vom Versicherer beauftragten Dienstleister übernehmen dabei die Ortung und Beseitigung der Leckage sowie Bautrocknung und Schimmelprävention. Das Ziel des Versicherers ist in allen Fällen eine rasche und fachgerechte Schadenbeseitigung, um Folgeschäden und Gesundheitsrisiken auszuschließen. Eine lang andauernde Schadenregulierung hingegen erhöht das Schadenausmaß. Dies liegt weder im Interesse des Versicherungsnehmers, noch des Versicherers.

#### **4. Reha-Management**

Ein Spezialfall des Schaden- und Leistungsmanagements ist das Reha-Management. Hier leisten die Versicherer aktive Hilfe für Unfallopfer. Das Reha-Management ist heute vor allem in der Kfz-Haftpflichtversicherung ein etablierter Bestandteil der Schadenregulierung. Kfz-Haftpflichtversicherer organisieren für den Verletzten das Reha-Management und tragen auch die Kosten, die für die Maßnahmen anfallen. Auch in der Unfallversicherung ist zu beobachten, dass das Reha-Management an Bedeutung gewinnt.

Es gilt der Grundsatz: Was die Situation des Verletzten verbessert, muss er nicht erleiden. Was er nicht erleidet, muss der Versicherer nicht entschädigen. Ein Verletzter weiß nach dem Unfall häufig nicht, was zu tun ist und sieht sich einer Vielzahl von Fragen ausgesetzt. Die Sozialversicherungen unterstützen den Schwerverletzten dabei in vielen Fällen nicht vollumfänglich und ausreichend. Dabei können die Unfallfolgen für Schwerverletzte erheblich sein:

- Dauerhafter gesundheitlicher Schaden
- Pflegebedürftigkeit
- Dauerhafte Beeinträchtigung von Fähigkeiten und Aktivitäten
- Arbeitslosigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit
- Soziale Isolation, Familienauflösung

Die Folgen für die Versicherer, die lange Zeit die Rechnungen lediglich geprüft und beglichen haben, aber ansonsten passiv geblieben sind, waren ebenfalls erheblich:

- Hohe Kosten für Heilbehandlung und Pflege
- Hohe Zahlungen für Erwerbsschaden

Aus Sicht des Verletzten gilt aber: Je geringer die Dauerfolgen, desto geringer ist die Lebensgestaltung beeinflusst. Durch eine optimale Betreuung in Zusammenarbeit mit Reha-Diensten kann die Lebensqualität für den Verletzten oftmals erheblich verbessert werden. Der Schwerverletzte wird von einem Reha-Manager begleitet, ihm wird schnelle und unbürokratische Hilfe geboten, vor allem auch Zugang zu fundiertem Spezialwissen sowie Netzwerken von Experten im medizinischen und beruflichen Bereich ermöglicht.

Reha-Management wird immer einvernehmlich und auf freiwilliger Basis durchgeführt. Der Umgang miteinander ist von gegenseitigem Vertrauen geprägt. Das Ergebnis ist eine Win-win Situation für alle Beteiligten:

- Durch eine schnelle, bedarfsgerechte Versorgung und Unterstützung wird die Situation des Verletzten verbessert, in der Konsequenz spart der Versicherer dadurch (am Ende) auch zusätzliche Aufwendungen.
- Die Betreuung geht in vielen Fällen deutlich über den Leistungsrahmen der Sozialversicherungsträger hinaus. Sie ist ganzheitlich und interdisziplinär. Zuständigkeitsbedingte Grenzen im Bereich der Sozialversicherungen werden vermieden.
- Das Reha-Management erhöht damit die Chancen des Unfallopfers auf eine schnelle, bestmögliche Genesung sowie eine nachhaltige Wiedereingliederung in sein berufliches und soziales Umfeld. Die Konzepte sind individuell auf den Schwerverletzten abgestimmt.

Über die gelungene, vom Versicherer angestoßene und finanzierte soziale und berufliche Rehabilitation eines bei einem Verkehrsunfall Schwerstverletzten siehe *Henning Peitsmeier*, FAZ vom 21. Dezember 2012, S. 14 („Ziemlich beste Partner“)

Nachfolgend wird ein weiteres Beispiel für einen erfolgreich verlaufenen Fall beschrieben, in dem der Geschädigte durch das vom Versicherer veranlasste Reha-Management unterstützt werden konnte. Der Beispielfall zeigt zugleich, dass auch eine erfolgreiche Unterstützung des Geschädigten durch den Haftpflichtversicherer Jahre dauern kann und dies nichts mit einer verzögerten Schadenregulierung zu tun hat.

Ein neunjähriger Junge, der auf der Rücksitzbank sitzend nur mit dem Beckengurt angegurtet war, erleidet 1996 bei einem Unfall schwerste Verletzungen: einen inkompletten Querschnitt (Versteifung von 3 Wirbeln) ab dem zweiten Brustwirbelkörper. Die Dauerschäden bzw. das Zukunftsrisiko waren erheblich: inkomplette Querschnittlähmung; Blasen- und Mastdarmlähmung; Lähmung unterhalb der Brust, Kopf und Arme blieben beweglich, die Finger können aber nur eingeschränkt genutzt werden; seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule mit verdrehten Wirbelkörpern, Spastiken. Die Pflegestufe 3 wurde dauerhaft bewilligt, da u.a. sechsmal täglich eine Katheterlegung stattfinden muss.

Auf Betreiben des vom Versicherer eingeschalteten Reha-Dienstes erfolgt eineinhalb Monate nach dem Unfall eine Besichtigung des Hauses, das anschließend behindertengerecht umgebaut wird. Täglich besucht ein Grundschullehrer den Jungen in der Reha, um den schulischen Leistungsstand zu halten. 1997 wird die Familie bei der Anschaffung eines behindertengerechten Pkw finanziell und praktisch unterstützt. Ein Computer als Lernhilfe wird angeschafft, ebenso eine Treppenraupe, um einen möglichst vollumfänglichen Schulbesuch ermöglichen zu können. Auch im Freizeitbereich erfolgt eine Unterstützung, etwa durch die Übernahme der Kosten für spezielle Sportgeräte (Handbike, Spezialsportschützengewehr).

Der Junge wird fortwährend psychologisch und auch durch den Versicherer begleitet und betreut. Durch die Fördermaßnahmen erreicht der Geschädigte 2003 den qualifizierten Hauptschulabschluss. Die Versetzung auf eine Behindertenschule kann vermieden werden.

Mit Hilfe des Reha-Dienstes kann 2003 auch eine Ausbildungsstelle zum Bürokaufmann bei den Stadtwerken der Heimatstadt gefunden werden. Die Räumlichkeiten werden den Bedürfnissen angepasst. Der Junge erwirbt mit 17 den Führerschein und wird bei der Anschaffung eines behindertengerechten Pkws finanziell unterstützt, mit dem er teilweise selber zur Ausbildungsstelle fahren kann. Nach Abschluss der Ausbildung kann er 2006 zwischenzeitlich sogar eine Vollzeittätigkeit aufnehmen und ist seit 2008 in Teilzeit fünf Stunden täglich beschäftigt.

## **5. Massenfälle**

Die Kfz-Haftpflichtversicherer sehen für Massenfälle (bei Massenkarambolagen ab 50 beteiligten Fahrzeugen; ab 20 Fahrzeugen, wenn besondere Verhältnisse dafür sprechen.) im Interesse der geschädigten Dritten eine vereinfachte Schadenbearbeitung vor. Hierfür haben sich die Kfz-Haftpflichtversicherer auf freiwilliger Basis auf ein Verfahren geeinigt. Wird eine gemeinsame Regulierungsaktion durchgeführt, hat dies für den Geschädigten den Vorteil, dass er nicht nachweisen muss, wer seinen Fahrzeug- oder Personenschaden verursacht hat. Um eine einheitliche

und beschleunigte Schadenregulierung sicherzustellen, erfolgt die Regulierung nach standardisierten Haftungsquoten.

Für die Geschädigten ist die Teilnahme freiwillig. Möchte ein Geschädigter eines Massenanfalls nicht an dem Verfahren teilnehmen, liegt es an ihm, den Schuldigen zu ermitteln und seine Ansprüche bei dessen Haftpflichtversicherer geltend zu machen.

Ohne dieses Verfahren würden viele Geschädigte, die nicht über eine Vollkaskoversicherung verfügen, am Ende leer ausgehen. Bei Massenanfällen ist der Hergang regelmäßig für den einzelnen Geschädigten kaum aufklärbar. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass der Schadenfreiheitsrabatt der Kfz-Haftpflichtverträge nicht belastet wird. Dies ist ein echter Mehrwert für die Geschädigten.

## **6. Beispiele für Schadenregulierungsprozesse**

Zur Verdeutlichung des Schadenregulierungsprozesses werden nachfolgend einige Beispiele zu verschiedenen Versicherungszweigen beschrieben:

### **6.1 Überspannungsschaden in der Hausratversicherung**

Der Versicherungsnehmer meldet den Schaden seiner Hausratversicherung unter Angabe des Schadendatums, des Schadenortes und unter Schilderung des Schadenhergangs. Die Schadenmeldung wird formal auf Vollständigkeit (alle Pflichtfelder gefüllt) und Plausibilität geprüft (z.B. kein Schadendatum in der Zukunft). Vollständige und formal plausible Schadenmeldungen werden in die Arbeitsliste des Schadensachbearbeiters eingestellt. Der Schaden wird „angelegt“. Er erhält eine Schadennummer. Der Versicherungsnehmer erhält eine Rückmeldung über den Eingang der Schadenmeldung und die Anlage des Schadens.

Der Versicherungsnehmer hat als Schadenursache „Defekt nach Gewitter“ angegeben. Der Schadensachbearbeiter prüft, ob die Police des Versicherungsnehmers die Gefahren „Blitz- und Überspannung“ enthält (Deckungsprüfung). Besteht keine Deckung, wird die Übernahme des Schadens abgelehnt, der Schaden ohne Zahlung geschlossen.

Besteht Deckung, prüft der Schadensachbearbeiter mittels meteorologischer Dienste, ob sich am Schadenort zum angegebenen Schadendatum ein Gewitter mit Blitzschlag ereignet hat. Ist kein Gewitter nebst Blitzschlag in den Systemen verzeichnet oder überschreitet der Abstand zwischen Schadenort und dem nächsten verzeichneten Blitzeinschlag die Grenzen physikalischer Wirkzusammenhänge, wird der Versicherungsnehmer in der Regel aufgefordert, das defekte Gerät zur Begutachtung

durch einen Sachverständigen einzureichen. Dies geschieht zum Vorteil des Versicherungsnehmer: Auch die besten meteorologischen Systeme können schließlich Fehler enthalten. Stellt der Versicherungsnehmer auch nach mehrmaliger Aufforderung sein Gerät nicht für eine Begutachtung zur Verfügung, ist er dem allgemeinen Rechtsgrundsatz der Beweispflicht nicht nachgekommen. Daraufhin wird der Schaden abgelehnt, ohne Zahlung geschlossen. Das gleiche geschieht, wenn der Versicherungsnehmer das Gerät zur Verfügung stellt, der Gutachter jedoch die Gefahren Blitzschlag bzw. Überspannung als Schadenursache ausschließt.

Stehen Schadenursache und Deckung fest, ist die Schadenhöhe zu bestimmen. Ist das Gerät irreparabel zerstört, wird der Neuwert ersetzt, andernfalls werden die Reparaturkosten übernommen. Ist das Gerät zu reparieren, erhält der Versicherungsnehmer vom Schadensachbearbeiter eine Reparaturfreigabe. Der Versicherer kann die Übernahme der Reparatur durch einen Dienstleister anbieten (je nach Versicherer oder Police unterschiedlich). In diesem Fall holt der Dienstleister das defekte Gerät ab und bringt es repariert zum Versicherungsnehmer zurück. Die Abrechnung der Reparatur erfolgt direkt zwischen Dienstleister und Versicherer. Andernfalls beauftragt der Versicherungsnehmer die Reparatur selbst und reicht die Rechnung beim Versicherer ein. Der Schadensachbearbeiter prüft die Rechnung des Dienstleisters bzw. der vom Versicherungsnehmer beauftragten Fachfirma auf sachliche und inhaltliche Richtigkeit. Unrichtige oder unvollständige Rechnungen müssen geklärt werden. Steht die Höhe des Schadens fest, wird die Summe angewiesen. Der Schaden wird geschlossen.

## **6.2 Personenschäden in der Kfz-Haftpflichtversicherung**

Der Bearbeitungsprozess bei Personenschäden ist in der Regel ein anderer als bei Sachschäden. In der Kfz-Haftpflichtversicherung werden Ansprüche geschädigter Dritter gegen den Versicherungsnehmer bearbeitet. Insbesondere komplexe Verletzungen bedürfen einer individuellen Bearbeitung. Die Dauer der Schadenregulierung ist ganz maßgeblich von der Dauer des Heilungsprozesses abhängig. Erst wenn dieser abgeschlossen ist, kann der eingetretene Schaden festgestellt werden. Es gibt dabei objektive Gründe dafür, weshalb die Bearbeitung komplexer Personenschäden vielfach eine längere Zeit in Anspruch nimmt als die Bearbeitung von Sachschäden, insbesondere:

- Die Informationsbeschaffung bei größeren Personenschäden ist in der Regel anspruchsvoller.
- Der Heilungsverlauf kann selbst bei ähnlichen Verletzungen individuell sehr unterschiedlich sein.
- Eine sichere Prognose zum Ausmaß dauerhaft verbleibender Beeinträchtigungen (samt den sich daraus ergebenden Ansprüchen) ist oftmals erst nach mehreren Jahren möglich.

- Ob und in welcher Form eine berufliche Wiedereingliederung möglich ist, kann mitunter erst sehr spät festgestellt werden.
- Die zu leistende Entschädigung richtet sich nicht nach tabellari-schen Werten o.ä., sondern ist anhand der konkreten Beeinträchti-gungen individuell zu ermitteln.

### **6.2.1 Sachverhaltsermittlung/Haftungsquote**

Im Vergleich zu reinen Sachschäden erfolgen oft wesentlich später kon-krete Informationen zum Schadenhergang. Gründe hierfür sind:

- Versicherungsnehmer und Anspruchsteller können sich verlet-zungsbedingt nicht äußern.
- Im Hinblick auf laufende Strafverfahren werden keine Angaben gemacht.
- Angesichts der schweren Unfallfolgen fällt ein Schuldeingeständnis schwer.
- Versicherer erhält die behördliche Ermittlungsakte erst nach meh-reren Monaten oder gegebenenfalls noch später. Bei erheblichen Unfallfolgen ermitteln auch die Polizei und Staatsanwaltschaft um-fangreicher. Bei unklaren Sachverhalten und mehreren Beteiligten und wenn zudem gegebenenfalls ein Unfallrekonstruktionsgutach-ten eingeholt wird, kann ein längerer Zeitraum vergehen.

### **6.2.2 Individueller Heilungsverlauf**

Der individuelle Heilungsverlauf kann sehr unterschiedlich verlaufen. Er hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, die der Versicherer nicht beein-flussen kann:

- Dauer stationärer und ambulanter Heil- und Reha-Maßnahmen
- Eintretende Komplikationen
- Art/Umfang dauerhafter Beeinträchtigungen
- Individuelle Auswirkungen der Beeinträchtigungen (z.B. sozia-les/berufliches Umfeld, persönliche Kompensationsmöglichkeiten)

Eine objektivierbare Beurteilung der Dauerfolgen ist oftmals erst nach mehreren Jahren möglich. Individuelle Beeinträchtigungen und daraus resultierend Ansprüche können häufig noch später beurteilt (z. B. berufli-che Umschulungsmaßnahmen, Hilfsmittelanpassung, Anpassungen des häuslichen Umfelds) und entschädigt werden.

### **6.2.3 Informationen zum Verletzungsumfang**

Sowohl zur Klärung der Haftung als auch zur Feststellung des Schadenumfanges kann die Einholung von Sachverständigengutachten erforderlich sein. Je nach Komplexität der zu beurteilenden Frage und Auslastung des beauftragten Gutachters kann dies unter Umständen einige Zeit in Anspruch nehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Parteien nicht auf einen Gutachter einigen können und schließlich mit sich widersprechenden Gutachten umgegangen werden muss.

### **6.2.4 Informationen zur Höhe der Ansprüche**

Zur Ermittlung der einzelnen Schadenpositionen werden Informationen und Nachweise benötigt, die der Verletzte und sein Anwalt oftmals selbst erst unter Aufwand einholen müssen, z.B. zum Verdienstausfall die Höhe des letzten Nettoverdienstes, die Höhe der Lohnersatzleistungen wie Krankengeld oder Rente oder Nachweise zu Gehaltssteigerungen.

Vor diesem Hintergrund können Versicherer in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum lediglich Vorschüsse zahlen.

Das nachfolgende Schadenbeispiel aus der Praxis verdeutlicht die Komplexität der Regulierung eines Personenschadens und zeigt, dass die Regulierung eines Personenschadens sogar bei unstreitigen Sachverhalten langwierig sein kann:

Ein 16-jähriger Schüler verunfallt als Fahrradfahrer schwer. Der Unfall wurde von einem Pkw-Fahrer verursacht. Der Schüler erleidet ein schweres Schädelhirntrauma dritten Grades. Viele dauerhafte Beeinträchtigungen verbleiben: Gleichgewichtsstörungen, Hörminderung rechts, Tinnitus, Spannungskopfschmerz, allgemeine Belastungsminderung. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt bei 20 Prozent.

Der Unfall ereignet sich im Februar 2002. Die Schadenmeldung durch den Rechtsanwalt des Anspruchstellers erfolgt erst eine Woche später, zunächst ohne Informationen zum Schadenhergang und zur Haftung. Nach zwei Monaten geht im April 2002 ein ärztlicher Befund ein, der Versicherer leistet daraufhin einen Vorschuss.

Die Ermittlungsakte liegt nach vier Monaten im Juni 2002 vor. Die Haftungsfrage ist eindeutig, die volle Eintrittspflicht des Versicherers unstreitig. Im Juli 2002 erfolgt eine erste Besprechung mit dem Rechtsanwalt des Schülers und dessen Mutter. Anschließend werden fortlaufend die materiellen Schadenpositionen entschädigt, also Vorschüsse gezahlt. Darüber hinaus veranlasst der Versicherer, dass zur Unterstützung Heilverfahrensempfehlungen einer Neurologischen Rehaklinik für Kinder und Jugendliche beigebracht werden. Der Versicherer stellt außerdem Nachhilfe und



Heilbehandlungsmaßnahmen außerhalb des „Leistungskataloges“ der gesetzlichen Krankenkassen (Psychotherapie) bereit und finanziert diese Maßnahmen.

Der Anspruchsteller besteht im Juni 2005 sein Abitur. Er nimmt anschließend mit Unterstützung und „Studiencoaching“ ein Studium auf. Anfang 2006 – also 4 Jahre nach dem Unfall – erfolgt die gutachterliche Feststellung der verbleibenden Beeinträchtigungen. Es finden die Abschlussverhandlungen statt. Im Oktober 2006 erfolgt eine Einigung über die Schmerzensgeldzahlung. Außerdem hat der Versicherer erklärt, die zukünftig anfallenden unfallbedingten materiellen Schadenpositionen zu übernehmen. Seither sind vereinzelt kleinere Aufwendungen zu entschädigen.

Die Haftungsfrage im vorbenannten Fall war eindeutig und unstrittig. Die Schadenregulierung erfolgte einvernehmlich. Dennoch war es erst nach viereinhalb Jahren möglich, die Regulierung weitestgehend abzuschließen. Der Fall zeigt auch, dass eine übereilte Abwicklung nicht im Interesse des Geschädigten liegt, denn neben dem langandauernden Heilungsverlauf musste auch abgewartet werden, ob und in welchem Umfang die schulische und berufliche Integration gelingt.

### **6.3 Personenschäden in der Heilwesen-Haftpflichtversicherung**

Auch bei der Regulierung von Personenschäden im Bereich der Heilwesen-Haftpflichtversicherung liegt eine besondere Situation vor. Es handelt sich dabei um die Schäden, die in Krankenhäusern, von niedergelassenen Ärzten, Hebammen und anderen Personen, die medizinische Leistungen erbringen, verursacht worden sein können.

Insbesondere die ärztlichen Pflichten und möglichen Verstöße sind zahlreich. Sie lassen sich im Wesentlichen gruppieren in Aufklärungsverstöße, Behandlungsfehler, Dokumentationsfehler und sonstige Pflichtverstöße. Insbesondere für die Beurteilung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, ist oft ein ärztliches Gutachten notwendig, dessen Erstellung Zeit in Anspruch nimmt. Die Beurteilung der Haftungssituation wird häufig dadurch erschwert, dass unter Umständen mehrere Versicherungsnehmer den Schaden mitverursacht haben oder zumindest an der Behandlung beteiligt waren.

Die Problematik lässt sich an Hand eines Beispiels verdeutlichen. Diesem liegt aus Darstellungsgründen ein noch vergleichsweise einfacher Sachverhalt zu Grunde – die tatsächlichen Fälle aus der Schadenregulierungspraxis eines Heilwesenversicherers sind hingegen oft weit komplexer.

Eine Person zieht sich bei einem Skiunfall eine schwere Knieverletzung zu. Sie begibt sich in ärztliche Behandlung in einer Notfallpraxis vor Ort. Dort erfolgt eine medizinische Erstversorgung. Nach der Rückkehr aus

dem Urlaub begibt sich die Person in eine chirurgische Praxis. Dort rät man zu einer Operation. Diese wird in einem Krankenhaus durchgeführt. Der Patient hat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus starke Schmerzen. In der chirurgischen Praxis wird das Knie punktiert. Erst zwei Wochen später diagnostizieren die behandelnden Ärzte eine Infektion des Knies und es kommt zu weiteren Operationen in einem anderen Krankenhaus. Im Anschluss an diese Operationen unterzieht sich der Patient über mehrere Monate erst einer stationären und anschließend einer ambulanten Reha. Erst danach zeichnet sich ab, dass der Patient die volle Bewegungsfähigkeit seines Knies nicht mehr wiedererlangen wird. Während der ganzen Zeit ist er in dauernder ambulanter ärztlicher Behandlung. Er macht Schadensersatz inklusive Schmerzensgeld geltend.

Bereits in diesem relativ einfachen Sachverhalt können sich zahlreiche Fragen stellen, die für die Regulierung des Schadens zu klären sind: Haben die behandelnden Ärzte den Patienten jeweils richtig und vollständig über die Behandlungsrisiken aufgeklärt? Ist dem erstversorgenden, weiterbehandelnden oder den operierenden Ärzten oder den verschiedenen Physiotherapeuten ein Behandlungsfehler vorzuwerfen? Führten ein oder mehrere Fehler kausal zum Schaden? Oder beruht die Bewegungseinschränkung - zumindest teilweise - auf der durch den Skiunfall oder ein früheres Ereignis zugezogenen Vorverletzung? Diese Fragen sind oftmals nur durch medizinische Gutachten zu klären. Alleine hierdurch kann sich die Regulierung verzögern. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die eingeholten Gutachten widersprechen.

Hinzu kommt die Problematik, dass der Schaden oft – wie im Beispiel erst mehrere Monate – manchmal jedoch auch erst etliche Jahre nach der medizinischen Behandlung erkannt wird und zum Teil sogar noch später dem Versicherer gemeldet wird. Auch dies wirkt sich naturgemäß auf die Bearbeitungsdauer aus, da bereits die Sachverhaltsermittlung durch den zeitlichen Ablauf erschwert sein kann.

Ist der geschädigte Patient mit der Regulierung durch den Arzthaftpflichtversicherer unzufrieden, kann er eine der bei den Ärztekammern eingerichteten Schlichtungsstellen anrufen. Diese prüfen und begutachten ausführlich, ob ein Behandlungsfehler des Arztes vorliegt. Diese Verfahren sind für den antragstellenden Patienten kostenlos. Nach unseren Informationen werden rund 30 Prozent der dort erhobenen Ansprüche als begründet und rund 70 Prozent als unbegründet entschieden. Obwohl die meisten Ansprüche also unbegründet sind, liegt die Befriedigungsquote dennoch bei gut 90 Prozent.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Evaluation der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern 2007, <http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/fakten-und-zahlen/evaluation/>

## Anlage 2:

### Erledigungsquoten bei Sach- und Vermögensschäden

Insbesondere bei Sach- und Vermögensschäden wird die Schadenbearbeitung ganz überwiegend rasch abgeschlossen. Der Verband erstellt allerdings nur Statistiken, die die Erledigungsquote nach 11 Monaten nach dem Schadeneintritt erfassen. Danach sind nur wenige Sach- und Vermögensschäden nach diesem Zeitraum noch nicht erledigt.<sup>45</sup>

<b>Sparte</b>	<b>Erledigungsquote in Prozent</b>
Kfz-Haftpflichtversicherung	92
Allgemeine Haftpflichtversicherung	83
Wohngebäudeversicherung	90
Hausratversicherung	94

**Erledigungsquote:** Anteil der vollständig erledigten Sach- und Vermögensschäden nach 11 Monaten bezogen auf die Anzahl der eingetretenen Schadenfälle.

### Erläuterungen:

#### 1. Erledigungsquote knüpft an die Rückstellungen der Versicherer an

Für alle Schadenfälle bilden die Versicherer Rückstellungen. Diese Rückstellungen stellen die Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicher und bleiben so lange bestehen, bis die Schadenabwicklung abgeschlossen ist.

---

<sup>45</sup> Der Ausweis vergleichbarer Angaben zu Personenschäden ist nicht sinnvoll möglich. Personenschäden werden über mehrere Jahre, in schweren Fällen sogar lebenslang reguliert. Es kann auch nach vielen Jahren noch zu Veränderungen des Gesundheitszustandes kommen, die neue Haftpflichtansprüche nach sich ziehen und entsprechend geprüft und bearbeitet werden müssen. Siehe dazu den Beispielfall in Anlage 1, Ziffer 6.2.4

## 2. Einflussfaktoren auf die Erledigungsquote

In der Haftpflichtversicherung ist stets die Haftungsfrage zu klären, was sich mitunter auch bei Sachschäden als schwierig erweisen kann. Es kann etwa ein Mitverschulden des Versicherten zu klären sein, so dass noch Regressforderungen Dritter zu erwarten sind. Die gebildeten Rückstellungen werden dann für eine unternehmensindividuell festgelegte Frist aufrecht erhalten, um für aus dem Schadensfall noch erwachsende Forderungen ausreichende Finanzmittel zur Verfügung zu haben. Dies gilt auch bei der Abwehr unberechtigter Ansprüche durch den Versicherer.<sup>46</sup>

Gleiches gilt für Schäden, die von den Versicherten nur vorsorglich gemeldet werden. Erst wenn im Weiteren klar ist, dass keine Forderung gegenüber dem Versicherer erhoben wird, kann die Schadenbearbeitung abgeschlossen werden. Diese Schäden werden in den obigen Quoten als noch nicht erledigt ausgewiesen.

Schäden, die in eine gerichtliche Auseinandersetzung münden<sup>47</sup>, sind aufgrund der üblichen Prozessdauer nach einem Jahr vielfach noch nicht erledigt.

Die vergleichsweise geringe Erledigungsquote in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung erklärt sich durch den erheblichen Anteil sogenannter echter Spätschäden. Diese Schäden werden dem Versicherer zum Teil erst mehrere Monate nach dem Schadeneintritt gemeldet. Spätschäden sind deshalb in der Regel ein Jahr nach Schadeneintritt noch nicht abschließend bearbeitet.

---

<sup>46</sup> siehe dazu Ziff. 4.3, S. 14 f.

<sup>47</sup> siehe dazu Ziff. 2.2, S. 5 ff.