



04



Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Informationen für Verkehrsunfallopfer mit Schädelhirnverletzungen

Vorwort

Ein schweres Schädelhirntrauma kann das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen von einer Sekunde zur anderen grundlegend verändern. Neben den akuten medizinischen Herausforderungen stehen Fragen zur Behandlung, Rehabilitation und zur Bewältigung des neuen Alltags im Raum.

Ist das Schädelhirntrauma in Folge eines Verkehrsunfalls entstanden, kommen weitere komplexe Fragestellungen hinzu, die oftmals ohne fachliche Expertise von den Betroffenen und ihren Familien nicht zu bewältigen sind.

Die vorliegende Broschüre der ZNS-Stiftung bietet eine erste Orientierung in der Zeit nach einem Verkehrsunfall. Sie leistet und ersetzt keine Rechtsberatung.

Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren dieser Broschüre, die an der Erstellung der 3. Auflage mitgewirkt haben: Prof. Dr. Ansgar Staudinger, Hamburg, Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Hannover, Cordula Schah Sedi, Tessin, Melanie Mathis und Sven Wilhelmy, Montabaur, Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen sowie Marcus Vogel und Bernd Mull, München.

Seit über 40 Jahren setzt sich die ZNS-Stiftung für Menschen mit Schädelhirntrauma und ihre Angehörigen ein. Alle Angebote der Stiftung sind für die Betroffenen und ihre Familien kostenfrei – dank der Spenden vieler engagierter Privatpersonen, Förderstiftungen und Unternehmenspartner.

Herausgeber

ZNS-Stiftung
Fontainengraben 148
53123 Bonn

www.zns-stiftung.de

1. Auflage 2018

Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Hannover
Cordula Schah Sedi, Köln
Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen
Stefan Lauer, München

2. aktualisierte und überarbeitete Auflage 2022

Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Hannover
Cordula Schah Sedi, Tessin
Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen
Stefan Lauer, München

3. aktualisierte und überarbeitete Auflage 2025

Prof. Dr. Ansgar Staudinger, Hamburg
Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Hannover
Cordula Schah Sedi, Köln
Melanie Mathis, Montabaur
Sven Wilhelmy, Montabaur
Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen
Marcus Vogel, München
Bernd Mull, München

Bildnachweis

ZNS-Stiftung; Titelbild: ZNS-Stiftung

Stand: Januar 2026

Zum Geleit

Legt man das Zahlenwerk von DESTATIS zugrunde, so erleiden jährlich in Deutschland ca. 270.000 Menschen ein Schädelhirntrauma. Allerdings beruht diese Zahl im Schwerpunkt auf den stationären Fällen, die mit einem Schädelhirntrauma als Hauptdiagnose im Krankenhaus erfasst werden. Ausgeblendet bleiben insofern bislang ambulant behandelte Personen (nach einer Barmer Studie ca. 37%) sowie stationäre Nebendiagnosen (rund 176.000 Fälle pro Jahr laut DESTATIS). In der Zusammenschau ergibt sich damit eine weitaus größere Anzahl von Betroffenen, die etwa 670.000 Fälle pro Jahr ausmacht. Rund 100.000 von ihnen sind dauerhaft auf Unterstützung durch Pflegekräfte oder Angehörige angewiesen. Doch selbst wenn man eine Zahl von 270.000 Menschen zugrunde legt, die jährlich in Deutschland von einem Schädelhirntrauma betroffen sind, so zeigt dies, dass es sich hier um ein gesamtgesellschaftlich bedeutsames Phänomen handelt.

Trotz dieser Größenordnung ist es wichtig, die Perspektive der einzelnen Betroffenen nicht aus dem Blick zu verlieren. Denn für jede individuell Betroffene und für jeden individuell Betroffenen bedeutet ein Schädelhirntrauma, dass das Leben in den bisherigen Bahnen nicht mehr fortgeführt werden kann, sondern sich umstürzende Veränderungen ergeben. So sind die Betroffenen fortan auf die Hilfe Dritter bzw. von Familienangehörigen angewiesen. Mit einem Schädelhirntrauma gehen aber nicht nur zahllose Einschränkungen in der Lebensführung für die Betroffenen einher. Vielmehr ist gleichermaßen das soziale Umfeld mittelbar von den Auswirkungen betroffen.

Ist das Schädelhirntrauma infolge eines Verkehrsunfalls entstanden, kann sich die Lage nochmals deutlich komplexer gestalten. Sollte ein Verkehrsunfallopfer Ansprüche gegen Schädiger wie etwa Halter, Fahrer sowie insbesondere die gegnerische Haftpflichtversicherung andenken, ist vielfach (außer)gerichtlicher ein langwieriger juristischer Weg zu beschreiten. Für die Geschädigten, die in der Regel medizinische und ebenso juristische Laien sind, kann es hilfreich sein, fachlich versierte Rechtsbeistandschaft in Anspruch zu nehmen. Besitzen Verkehrsunfallopfer diese spezialisierte juristische Expertise nicht, besteht häufig ein

Informations- und Machtgefälle gegenüber Versicherungen und deren Kanzleien. Gerade die Geltendmachung etwa von Behandlungskosten oder Schmerzensgeldern, die aus Verkehrsunfallgeschehen mit Schädelhirnverletzungen resultieren, betreffen wegen der Schnittmenge von Medizin und Jura ein komplexes Feld. Aus diesen Gründen kann es für Betroffene und Angehörige sinnvoll sein, spezialisierte fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Die vorliegende Broschüre möchte informieren, wie Betroffene und Angehörige auf der Suche nach geeigneter Unterstützung vorgehen können.

Prof. Dr. Ansgar Staudinger

Präsident des Deutschen Verkehrsgerichtstages

Inhaltsverzeichnis

1. Die traumatische Kopfverletzung im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall	8
1.1 Was ist eine Schädelhirnverletzung/ein Schädelhirntrauma?	9
1.2 Versorgungsablauf	13
1.3 Welche Komplikationen können auftreten?	16
1.4 Was kann man zur Prognose sagen?	19
2. Wie Sie den richtigen Rechtsbeistand finden und was Ihnen zusteht - Expertentipps	19
2.1 Wichtige Schritte nach einem schweren Verkehrsunfall	20
2.2 Ansprüche und Regulierung	25
3. Tipps zur Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen - Checkliste	40
4. Besonderheiten bei der neuropsychologischen Begutachtung nach einem Schädelhirntrauma	46
5. Professionelle Unterstützung nach einem Unfall - Rehabilitationsdienste als Wegbegleiter	52
5.1 Herausforderungen nach dem Klinikaufenthalt	53
5.2 Die Rolle von Rehabilitationsdiensten	54
5.3 Leistungen eines privaten Rehabilitationsdienstes	55
5.4 Zusammenarbeit mit Versicherungen und Anwälten	55
5.5 Qualitätskriterien für Rehabilitationsdienste	58
5.6 Technische und organisatorische Standards	58
5.7 Case-Management in der Rehabilitation nach Verkehrsunfällen	59
5.8 Fazit	61

1. Die traumatische Kopfverletzung im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall

Prof. Dr. med. Eckhard Rickels
Neurochirurg

In Deutschland erleiden ca. 290.000 Menschen in jedem Jahr einen Personenschaden durch einen Verkehrsunfall. Und ca. 2770 Menschen sterben an den Folgen eines Verkehrsunfalls¹. Zumindest für die schwereren Verletzungen, die aus Verkehrsunfällen resultieren, gilt, dass hiervon die Hälfte eine Schädelhirnverletzung aufweist². Diese Schädelhirnverletzungen sind eine der Hauptursachen für langfristige Beeinträchtigungen und Invalidität nach einem Unfall.

1.1 Was ist eine Schädelhirnverletzung/ ein Schädelhirntrauma?

Als Schädelhirnverletzung wird eine Verletzung des Schädels und des Schädelinhalts durch äußere Gewalteinwirkung mit zumindest kurzfristigen neurologischen Symptomen bezeichnet.

Neurologische Symptome können eine Vielzahl von Auffälligkeiten zeigen: von der Benommenheit, der Konzentrationsstörung über Erbrechen, Krampfanfälle oder gar Lähmungen bis zur tiefen Bewusstlosigkeit. Kommt es durch die Verletzung zur Eröffnung von Haut, Knochen und der harten Hirnhaut (Dura mater), so wird eine Verbindung zwischen dem Gehirn und der Außenwelt geschaffen und man spricht von einer **offenen Schädelhirnverletzung**.

Im Augenblick der Gewalteinwirkung kann es durch die ruckartige Bewegung zum Anprall des Gehirns gegen den Schädel und durch Scherbewegungen des Gehirns zu Verletzungen der Nervenzellen mit Zerreißungen der Nervenverbindungen, aber auch zu Zerreißungen kleiner Blutgefäße kommen. Solche Schädigungen gelten als irreversibel und werden als **primärer Hirnschaden** bezeichnet.

In der Folge kommt es zu einer ganzen Reihe von Reaktionen des Gehirns. Durch verschiedene Mechanismen, wie mangelnde Blutversorgung und Entzündungsreaktionen, kommt es in den verletzten Arealen,

¹ Quelle: 2024 Stat. Bundesamt: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/46241/table/46241-0003>

² Quelle: Daten Traumaregister der DGU, 8.1 Basisdaten 2024

insbesondere durch eine Wassereinlagerung (Ödem), zu einer weiteren Schädigung des Nervengewebes. Diesen zusätzlichen, sich später entwickelnden Schaden bezeichnet man als **sekundären Hirnschaden**. Daher konzentriert sich die Behandlung nach einem Unfallereignis darauf, eine Ausweitung solcher Folgeschäden möglichst zu verhindern.

Eine alleinige Schädigung des Gehirns durch einen Unfall wird als **isoliertes Schädelhirntrauma** bezeichnet. Beim **Polytrauma mit Schädelhirntrauma** dagegen ist es zu mehrfachen Verletzungen gekommen: beispielsweise bei Bauch, Brustkorb oder Armen und Beinen – hinzu kommt die Verletzung des Gehirns.

Wie häufig sind Schädelhirntraumen?

In Deutschland kommt es pro Jahr zu 423.000 Krankenhauseinweisungen wegen einer Schädelhirnverletzung, hinzu kommen die Schädelhirntraumata, die im ambulanten Bereich behandelt werden. Insgesamt sind es weit über 650.000 Menschen, die betroffen sind. Die Sterberate als Folge von Schädelhirnverletzungen liegt in Deutschland jährlich bei über 7.000 Menschen.

Wie kann man die Schweregrade nach einem Schädelhirntrauma (SHT) einteilen?

Das bedeutsamste Symptom nach einer Schädelhirnverletzung ist die Bewusstlosigkeit, wenngleich eine Schädelhirnverletzung nicht an eine Bewusstlosigkeit gebunden ist. Bewusstlos ist eine Person, wenn sie auf Ansprache und/oder auf einen Schmerzreiz keine Reaktion zeigt – anders als bei einem Schlafenden, der durch den Schmerzreiz erwachen würde. Die Worte Bewusstlosigkeit und Koma sind gleichbedeutend.

Zu Beginn der Behandlung in der Akutklinik lässt sich oft nicht abschätzen, wie lange eine Bewusstlosigkeit anhält, sollte diese vorliegen. Für die Prognose sowie die Einteilung der Schweregrade wird daher die **Glasgow-Coma-Scale (GCS)** verwendet (siehe Tabelle 1).

Auf Ansprache oder Reiz werden die Augenöffnung, die beste verbale Reaktion und die beste motorische (Bewegungs-)Reaktion betrachtet und mit Punkten bewertet. Die maximal erreichbare Punktzahl ist 15, hier gelten Menschen als wach und vollständig orientiert, das Minimum

ist 3, hier weisen Menschen kein Bewusstsein sowie keine Schutzreflexe mehr auf. Je niedriger die Punktzahl ist, desto schwerer ist demzufolge das SHT:

Prüfung	Reaktion	Punkte
Augen öffnen	spontan	4
	auf Ansprechen	3
	auf Schmerzreiz	2
	keine Reaktion	1
Sprache	orientiert, klar	5
	desorientiert, verwirrt	4
	einzelne Wörter	3
	einzelne Laute	2
	keine Reaktion	1
Bewegung	nach Aufforderung	6
	gezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz	5
	ungezielte Abwehrbewegung auf Schmerzreiz	4
	Beugebewegungen auf Schmerzreiz	3
	Streckbewegungen auf Schmerzreiz	2
	keine Reaktion	1

Je nach erreichtem Punktwert unterscheidet man zwischen einem leichten, mittelschweren oder schweren Schädelhirntrauma:

- leichtes SHT: Punktwert 13–15,
- mittelschweres SHT: Punktwert 9–12,
- schweres SHT: Punktwert 3–8.

Tabelle 1: Die Glasgow-Koma-Skala (GCS)

Dieser GCS-Wert beschreibt immer nur einen Jetzt-Zustand. Er kann sich jederzeit verbessern oder verschlechtern, weshalb er im Behandlungsverlauf regelmäßig neu erhoben wird. Die Dokumentation des Befundes hilft, diese Veränderungen festzustellen.

Um die Tiefe der Bewusstlosigkeit sowie eine Erhöhung des Schädelinnendrucks zu überprüfen, wird die Pupillenreaktion getestet. Ein Auge, in das Licht fällt, reagiert sofort mit einem Engstellen der Pupille. Bei einer Erhöhung des Schädelinnendrucks, z.B. durch eine Einblutung, funktioniert diese Reaktion nicht mehr. Die Pupille bleibt trotz Lichteinfall weit. Dies kann ein Hinweis auf eine akut lebensbedrohliche Situation sein und wird daher in der medizinischen Akutversorgung sorgfältig und regelmäßig überprüft.

Was kann bei einem Schädelhirntrauma verletzt werden?

Schädelhirnverletzungen können die Kopfhaut, den Schädelknochen, die Hirngefäße und die Gehirnsubstanz betreffen.

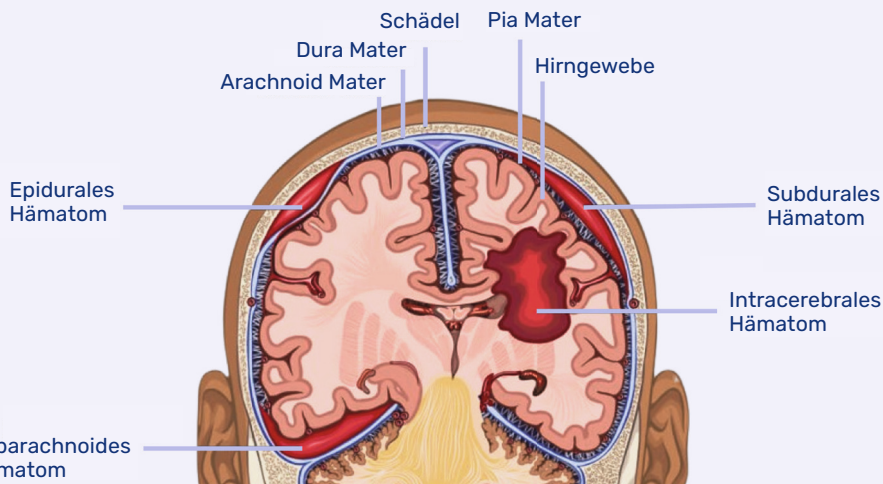


Abb. 1: Schädel, Hirnhäute und typische Hämatomtypen bei Schädelhirntrauma

Weichteilverletzungen

Bei den Weichteilverletzungen handelt es sich um die z.T. heftig blutenden Kopfplatzwunden, Skalpierverletzungen und Einschlüsse von Fremdkörpern (z.B. Glas).

Knöcherne Verletzungen

Die knöchernen Verletzungen betreffen die Schädeldecke (Kalotte) mit Berstungs- und Trümmerfrakturen, aber auch die Schädelbasis mit Verletzungen von Blutgefäßen, die in den Kopf eintreten oder Verletzungen von Hirnnerven, die aus dem Schädel austreten.

Verletzungen der großen Blutgefäße

Es können Verletzungen der großen Blutgefäße, insbesondere Einrisse der großen Halsschlagader auftreten. Venenverletzungen führen zu einer bedrohlichen Abflussbehinderung, Verletzungen an den kleineren arteriellen Hirngefäßen können Blutungen auf dem Gehirn (epidurale oder subdurale Hämatome) oder in das Gehirn verursachen.

Verletzung der harten Hirnhaut

Ein Riss in der harten Hirnhaut in der Nähe der Nebenhöhlen lässt Hirnwasser aus dem Schädel austreten (Liquorrhoe). In der Folge kann Luft ins Schädelinnere gelangen: man spricht von einem offenen Schädelhirntrauma.

Schädigung des Gehirns

Direkte Schädigungen des Gehirns treten bei Schädelhirntraumata insbesondere an den Nervenzellen und deren Verbindungen auf.

1.2 Versorgungsablauf

Versorgung am Unfallort

Bei der Erstversorgung am Unfallort untersucht der Rettungsdienst zunächst auf starke Blutungen, die Atmung, den Kreislauf und Blutdruck, den neurologischen Zustand sowie potenzielle, weitere Verletzungen am Körper. Hierbei zeigt schon die erste Reaktion des Patienten auf Ansprache, ob der Patient normal wach, bewusstseinsgetrübt oder komatös ist.

Bei komatösen Patienten besteht die akute Gefahr, dass sie nicht sicher atmen oder Blut und Speichel wegen fehlender Schluckreflexe in die Lunge gelangen können. Um die Sauerstoffzufuhr weiterhin zu sichern, kann eine Intubation (Einführung eines Luftröhrenschlauchs) erforderlich sein.

Wer kommt in welches Krankenhaus?

Ein geeignetes Krankenhaus wird nach regionaler Zuweisung sowie hinsichtlich der vorhandenen Fachrichtungen durch den Rettungsdienst ausgewählt und angefahren. Patienten mit Bewusstseinsstörungen, Gedächtnisstörungen, neurologischen Auffälligkeiten oder Hinweisen auf einen Schädelbruch oder Hirnwasserfluss (z. B. aus Mund, Nase, Ohr) werden in der Regel in Krankenhäuser mit einer neurochirurgischen Abteilung überwiesen. In einigen Fällen werden jedoch zunächst die nächstgelegenen Kliniken angesteuert, um die Akutversorgung fortzuführen – auch wenn dort keine Neurochirurgie vorhanden ist. Dies kann beispielsweise notwendig sein, wenn der Blutdruck durch eine Blutung nicht zu stabilisieren ist oder es nicht gelingt, die Beatmung zu sichern. Eine weitere Anfahrt in eine Klinik mit entsprechender Fachrichtung ist dann nicht möglich, weil akute Lebensgefahr besteht.

Wie werden Schädelhirnverletzte im Krankenhaus versorgt?

In der Notaufnahme im Schockraum werden von der Anästhesie die Sauerstoff-Zufuhr und der Blutdruck optimiert, während das unfallchirurgische Team nach weiteren Verletzungen am Körperstamm und an Armen und Beinen sucht. Parallel beurteilt der Neurochirurg bzw. die Neurochirurgin die Pupillenweite, die Lichtreaktion sowie die Bewegungen der Arme und Beine und untersucht außerdem den Kopf nach Verletzungen, Blutungen aus Nase oder Ohren sowie nach Hirnwasser- oder Gehirnaustritt.

Die anschließende Computertomographie (CT) zeigt Blutungen in oder auf das Gehirn und ob eine akute Blutung zu einer lebensbedrohlichen Verschiebung von Hirngewebe geführt hat. In diesen Fällen wird eine schnelle operative Versorgung als entscheidend zur Lebensrettung sowie zur Vermeidung weiterer Schäden angesehen.

Zu diesem Zeitpunkt lässt sich das neurologische Ergebnis am Ende der Behandlung des Patienten nicht prognostizieren, auch die Diagnostik mittels CT lässt keinen Rückschluss darauf zu.

Operative Therapie

Große Blutungen im Schädelinneren müssen in der Regel unmittelbar operiert werden. Hiervon zu unterscheiden sind viele kleine Einblutungen in das Gehirngewebe, die ebenfalls raumfordernd sein können. Ein Verschluss von Schädelbrüchen ohne Verletzung des Hirngewebes sowie von Schädelbasisbrüchen mit Hirnwasserleck werden erst vorgenommen, wenn der Allgemeinzustand der Patientin bzw. des Patienten stabil ist.

Normal-, Überwachungs- oder Intensivstation?

Nach der Untersuchung, dem CT sowie der Operation muss entschieden werden, ob die Verletzungen so bedrohlich sind, dass eine Überwachung auf einer Intensivstation notwendig wird oder ob die Behandlung auf einer Überwachungs- oder Normalstation ausreicht.

Intensivtherapie

Patientinnen und Patienten mit einer Schädelhirnverletzung erhalten auf der Intensivstation eine kontinuierliche Überwachung von Herzfrequenz, Blutdruck und Temperatur.

Um neurologische Veränderungen erkennen zu können, ist es wünschenswert, die eventuell notwendige Narkose möglichst flach zu halten. Andererseits wird eine Patientin bzw. ein Patient, die bzw. der an der Beatmungsmaschine hustet oder sich aufregt, einen höheren Hirndruck aufweisen. Deshalb werden häufig Sedierungen und Schmerzunterdrückungen gewählt, die möglichst flach und kurz wirksam sind.

Für blutdruckstabile Patientinnen und Patienten wird häufig eine leicht erhöhte Oberkörperlagerung bis circa 30 Grad empfohlen, um den venösen Abfluss aus dem Kopf zu unterstützen. Der Kopf sollte in einer strikten Neutrallage liegen, um das Abdrücken der großen Halsvenen zu verhindern. Eine frühzeitige Ernährung über eine Magen- oder Duodenalsonde (im Dünndarm platzierte Sonde) ist in der Regel nach ärztlicher Einschätzung anzustreben.

Wird eine längere Beatmungsdauer erwartet, kann in Ansprache mit dem Behandlungsteam eine frühzeitige Tracheotomie erwogen werden. Hiermit kann eine Kehlkopfschädigung vermieden werden, wodurch die Patientin bzw. der Patient perspektivisch leichter von der Beatmung zu entwöhnen sein kann.

Hirndruckmessung

Wie oben beschrieben, kann der sogenannte sekundäre Hirnschaden durch eine Ödembildung in den ersten ein bis zwei Wochen nach einer schweren Schädelhirnverletzung eine Schwellung des Gehirns mit Erhöhung des Druckes im Schädel entstehen lassen, die lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann.

Um hier eine kontinuierliche Überwachung des komatösen Patienten zu ermöglichen, kann es angebracht sein, eine Hirndrucksonde in das Gehirn zu implantieren. Mithilfe dieser Messsonde kann zudem die Therapie gegen erhöhten Hirndruck genauer überwacht und angepasst werden. Sollte der Hirndruck weiter ansteigen, kann eine sehr tiefe Narkose (Barbiturat-Narkose) notwendig werden.

Als Alternative hierzu wurde in den letzten Jahren die dekompressive Kraniektomie entwickelt. Darunter versteht man die größtmögliche Entfernung des Knochens über dem verletzten Gehirn mit Eröffnung der harten Hirnhaut. Diese Operation stellt durchaus einen großen Eingriff dar, mit dem aber der Hirndruck effektiv gesenkt werden kann. Ob durch diesen Eingriff das neurologische Behandlungsergebnis langfristig günstig beeinflusst wird, ist bislang wissenschaftlich noch nicht endgültig bewiesen.

Nach Stabilisierung der Patientin bzw. des Patienten und der Überwindung der akuten, kritischen Behandlungsphase erfolgt in der Regel eine Verlegung in eine neurologische Rehabilitationsklinik.

1.3 Welche Komplikation können auftreten?

Hirnnervenstörungen

Nach einer Hirnverletzung zeigen sich besonders häufig Beeinträchtigungen des Geruchssinns, gefolgt von Störungen der Gesichtsmuskulatur und der weiteren Hirnnervenfunktionen. Darüber hinaus können jedoch beispielsweise auch Störungen der Augenmuskeln und Sehnerven, Gefühlsstörungen oder Schmerzen im Gesichtsbereich auftreten,

zudem direkt verletzungsbedingte Störungen der kaudalen (der unteren) Hirnnerven mit Schluckstörungen.

Posttraumatische Anfälle

Ob sich nach einem Trauma ein Krampfleiden (Epilepsie) entwickeln wird, ist nicht abzusehen. Eine medikamentöse Prophylaxe wird nach aktuellem Kenntnisstand meist nicht empfohlen. Anfälle können sowohl in zeitlicher Nähe zum Unfall als auch viel später auftreten und werden nach Auftreten entsprechend behandelt.

Liquorzirkulationsstörung

Nach jeder Hirnverletzung kann es im Verlauf zu einer Hirnwasserzirkulationsstörung mit Erweiterung der Hirnwasserkammern im Gehirn (Hydrozephalus) kommen. Kommt es nach einer Hirnverletzung zu einer neurologischen Verschlechterung, wird in der klinischen Praxis mittels Computertomographie (CT) überprüft, ob sich Hinweise auf einen Hydrozephalus zeigen.

Hat sich ein Hydrozephalus entwickelt, kann er durch ein ableitendes System behandelt werden. Vor der Anlage eines ventrikulo-peritonealen Shunts (zwischen Gehirn und Bauchhöhle) muss sichergestellt werden, dass keine Infektion besteht. Falls ein Hirndruck-Abfluss bei einer vorhandenen Infektion erforderlich ist, kann zeitweilig eine externe Drainage angelegt werden.

Störungen der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse)

Häufig kommt es durch Frakturen an der vorderen Schädelbasis zu einer Unterfunktion der Hirnanhangsdrüse. Wesentliche Symptome können hier Störungen des Wasserhaushaltes oder eine allgemeine Antriebsschwäche sein. Diese Auffälligkeiten treten mit zeitlicher Verzögerung auf.

Hygrome/chronisch subdurale Hämatome

Eine weitere Ursache für eine neurologische Verschlechterung im späteren Verlauf kann die Ausbildung von posttraumatischen Hygromen (Wasseransammlungen zwischen Gehirn und harter Hirnhaut) sein. Auch hier ist die Computertomographie (CT) wegweisend. Eine Operationsindikation ergibt sich dann, wenn hier ein raumfordernder Effekt auftritt.

Schädeldeckel-Reimplantation

Viele Patientinnen und Patienten müssen nach einer schweren Verletzung und Dekompressionskraniotomie (Öffnung des Schädels zur Verminderung des Druckes) ohne reimplantierten Knochendeckel in die Neuro-Rehabilitation verlegt werden. Der Zeitpunkt für die Reimplantation sollte individuell in Zusammenarbeit mit dem Neurochirurgen bzw. der Neurochirurgin bestimmt werden und bedarf folgender Abwägung: Die frühzeitige Deckung der Knochenlücke ist wünschenswert, weil das Gehirn dann besser geschützt ist. Nach dem Einsetzen des Knochendeckels kommt es häufig zu deutlichen neurologischen Verbesserungen. Andererseits ist dieser Eingriff ein belastender Eingriff mit einer großen Wundfläche, den man einem Gehirn zumutet, welches sich gerade von einer schweren Schädigung erholt.

1.4 Was kann man zur Prognose sagen?

Auch für eine erfahrene Ärztin bzw. für einen erfahrenen Arzt ist es nahezu unmöglich, in der ersten Zeit nach dem Unfall anhand des neurologischen Befundes eine Prognose zu stellen. Es gibt Verletzungsmuster, die auf ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende bleibende Beeinträchtigungen hindeuten können. Dennoch bleibt der individuelle Verlauf unsicher und eine zuverlässige Vorhersage der Einschränkungen ist oft nicht möglich.

Eine Einschätzung zur Prognose ist meist erst einige Monate nach dem Unfall aussagekräftig, häufig nach etwa sechs Monaten. Eine weiterführende Behandlung in spezialisierten Rehabilitationskliniken wird für die meisten Patientinnen und Patienten als sinnvoll angesehen. Das Potenzial für weitere funktionelle Verbesserungen sowie die langfristigen Auswirkungen auf die Lebensqualität und Teilhabe lassen sich meist erst in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationsteam beurteilen.

2. Wie Sie den richtigen Rechtsbeistand finden und was Ihnen zusteht

Expertentipps

Cordula Schah Sedi

Rechtsanwältin bei Rechtsanwälte Schah Sedi & Schah Sedi, Fachanwältin für Verkehrsrecht, ö.b.u.v. Sachverständige für den Haushaltsführungsschaden (IHK Rostock)

Unfallopfer sind nach ihrem Unfall oftmals nicht in der Lage, selbst die erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren und einzuleiten. In solchen Fällen kann es für Angehörige von volljährigen Betroffenen notwendig werden, beim zuständigen Familiengericht Unterstützung durch eine rechtliche Betreuung zu installieren. Diese Betreuung umfasst auch die Vertretung der Verletzten bzw. des Verletzten vor Gericht, Behörden und den behandelnden Ärzten. Ist das Unfallopfer minderjährig, wird es in der Regel durch seine Erziehungsberechtigten vertreten. Falls ein Elternteil den Unfall mitverschuldet hat, wird in der Regel beim Vormundschaftsgericht eine Ergänzungspflegschaft eingerichtet und später von dort ein außergerichtlicher Vergleich mit dem Schädiger genehmigt werden, damit er Wirksamkeit erlangt.

2.1 Wichtige Schritte nach einem schweren Verkehrsunfall

Ein schweres Unfallereignis erschüttert nicht nur den verletzten Menschen, sondern auch das gesamte familiäre Umfeld. Von heute auf morgen ist nichts mehr so, wie es noch gestern gewesen ist. Für die Familienangehörigen bedeutet ein solcher Unfall, dass plötzlich der gesamte Alltag umorganisiert werden muss. Man sieht sich mit vielen rechtlichen Dingen und Fragestellungen konfrontiert, von denen man bis zum Vortage nicht wusste, dass es diese überhaupt gibt. Alles scheint einem über den Kopf zu wachsen und eine Antwort auf die Frage, wie es nun weitergehen soll, kann einem niemand geben. Aus Stunden werden Tage, aus Tagen werden Wochen und daraus Monate, in denen auch nicht die Ärztinnen und Ärzte eine zuverlässige Aussage darüber treffen können, wie sich die Gesundheit des verletzten Menschen entwickeln wird. Hoffnung und Angst sind wechselseitige Begleiter eines Angehörigen.

Die folgenden fünf Schritte können dabei unterstützen, in dieser herausfordernden Situation Orientierung zu gewinnen und wichtige Aspekte im Blick zu behalten. In Kapitel 3 finden Sie hierzu eine Checkliste, die Ihnen eine hilfreiche Orientierung bieten kann.

Schritt 1: Sich Zeit nehmen für den verletzten Menschen

Stehen Sie dem verletzten Menschen bei, zeigen Sie Nähe und geben Sie ihm Zuwendung, soweit dies angesichts der Verletzungen und Ihrer eigenen Situation als Angehörige oder Angehöriger möglich ist. Immer wieder wird berichtet, dass die emotionale und körperliche Zuwendung durch Angehörige das Wohlbefinden der Betroffenen steigern und sich dadurch positiv auf den Heilungsprozess auswirken kann.

Schritt 2: Sich selbst umsorgen

Viele Angehörige sind nach dem Unfall selbst stark belastet. In dieser Situation hilft es nicht, wenn Sie sich angesichts des belastenden Geschehens selbst vernachlässigen, etwa, indem Sie zu wenig schlafen oder essen. Ausreichender Schlaf und regelmäßige Mahlzeiten sind wichtige Kraftquellen. Erfahrungen zeigen, dass Selbstfürsorge die Fähigkeit stärken kann, weiterhin unterstützend für andere da zu sein. Dazu gehört auch, rechtzeitig ärztliche oder psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, um das Erlebte zu verarbeiten und einer Überlastung vorzubeugen.

Schritt 3: Hilfe von Familie und Freunden annehmen

Das Verteilen von Aufgaben innerhalb der Familie und des Freundeskreises sowie die gegenseitige Unterstützung im Alltag können für viele Angehörige hilfreich sein, um die Belastung zu reduzieren. Diese unterschiedlichen Hilfeleistungen können im Nachhinein über Ihre Anwältin bzw. Ihren Anwalt bei der Versicherung des Unfallgegners geltend gemacht werden. Dazu zählen beispielsweise Betreuungskosten für die Versorgung von Kindern im Haushalt oder von pflegebedürftigen Eltern sowie unentgeltliche Hilfe durch Freunde und Familie, die als sogenannte „vermehrte Bedürfnisse“ anerkannt und auf der Basis von Stundensätzen reguliert werden können.

Damit dies möglich ist, sollte Ihre Anwältin oder Ihr Anwalt wissen, über welchen Zeitraum die Unterstützung in Anspruch genommen wurde und wie viele Kilometer in diesem Zusammenhang mit dem Pkw zurückgelegt wurden. Quittungen oder Belege sind hierfür nicht erforderlich. Viele Angehörige empfinden es als entlastend, Unterstützung aus dem familiären und sozialen Umfeld zu erhalten. Das Wissen um die finanzielle

Absicherung dieser Hilfe kann es zusätzlich erleichtern, entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Schritt 4: Beweismittel sichern

Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick, welche Beweismittel für die Schadensregulierung sowie eine potenzielle Gerichtsverhandlung nützlich sein können. Bedenken Sie, dass dies keine Handlungsanweisung ist, sondern das selten zu erreichende Optimum darstellt. Auch ohne die Umsetzung all dieser Schritte wird ihre Anwältin bzw. ihr Anwalt Ihnen eine gute Unterstützung bieten können.

Für die spätere Schadensregulierung kann es hilfreich sein, wenn Sie oder Ihre Helferinnen und Helfer einige Beweismittel sichern, z.B. Zeugenaussagen und Fotos. Finden Sie heraus, welche Einsatzkräfte vor Ort waren, notieren Sie Namen, Adressen und Telefonnummern der Menschen, die als erste am Unfallort waren (Ärztinnen und Ärzte, Sanitäterinnen und Sanitäter, Feuerwehrleute, Abschleppunternehmer). Fragen Sie diese, wo im oder außerhalb des Fahrzeugs die verletzte Person aufgefunden wurde, ob diese Person angeschnallt war und welcher Helfer ggf. den Gurt gelöst hat. Klären Sie beim Motorrad- oder Fahrradunfall, ob ein Helm getragen wurde und wer ihn gelöst hat. Erkundigen Sie sich nach den Zeugen, die am Unfallort zugegen waren. Oft bekommt man bereits vor Abschluss der Ermittlungen von der Polizei mündlich die Auskunft, welche Zeugen aktenkundig sind. Nehmen Sie oder Ihre Helferinnen und Helfer zu diesen Zeugen Kontakt auf und notieren Sie, was die Zeugen gesehen und gehört haben. Noch besser ist es, wenn diese Zeugen ein Gedächtnisprotokoll ihrer eigenen Wahrnehmung vom Geschehen für Sie machen. Diese Notizen helfen Ihrer Anwältin bzw. Ihrem Anwalt auch noch Jahre später im Verlauf einer Verhandlung.

Fertigen Sie zeitnah Fotos von der Unfallstelle aus mehreren Perspektiven an – auch mit einem Abstand von ca. 100 m. Machen Sie diese Fotos möglichst zur selben Uhrzeit, an dem sich der Unfall ereignet hat, damit Sie ähnliche Lichtverhältnisse vorfinden. Bremsspuren verlieren sich oft schon wenige Tage nach dem Unfall. Hier ist eine zügige Beweissicherung geboten, zumal es nicht sicher ist, ob die Polizei entsprechende Bremsspuren aufgenommen hat. Mitunter verändert sich ein Unfallort durch spätere Baumfällarbeiten oder Heckenwachstum oder infol-

ge der Sanierung der Straßendecke oder sogar durch eine geänderte Wegführung. Da Klageverfahren sehr langwierig sein können, kann sich die Unfallstelle bis dahin verändert haben. Ihre Fotos sind dann von unschätzbarem Wert.

Das gilt auch für Fotos vom beschädigten Fahrzeug. Finden Sie oder Ihre Helfer heraus, wohin Pkw, Motorrad oder Fahrrad gebracht wurden. Im Falle eines Motorradunfalls verkaufen oder verschrotten Sie die Maschine keinesfalls, sondern lassen Sie diese nach Hause bringen. Das Gleiche gilt für den Helm und die getragene Bekleidung. Das sind möglicherweise die wichtigsten Beweismittel. Falls es für die Haftung der gegnerischen Versicherung erforderlich ist, stehen diese Gegenstände noch Monate nach dem Schadensereignis für eine unfallanalytische Begutachtung zur Verfügung. So kann man z.B. noch lange Zeit nach dem Unfall technisch nachweisen, ob das Licht am Motorrad eingeschaltet war, selbst wenn dieses beim Unfall beschädigt wurde. Sachverständige können sogar Geschwindigkeiten im Kollisionszeitpunkt und auch Kollisionspunkte z.B. durch Verformungen am Motorrad und Beschädigungen an Helm und Kleidung nachträglich feststellen lassen. Bitte beachten Sie, dass ein von einem Autohaus gestellter Sachverständiger meistens nur den Wert des beschädigten Fahrzeugs begutachtet, nicht jedoch den Unfallhergang. Das gilt besonders für den Sachverständigen, den die Versicherung zum Autohaus schickt.

Schritt 5: Suchen Sie eine Anwältin bzw. einen Anwalt auf

Bei schweren Verletzungen z.B. nach Polytrauma und Schädelhirntrauma 2. oder 3. Grades spricht die Juristin bzw. der Jurist vom „Personengroßschaden“. Für die Durchsetzung komplexer Ansprüche nach schweren Personenschäden, beispielsweise Schmerzensgeld, Erwerbsschaden, Haushaltsführungsschaden sowie vermehrte Bedürfnisse, empfiehlt es sich oft, auf spezialisierte Anwältinnen bzw. Anwälte mit Erfahrung in diesem Bereich zurückzugreifen. Die Kanzlei, die Sie jetzt beauftragen, muss sich mit den besonderen Schadensersatzpositionen Ihres verletzten Angehörigen auskennen und sehr erfahren sein im Umgang mit privatem Personenschadensmanagement.

In einer solchen Situation kann es empfehlenswert sein, einen unabhängigen Case- oder Fallmanager einzuschalten, den Ihre Anwältin bzw.

Ihr Anwalt für Sie bei der regulierenden Versicherung anfordert. Ihre Anwältin bzw. Ihr Anwalt reguliert beim Versicherer für Sie auch die Kosten für die von der Fallmanagerin bzw. dem Fallmanager für erforderlich erachteten Maßnahmen und Anschaffungen. Das gilt insbesondere auch für medizinische Maßnahmen, die im privaten Personenschadensmanagement speziell für Sie ausfindig gemacht werden.

In den meisten Fällen ist für einen schwerstverletzten Menschen der Umbau seines Hauses oder seiner Wohnung erforderlich. Die Kosten eines solchen, oftmals sehr aufwendigen Umbaus, können mehr als 100.000 Euro betragen. Auch die häusliche Pflege ist sicherzustellen. Durch Familienangehörige und Freunde allein ist das nicht zu leisten, somit ist die Unterstützung durch externes Pflegepersonal notwendig, was in Einzelfällen zu monatlichen Kosten von bis zu 50.000 Euro führen kann. Die Fallmanagerin bzw. der Fallmanager unterstützt Sie bei der Organisation und Umsetzung eines individuellen Masterplanes. Ihre Anwältin bzw. Ihr Anwalt muss die Kosten beim Versicherer dafür regulieren. Versicherer prüfen die übernommenen Kosten im Einzelfall sehr genau. Auch mit dem Verletzungsbild Ihres Angehörigen muss sich Ihre Anwältin bzw. Ihr Anwalt auskennen. Sie bzw. er muss rechtlich auf dem aktuellen Stand sein und soll für Sie mit Ihnen eine individuelle Regulierungsstrategie erarbeiten können. Wenn z.B. ein Unternehmer schwerstverletzt ist, muss die Anwältin bzw. der Anwalt die betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge im Unternehmen verstehen, um den Erwerbsschaden des Selbstständigen errechnen zu können. Bilanzen zu lesen gehört ebenso dazu, wie die Gutachten des Versicherers zu diesem Thema zu verstehen und an den richtigen Stellen kritisch hinterfragen zu können. Ferner muss Ihre Anwältin bzw. Ihr Anwalt wissen, wie ein Haushaltsführungsschaden berechnet wird. Dieser Anspruch verändert sich mit dem Genesungsverlauf und dem Familienzuschnitt, wenn z.B. kleine Kinder im Haushalt leben. Gerade bei komplexen Fällen ist spezialisierter rechtlicher Beistand besonders wichtig, da die Durchsetzung der berechtigten Ansprüche viel Fachkompetenz und Erfahrung erfordert.

Wo und wie finden Sie die richtige Anwältin bzw. den richtigen Anwalt?

Die richtige Anwältin bzw. den richtigen Anwalt finden Sie durch geduldige Internetrecherche. Je nach Region kann es notwendig sein,

auch überregionale Kanzleien mit Spezialisierung auf Personenschäden in Betracht zu ziehen, da die wenigen Spezialisten auf diesem Gebiet bundesweit tätig sind. Auch hilft der Beratungsdienst der ZNS-Stiftung hier weiter. Unter der Bezeichnung „Fachanwältin bzw. Fachanwalt für Verkehrsrecht“ und „Fachanwältin bzw. Fachanwalt für Versicherungsrecht“ finden Sie Spezialisten für die Sachschadensregulierung und das Ordnungswidrigkeitenrecht sowie für die Regulierung der Unfallversicherung. Diese benötigen Sie jedoch nicht für die Geltendmachung von Schmerzensgeld und Schadensersatz.

Eine „Fachanwältin bzw. einen Fachanwalt für Personenschäden“ gibt es nicht. Fachleute auf dem Gebiet des Personenschadens zeichnen sich dadurch aus, dass sie keine Fälle aus anderen Rechtsgebieten annehmen. Sie sind langjährig ausschließlich in der Personenschadensregulierung tätig. Diese Anwältinnen und Anwälte verfügen über einen Expertenstatus und ein für Sie nützliches Netzwerk. Mitunter haben sie sogar ein unabhängiges Sachverständigenwissen, das von Gerichten und anderen Anwältinnen und Anwälten nachgefragt wird.

Darüber hinaus kann es bedeutend sein, dass die „Chemie“ zwischen Ihnen und Ihrer Anwältin bzw. Ihrem Anwalt stimmt. Sie werden lange und intensiv mit ihr bzw. ihm zusammenarbeiten. Da sollte es auch auf menschlicher Ebene gut funktionieren. Eine sorgfältige Auswahl und ein persönliches Gespräch mit der potenziellen Rechtsvertretung können hilfreich sein. Ein frühzeitiger Kontakt zu einem spezialisierten Rechtsbeistand kann im weiteren Verfahren von Vorteil sein, unter anderem, weil mögliche finanzielle Aufwendungen zeitnah geklärt werden können. Die Kosten für die Anwältin bzw. den Anwalt gehen bei einem unverschuldeten Unfall im Rahmen der Haftung in der Regel zu Lasten des Unfallverursachers.

2.2 Ansprüche und Regulierung

Schmerzensgeld

Die Anwältin bzw. der Anwalt benötigt sämtliche medizinischen Berichte und auch alle Reha-Entlassungsberichte. Auf dieser Basis verschafft sie bzw. er sich einen Überblick über die Ausgangsverletzungun-

gen, den Genesungsverlauf und den medizinischen Dauerschaden. Das Schmerzensgeld wird in der Form „berechnet“, dass man ähnlich gelagerte Verletzungssachverhalte in einschlägigen Entscheidungssammlungen sucht und die von Gerichten ausgerichteten Schmerzensgeldbeträge miteinander vergleicht. Daraus wird für den vorliegenden Sachverhalt Ihres Angehörigen ein individuelles Schmerzensgeld ermittelt. Die Schwierigkeit liegt darin, dass Gerichte selbst bei sehr ähnlich gelagerten Sachverhalten und Verletzungen teils recht unterschiedliche Schmerzensgeldbeträge zusprechen. Im Rahmen der Regulierung wird das Schmerzensgeld daher zwischen dem Rechtsbeistand und den Versicherern ausgehandelt. Dabei erfolgt in der Regel eine Verhandlung zwischen den häufig voneinander abweichenden Bewertungsansätzen. Ein sogenannter „immaterieller Zukunftsschadensvorbehalt“ sichert Ihnen jedoch – entgegen landläufiger Auffassung – nur dann ein weiteres Schmerzensgeld, wenn sich medizinisch nicht objektiv vorhersehbare Verschlechterungen ergeben. Diese Voraussetzung für ein weiteres Schmerzensgeld hat der Bundesgerichtshof (BGH) in langjähriger Rechtsprechung bestätigt. Es ist deshalb wichtig, dass alle medizinisch objektiv vorhersehbaren Verschlechterungen bereits von Anfang an in das Schmerzensgeld eingepreist werden. Sprechen Sie deshalb mit Ihrer Anwältin bzw. Ihrem Anwalt über mögliche medizinische Verschlechterungen, bevor das Schmerzensgeld endgültig reguliert ist. Es kommt nicht darauf an, dass diese Verschlechterungen auch später tatsächlich eintreten. Die bloße Möglichkeit des Eintritts genügt für die Bemessung des Schmerzensgeldes. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) reicht es nämlich aus, wenn diese Verschlechterungen rein theoretisch denkbar sind. Ist eine vollständige Regulierung nicht möglich, können unter bestimmten Umständen Vorbehalte für zukünftige Ansprüche mit dem Versicherer vereinbart werden – etwa für den Fall, dass klar benannte gesundheitliche Verschlechterungen später auftreten.

Erwerbsschaden

Erwerbstätige Geschädigte können in der Regel einen Anspruch auf Ersatz des Nettoerwerbsschadens geltend machen (nach Abzug von Leistungen aus der Deutschen Rentenversicherung bzw. der gesetzlichen Unfallversicherung oder sonstigen eintrittspflichtigen Dritten). Oft übersehen Anwältinnen und Anwälte an dieser Stelle, dass Zahlun-

gen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) bzw. privaten Unfallversicherung keine Anrechnung auf den Erwerbsschaden finden, weil es sich um sogenannte Summenversicherungen handelt, für die der verletzte Mensch bereits Versicherungsprämien geleistet hat. Bei der Berechnung des Erwerbsschadens ist für die Zukunft zu berücksichtigen, dass Entgeltsteigerungen und Karriereschritte mit beachtet werden. Zur Regulierung des Erwerbsschadens gehört auch die Regulierung des Steuerschadens. Da der Erwerbsschaden eines abhängig Beschäftigten auf der Basis von Nettobeträgen zur Auszahlung gelangt, schuldet der Versicherer ergänzend noch die vom Geschädigten an das Finanzamt darauf zu zahlenden Steuern. Dieser Steuervorbehalt muss allerdings ausdrücklich und gesondert verhandelt werden. Andernfalls ist der Versicherer nicht verpflichtet, die Steuern noch zusätzlich zu regulieren.

Wegen der Leistungen an die Sozialversicherung (Krankenversicherungs-, Rentenversicherungsbeiträge, Beiträge zur Arbeitslosenversicherung) findet ein sogenannter Anspruchsübergang nach §119 SGB X statt. Das bedeutet, dass der Sozialversicherungsträger bei Kenntnis des Unfalls berechtigt und verpflichtet ist, die Beiträge zur Sozialversicherung beim Versicherer zu regressieren, also einen Ersatzanspruch zu erheben. Dies erfolgt in der Regel automatisch zwischen Sozialversicherungsträgern und Versicherern, sodass sich die Geschädigten selbst nicht darum bemühen müssen. Allerdings kann es hilfreich sein, mit der Deutschen Rentenversicherung die Höhe des Erwerbsschadens abzusprechen, damit darauf bezogen dann auch die korrekten Rentenbeiträge beim Versicherer eingefordert werden. Andernfalls kann es vorkommen, dass zu geringe Rentenversicherungsbeiträge eingefordert werden, was sich nachteilig auf die spätere Altersrente auswirkt.

Die Berechnung des Erwerbsschadens eines selbstständigen Unternehmers erfordert Spezialkenntnisse und die Bereitschaft der Anwältin bzw. des Anwaltes, sich tief in Bilanzen und Einkommensteuerbescheide einzuarbeiten. Es genügt auch nicht, wenn der Versicherer diesbezüglich ein Sachverständigengutachten in Auftrag gibt. Bei der Begutachtung eines derartigen Anspruchs gibt es einen weiten Gestaltungsspielraum für Sachverständige. Außergerichtliche Gutachten, die im Auftrag des Versicherers erstellt werden, prüft Ihre anwaltliche Ver-

tretung kritisch, um die berechtigten Ansprüche im Interesse der Geschädigten zu unterstützen.

Die Berechnung des Verdienstauffalls eines selbstständigen Unternehmers erfolgt demgegenüber nach der sogenannten Bruttomethode des BGH. Das bedeutet, der geschädigte Unternehmer ist verpflichtet, sich selbst um die Versteuerung dieses Betrages zu kümmern. Der Versicherer schuldet nicht noch zusätzlich diese Steuern. Der Gewinnaufschlag der selbstständigen Unternehmerin bzw. des selbstständigen Unternehmers kann nach unterschiedlichen Methoden berechnet werden. Hier bedient man sich der sogenannten Gewichtungsmethode: Wenn Jahresabschlüsse, Bilanzen und Einkommensteuerbescheide der letzten fünf Jahre vor dem Unfallereignis vorliegen, so werden diese fünf Jahre unterschiedlich gewichtet, indem die Jahre, je dichter sie vor dem Unfallereignis liegen, mit aufsteigenden Multiplikationsfaktoren versehen werden.

Sehr anspruchsvoll für die Anwältin bzw. den Anwalt ist die Berechnung eines solchen Schadensersatzanspruches für Jungunternehmer, die noch nicht auf eine lange Selbstständigkeit zurückblicken können. In dem Zusammenhang spielen dann auch Businesspläne eine Rolle, die der verletzte Unternehmer z.B. für die Darlehensgewährung erstellt hat. Nicht weniger anspruchsvoll ist die Regulierung des Erwerbsschadens eines jungen erwachsenen Menschen, der gerade erst am Beginn seiner Ausbildung oder Berufstätigkeit stand. Hier müssen Erwerbsbiografien ausgearbeitet werden und lebensnah ein sogenannter „Hätte“-Verlauf erarbeitet werden unter Berücksichtigung der mutmaßlichen Karriere von unverletzten Familienangehörigen. Der Schadensersatzanspruch ist die Differenz zwischen dem so entwickelten Hätte-Verlauf und den tatsächlichen Einnahmen, wie z.B. einer Erwerbsminderungsrente und einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung und einem eventuell bestehenden eigenen geringen Verdienst, den der Geschädigte noch selbst erzielen kann.

Besonderheit bei einem Kind als Unfallopfer

Die größte Herausforderung ist es jedoch, den Erwerbsschaden für ein verletztes Kind zu regulieren. Dieser Anspruch entsteht spätestens dann, wenn das Kind – denkt man sich das Unfallereignis weg – in die

Berufsausbildung gegangen wäre und danach eine Berufstätigkeit ausgeübt hätte. Mit sehr viel Fingerspitzengefühl muss die Anwältin bzw. der Anwalt hier eine mutmaßliche Erwerbsbiografie erarbeiten. Man greift auf die Lebensläufe der Eltern und Geschwisterkinder zurück. Je weniger familiäre Anhaltspunkte bestehen, desto größer ist die Herausforderung an die anwaltliche Kompetenz. Bei der Bewertung zukünftiger Lebensverläufe bestehen zwischen den Parteien oftmals unterschiedliche Einschätzungen. Eine fundierte Kenntnis der einschlägigen Rechtsprechung ist daher für die anwaltliche Vertretung von Bedeutung.

Das Gleiche gilt für sogenannte lückenhafte Erwerbsbiografien. Das sind Fälle, in denen Geschädigte z.B. Ausbildungen abgebrochen haben oder in verschiedenen Unternehmen immer nur kurzzeitig tätig waren und sich dazwischen Zeiten von Arbeitslosigkeit finden. Man kann nicht sagen, dass deshalb kein Anspruch auf Ersatz des Erwerbsschadens bestünde. Allerdings muss die Anwältin bzw. der Anwalt hier gut argumentieren können und sich intensiv mit den Besonderheiten des Lebenslaufes auseinandersetzen, um diese Lücken mit Sachargumenten zu untermauern. Auch bei Geschädigten, die zum Zeitpunkt des Unfalls arbeitslos waren, kann ein Ersatzanspruch auf Erwerbsschaden bestehen. Maßgeblich ist an dieser Stelle die Biografie der Vergangenheit. Wenn sich Zeiten von Arbeitslosigkeit und Zeiten von Beschäftigung darin finden, dann wäre auch ohne das Unfallereignis davon auszugehen, dass in Zukunft das Leben ähnlich verlaufen wäre. Es ist dann eine Verhandlungssache mit dem Versicherer, z.B. einen mittleren Betrag bei durchgängiger Beschäftigung zu regulieren.

Der Erwerbsschaden des Arbeitnehmers läuft bis zum Eintritt in das gesetzliche Rentenalter und der des Selbstständigen sogar darüber hinaus, wobei eine gewisse Branchenüblichkeit beachtet wird.

Haushaltsführungsschaden

Für schwer verletzte Unfallopfer ist es oft nicht mehr möglich, den Haushalt in der gewohnten Form zu führen. Es hat immer die Person einen Anspruch auf Ersatz ihres Haushaltsführungsschadens, die schon vor dem Unfall Haushaltsführungstätigkeit ausgeübt hat. Das gilt sowohl für Frauen/Mütter als auch für Männer/Väter, aber auch für minderjährige und volljährige Kinder, die Aufgaben im Haushalt erledigt

haben. Meistens werden diese Tätigkeiten nach dem Unfall von den übrigen Familienmitgliedern übernommen. Auch das ist vom Versicherer zu entschädigen. Mitunter entstehen Kosten für Haushaltshilfen, etwa für Reinigungsleistungen oder Kinderbetreuung, vorübergehend oder dauerhaft. Entgeltlich erbrachte Leistungen können bei entsprechendem Nachweis gegenüber der Versicherung geltend gemacht werden. Auch unentgeltliche Unterstützungsleistungen durch Familienangehörige oder Dritte können unter den gesetzlichen Voraussetzungen anspruchrelevant sein. In diesen Fällen kann ein Anspruch auf eine sogenannte normative Abrechnung bestehen, ohne dass hierfür Quittungen erforderlich sind. Maßgeblich ist dabei der Grundsatz, dass unentgeltlich erbrachte Mehrleistungen innerhalb der Familie bei der Schadensbemessung berücksichtigt werden können. Bei der Berechnung des Haushaltsführungsschadens ist der Genesungsverlauf ebenso zu berücksichtigen, wie mögliche Veränderungen innerhalb der familiären Konstellation, wenn z.B. Kinder älter werden und den Haushalt ihrer Eltern verlassen. Bei dauerhaft pflege- und betreuungsbedürftigen Geschädigten wird im Rahmen der Schadensregulierung teilweise vertreten, dass ein Haushaltsführungsschaden durch Pflege- und Betreuungsleistungen bereits abgegolten sei. Ob daneben ein eigenständiger Haushaltsführungsschaden zu ersetzen ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls, da es sich um rechtlich getrennte Schadenspositionen handeln kann. Man muss sehr genau hinschauen, welche Leistungen das Betreuungs- und Pflegepersonal im Einzelfall erbringt. Es ist durchaus kein Widerspruch, wenn ein schwerstverletzter Mensch 24 Std./Tag auf pflegerische Unterstützung angewiesen ist und er darüber hinaus noch einen Haushaltsführungsschaden hat. Die Pflege und Betreuung beziehen sich nämlich auf die Dienstleistung, die unmittelbar am Menschen erbracht wird, wohingegen die hauswirtschaftliche Versorgung zusätzlich hinzukommt. Dabei handelt es sich um Tätigkeitsbereiche wie Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung und Hausarbeit in der Küche, Geschirrrreinigung, Aufräumen/Staubsaugen/Nass- und Trockenreinigung, Wäsche, Kinderbetreuung/Pflege von Haushaltsangehörigen sowie häusliche Kleinarbeit, wie z.B. Kleinreparaturen und Renovierungsarbeiten und auch Gartenarbeit bzw. im Winter die Erledigung von Straßenräumpflichten.

Zur Haushaltsführungstätigkeit gehören auch die Haushaltsorganisation und die Haushaltsplanung, ebenso wie der Schriftverkehr mit Versicherungen, Behörden etc. Wenn diese Tätigkeiten nicht im Rahmen der Betreuung des Verletzten ausgeübt werden, dann besteht Anspruch auf Regulierung zzgl. zu den Kosten einer 24 Std./Tag Pflege. Bei der Berechnung dieses Anspruchs können übliche Tabellenwerke³ hilfreich sein. Allerdings stellen diese Tabellen keine Anspruchsgrundlage für die Regulierung dar. Der bzw. die Geschädigte muss über die Anwältin bzw. den Anwalt ausführen lassen, wie der Haushalt im Einzelnen ausgestaltet ist und welche Tätigkeiten vor dem Schadensereignis ausgeübt wurden und welche verletzungsbedingt danach nicht mehr erbracht werden können. Sogar Menschen, die verletzungsbedingt aus ihrem familiären Umfeld auf Dauer herausgerissen worden sind und in Pflegeeinrichtungen leben müssen, können einen Anspruch auf Ersatz des Haushaltsführungsschadens haben. Zwar geht man davon aus, dass die eigene hauswirtschaftliche Versorgung in einer solchen Einrichtung vollumfänglich mit abgedeckt wird (dort wird für die Bewohnerinnen und Bewohner eingekauft, gekocht, die Wäsche gewaschen und es findet eine Raumreinigung statt). Jedoch war der verletzte Mensch vor dem Schadensereignis innerhalb seiner Familie unterhaltsrechtlich dazu verpflichtet, Hausarbeit für die übrigen Familienmitglieder mit zu erledigen. Das gilt nicht nur im Zwei-Personen-Haushalt, in dem jeder Partner dem jeweils anderen ebenfalls zur Haushaltsführung verpflichtet ist (neben dem Eigenanteil), sondern insbesondere auch in Familienkonstellationen, in denen Eltern wechselseitige Beiträge zur Haushaltsführung für die gesamte Familie übernehmen. Der daneben bestehende Eigenanteil an Haushaltsführung wird erspart, wenn ein geschädigter Mensch nach dem Unfallereignis auf Dauer in einer Pflegeeinrichtung lebt. Allerdings ist der Anteil, den er ohne das Schadensereignis für die Familienmitglieder erbringen würde, Gegenstand des Schadensersatzanspruchs. Diesbezüglich besteht ein Haushaltsführungsschaden.

Die Laufzeit des Anspruchs auf Ersatz des Haushaltsführungsschadens besteht grundsätzlich lebenslänglich. Oft schlagen Versicherer im Zusammenhang mit der Berechnung des Haushaltsführungsschadens

³ Etwa Schah Sedi, Praxishandbuch Haushaltsführungsschaden, 2017; Pardey, Der Haushaltsführungsschaden, 10. Auflage.

vor, diesen von einer Medizinerin bzw. einem Mediziner anlässlich einer Begutachtung zum Gesundheitsstatus gleich mitbestimmen zu lassen. In der Praxis zeigt sich, dass ärztliche Gutachterinnen und Gutachter bei der Bewertung eines Haushaltsführungsschadens gelegentlich an fachliche Grenzen stoßen. Dadurch können Einschätzungen entstehen, die den tatsächlichen Rechtsanspruch nicht vollständig abbilden. Insbesondere in komplexen Fällen kann es daher sinnvoll sein, öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige mit der Bewertung zu betrauen, um eine bestmögliche Einschätzung zu erhalten. Die Liste der öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für den Haushaltsführungsschaden findet sich im bundesweiten Sachverständigenverzeichnis der IHK (www.svv.ihk.de). Man kann die Sachverständigen andererseits auch selbst googlen und in einem Telefonat die Kosten und freien Kapazitäten erfragen. Es gibt nur wenige öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige auf diesem Gebiet.

Vermehrte Bedürfnisse

Auf die Kostenübernahme für den Um-/Neubau eines Wohnhauses/einer Mietwohnung wurde bereits hingewiesen, wenn verletzungsbedingt die bzw. der geschädigte Familienangehörige nicht mehr im alten Wohnumfeld leben kann. Diese Umbaukosten sind vermehrte Bedürfnisse, soweit sie unfallbedingt anfallen. Das Gleiche gilt für den Betreuungs-/Pflegebedarf. Auch die Kosten, die durch den Umbau eines neu angeschafften Fahrzeugs (um damit z.B. einen Rollstuhl zu transportieren) anfallen, sind vermehrte Bedürfnisse.

Grundsätzlich gilt: Bei der Beurteilung, ob Kosten im Bereich der vermehrten Bedürfnisse übernommen werden, orientiert sich die Praxis daran, ob diese Ausgaben im direkten Zusammenhang mit den Folgen des Unfalls stehen. Kosten, die ohnehin angefallen wären, werden in der Regel nicht von der gegnerischen Versicherung erstattet. Damit fallen Ausgaben für Ernährung und Bekleidung meistens aus den vermehrten Bedürfnissen heraus, da man ohne Unfall auch gegessen und sich bekleidet hätte.

Abfindungsvereinbarungen und Vorbehalte

In der Regulierungspraxis werden bis zu 95 % aller Personengroßschäden außergerichtlich reguliert. Das bedeutet, dass sich die Anwältin bzw. der Anwalt des Unfallopfers mit einem Vertreter des Versicherers zusammensetzt und in einer oder mehreren ausführlichen Besprechungen die einzelnen Ansprüche verhandelt. Am Ende derartiger Verhandlungen unterbreitet der Versicherer meistens ein Abfindungsangebot für die Ansprüche, die bis zu diesem Tage aufgelaufen sind und die mit einem Einmalbetrag dann abgegolten sein sollen. Für die zukünftigen Ansprüche kann man entweder monatliche Rentenzahlungen verhandeln, was der gesetzliche Normalfall ist, da der Erwerbsschaden, der Haushaltsführungsschaden und auch die vermehrten Bedürfnisse quartalsmäßig vorschüssig fällig sind und auf Monatsbasis berechnet werden. Man kann aber zukünftige Rentenleistungen auch kapitalisieren. Dann würde der Geschädigte einen Einmalbetrag erhalten, mit dem der zukünftige Rentenanspruch ein für alle Mal erledigt ist. Für die Kapitalisierung existieren Tabellenwerke, wobei auf deren Aktualität zu achten ist. Sehr alte Tabellen führen zu niedrigeren Kapitalbeträgen als aktuelle Tabellen (z.B. Schah Sedi/Grotelüschen, Kapitalisierungstabellen, 2022; Quirnbach u.a., Kapitalisierungstabellen, 2023). Auf der Internetseite www.schah-sedi.de findet sich ein kostenloser Kapitalisierer für den Erwerbsschaden mit wichtigen Tipps für Geschädigte.

Bei der Kapitalisierung geht es darum, dass die bzw. der Geschädigte denjenigen Kapitalbetrag erhalten soll, der während der voraussichtlichen Laufzeit des monatlichen Anspruchs auf Ersatz des Erwerbsschadens, Haushaltsführungsschadens, vermehrter Bedürfnisse zusammen mit dem Zinsertrag dieses Kapitals ausreicht, die an sich geschuldete Rente zu zahlen. Dreh- und Angelpunkt der Kapitalisierung ist der sogenannte „Kapitalisierungszins“. Dabei handelt es sich um einen Abzinsungsfaktor, der daraus resultiert, dass der Geschädigte quasi vor Fälligkeit der quartalsmäßigen Rentenzahlungen alle zukünftigen Rentenzahlungen auf einmal erhält. Dafür wird eine Vorfälligkeitsentschädigung in die Berechnung des Einmalbetrages eingepreist. Es werden daher Abzüge in Form einer Abzinsung vorgenommen. In der Praxis werden dabei verschiedene Abzinsungssätze zugrunde gelegt. Teilweise wird ein Abzinsungssatz von 5 % angesetzt; daneben wird berücksichtigt, dass entsprechende Kapitalmarkterträge gegenwärtig nicht ohne

Weiteres realisierbar sind. In der Regulierungspraxis finden sich deshalb aktuell bis 3 % Abzinsung. Allerdings gibt es noch andere Argumente als den Zinssatz, die für eine Kapitalisierung sprechen können: Die bzw. der Geschädigte erhält einen hohen Kapitalbetrag, um eine Investition zu tätigen, für die man andernfalls ein Bankdarlehen benötigt hätte. Es kann zudem ein sogenanntes Vorversterbensrisiko berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang kann ein Kapitalbetrag vorgesehen sein, der im Erbfall auf die Erben übergeht. Eine Rückzahlung kapitalisierter Rentenbeträge ist für die Erben in diesem Fall regelmäßig nicht vorgesehen. Allerdings kann eine Kapitalisierung auch von Nachteil sein, wenn sich z.B. einige Jahre später der Gesundheitszustand verschlechtert und an sich eine Erhöhung der quartalsmäßig vorschüssigen Rentenbeträge geboten wäre. Eine nachträgliche Erhöhung des Kapitalisierungsbetrages ist dann nicht möglich. Zu beachten ist, dass ein Rechtsanspruch auf Kapitalisierung nur unter ganz engen Voraussetzungen (§ 843 Abs. 3 BGB) besteht und der gesetzliche „Normalfall“ die monatliche Verrentung ist (§§ 843 Abs. 2 BGB, 760 Abs. 2 BGB). Außergerichtlich wird jedoch oft ohne Rechtsanspruch auf den Einmalbetrag trotzdem kapitalisiert, wenn beide Seiten das wollen.

Wenn im Rahmen von Abfindungsverhandlungen Rentenleistungen vereinbart werden, dann ist es wichtig, dass die Renten flexibel an zukünftige Veränderungen des Lebenssachverhaltes angeglichen werden können. Dieses wird mit sogenannten „Zukunftsschadensvorbehalten“ abgesichert, die ihrerseits wiederum gegen Verjährung gesichert sein müssen. Ohne Verjährungsschutz nützt der beste Vorbehalt nichts.

Verjährung

Die Ansprüche auf Ersatz von Schmerzensgeld und Schadensersatz verjähren nach 3 Jahren zum Jahresende ab dem Zeitpunkt, an dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste (§ 199 Abs. 1 BGB). Spätestens verjähren die Ansprüche bei Körperverletzung jedoch ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grobfahrlässige Unkenntnis in 30 Jahren vom Schadensereignis an (§ 199 Abs. 2 BGB). Die kurze Verjährungsfrist von 3 Jahren kann außergerichtlich und auch im Klageverfahren auf 30 Jahre verlängert werden. Außergerichtlich

geschieht das, indem die Anwältin bzw. der Anwalt den Schädiger bzw. dessen Versicherer auffordert, eine sogenannte Feststellungserklärung abzugeben, wonach dieser für immaterielle und materielle Ansprüche aus dem schädigenden Ereignis mit der Wirkung eines rechtskräftigen Feststellungsurteils eintritt. Wenn der Schädiger bzw. sein Versicherer eine solche Erklärung nicht abgibt, kann im Rahmen eines sogenannten Feststellungsantrages zum Haftungsgrund im Klageverfahren ein Feststellungsurteil erwirkt werden, wonach dann der Schädiger verurteilt wird, für die immateriellen und materiellen Ansprüche aus dem Schadensereignis einzustehen. Dieser Feststellungstitel gewährt Verjährungsschutz für 30 Jahre. Durch die außergerichtliche Erklärung, welche mit der Wirkung eines rechtskräftigen Feststellungsurteils abgegeben wird, kann ohne ein Klageverfahren ein identischer Verjährungsschutz erwirkt werden.

Zu beachten ist, dass in außergerichtlichen Abfindungsvereinbarungen zwar Zukunftsschadensvorbehalte aufgenommen werden können, jedoch ein Verjährungsschutz mitunter nicht ausdrücklich geregelt ist. Eine Erklärung des Versicherers, für zukünftige Schadenspositionen wie Erwerbsschaden, Haushaltsführungsschaden oder vermehrte Bedürfnisse einzustehen, begründet einen Verjährungsschutz von drei Jahren. Wird einem solchen Vorbehalt hingegen ausdrücklich schriftlich die Erklärung hinzugefügt, dass dieser mit der Wirkung eines rechtskräftigen Feststellungsurteils abgegeben wird, ist das zugrunde liegende Stammrecht verjährungsrechtlich für einen Zeitraum von 30 Jahren gesichert.

Trotz der Vereinbarung einer 30-jährigen Verjährungsfrist bleibt jedoch zu beachten, dass für wiederkehrende Leistungen nach § 197 Abs. 2 BGB lediglich die sogenannte kurze, nämlich 3-jährige Verjährungsfrist (zum Jahresende) gilt. Wenn also der Versicherer mit der Wirkung eines rechtskräftigen Feststellungsurteils erklärt hat, für die immateriellen und materiellen Ansprüche des Geschädigten einzustehen, können die sich daraus ergebenden Rentenansprüche (Erwerbsschaden, Haushaltsführungsschaden, vermehrte Bedürfnisse) trotzdem nach 3 Jahren verjähren, wenn nicht wiederum verjährungsverlängernde Erklärungen abgegeben werden.

Für die Dauer von Verhandlungen über den Haftungsgrund und die Haftungshöhe sind die Ansprüche gemäß § 203 BGB gehemmt und die Ver-

jähung tritt frühestens 3 Monate nach dem Ende der Verhandlungen ein. Diese gesetzliche Regelung ist insbesondere in Fällen relevant, in denen Verhandlungen zwischen der anwaltlichen Vertretung und dem Versicherer über einen längeren Zeitraum ohne weitere Aktivitäten ruhen. Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, den Verhandlungsprozess durch fortlaufende Kommunikation aufrechtzuerhalten.

Mitverschuldensfälle und Ansprüche von Mitfahrern

Im Falle eines Mitverschuldens sind die Schmerzensgeld- und Schadensersatzansprüche entsprechend zu kürzen. Je nach Mitverschulden kommen unterschiedliche Prozentansätze in Betracht. Häufige Mitverschuldensursachen sind die Übertretung der Höchstgeschwindigkeit, Vorfahrtsfehler, Nichtbeachtung der doppelten Rückschaupflicht beim Überholen oder das Überqueren der Fahrbahn trotz unklarer Verkehrslage z.B. in Kurven oder bei eingeschränkter Sicht, wenn Fußgänger die Fahrbahn überqueren. Wirtschaftlich katastrophal ist es, wenn ein schwerstverletzter Geschädigter ein hohes Mitverschulden am Unfall trägt. Dann wird jede einzelne Schadensersatzposition gekürzt, was insbesondere im Hinblick auf Pflegeleistungen dazu führen kann, dass das Schmerzensgeld benötigt wird, um letztlich 100 % der Pflegeaufwendungen bezahlen zu können (das Schmerzensgeld wird nicht quotale gekürzt, sondern lediglich um einen angemessenen Betrag abgesenkt).

Im Falle eines Mitverschuldens ist es sinnvoll, die zugrunde gelegte Quote sorgfältig zu prüfen und auf eine fundierte Klärung der Umstände zu achten. Hilfreich können in dem Zusammenhang unfallanalytische Gutachten von spezialisierten Sachverständigen sein, die den Unfallhergang detailreich durch Computersimulation rekonstruieren können, was schon so manchen Mitverschuldenseinwand des Schädigers deutlich reduziert hat. Da die Mithaftungsquote dazu führt, dass jeder Euro Entschädigungsbetrag um diesen Prozentsatz gekürzt wird, ist eine sorgsame Sach- und Rechtsprüfung zum Mitverschulden unverzichtbar. Nötigenfalls kann man ein isoliertes Klageverfahren zum Haftungsgrund betreiben, in dem das Gericht ausschließlich über die Mitverschuldensquote entscheidet. Das geht häufig schneller, als wenn man sämtliche Ansprüche rechtshängig macht, weil die Einholung verschiedenster Gutachten, z.B. zum Gesundheitszustand, das Klageverfahren verlängert. Mitunter kann der Haftungsgrund auch im sogenannten

selbstständigen Beweisverfahren geklärt werden. Über die Voraussetzungen berät die Anwältin bzw. der Anwalt im konkreten Fall. Für Geschädigte, die nicht über eine Rechtsschutzversicherung verfügen, kann unter gewissen Voraussetzungen für dieses Verfahren Prozesskostenhilfe bewilligt werden. Auch darüber berät die Rechtsanwältin bzw. der Rechtsanwalt.

Für Ansprüche von geschädigten Mitfahrenden im Pkw gilt, dass diese den Haftpflichtversicherer des Fahrzeugs in Anspruch nehmen können, in dem sie verletzt worden sind. Das gilt auch dann, wenn die Fahrerin bzw. der Fahrer dieses Fahrzeuges keinen Fahrfehler begangen hat. Natürlich können sich die geschädigten Mitfahrenden auch an den Versicherer des gegnerischen Fahrzeuges halten und dort ihre Ansprüche geltend machen. Das ist besonders dann ratsam, wenn die Fahrerin bzw. der Fahrer des Fahrzeuges, in dem die Mitfahrenden geschädigt worden sind, ebenfalls ein Mitverschulden an der Schadensverursachung trifft. In Höhe des Mitverschuldens haftet nämlich der Haftpflichtversicherer des Fahrzeugs nicht, in dem die bzw. der Geschädigte verletzt wurde. Die bzw. der Geschädigte muss dann zusätzlich die Haftpflichtversicherung des anderen Fahrzeugs in Anspruch nehmen und zwar in Höhe der restlichen Quote, sodass beide Versicherer insgesamt auf 100 % haften. In der Praxis sprechen sich beide Versicherer untereinander ab und vereinbaren, wer führender Versicherer in der Regulierung ist, damit geschädigte Mitfahrende nur einen Ansprechpartner haben. Den quotalen Ausgleich, in dem jeder Versicherer im Innenverhältnis haftet, nehmen beide Versicherungen untereinander vor. Dieses Vorgehen vereinfacht den geschädigten Mitfahrenden die Regulierung ihrer Ansprüche. Für den Fall eines Klageverfahrens müssen jedoch beide Versicherer in Höhe der jeweiligen Haftungsquote verklagt werden. Zwar kann es sein, dass sich Mitfahrende noch eine Mitverschuldensquote abziehen lassen müssen, z.B. weil sie nicht angeschnallt gewesen sind. Eine Rechtsanwältin bzw. ein Rechtsanwalt, der Mitfahrende vertritt, sollte den Einwand des Mitverschuldens daher sorgfältig prüfen und einer quotenmäßigen Kürzung nicht ohne tragfähige Grundlage zustimmen.

Ansprüche bei Tötung im Straßenverkehr

Die folgenden Ausführungen betreffen rechtliche Ansprüche im Falle der Tötung eines Menschen durch einen Unfall. Dieses Thema kann für

Betroffene und Angehörige mit erheblicher emotionaler Belastung verbunden sein. Die Darstellung dient ausschließlich der sachlichen Information und ersetzt keine individuelle rechtliche oder persönliche Beratung. *Dieses Kapitel kann in der Lektüre übersprungen werden, wenn es emotional als zu belastend empfunden wird.*

Neben den Beerdigungskosten sind der Barunterhaltsschaden und der Haushaltsführungsschaden zu regulieren. Ersatzberechtigte des Barunterhaltsschadens sind Personen, denen der Getötete im Zeitpunkt des Unfalls gesetzlich unterhaltsverpflichtet war. Eine weitere Voraussetzung ist die Bedürftigkeit des Unterhaltsberechtigten, was im Einzelfall vom Anwalt rechtlich vertieft geprüft werden muss. Der Anspruch besteht nur dann, wenn die bzw. der Verpflichtete (also der getötete Mensch) auch leistungsfähig war. Der Barunterhaltsschaden ist begrenzt auf den nach § 844 Abs. 2 BGB gesetzlich geschuldeten Unterhalt und nicht auf den tatsächlich geleisteten Unterhalt. Das können in der Praxis sehr unterschiedliche Eurobeträge sein. Auch beim Tötungsfall kann ein Anspruch der Hinterbliebenen auf Ersatz des Haushaltsführungsschadens bestehen. Wird also eine Hausfrau oder ein Hausmann beim Unfall getötet, haben die Hinterbliebenen einen Schadensersatzanspruch aus § 844 Abs. 2 BGB, § 19 Abs. 2 StVG. Jedoch berechnet sich der Haushaltsführungsschaden im Falle der Tötung grundsätzlich anders als im Falle der Verletzung. Das liegt daran, dass das Gesetz im Tötungsfall diesen Anspruch wiederum an die gesetzliche Unterhaltspflicht anknüpft und nicht an die tatsächlich geleistete Haushaltsführungstätigkeit. Deshalb scheidet dieser Anspruch in nichtehelichen Lebensgemeinschaften aus.

Da die Berechnung dieser Ansprüche äußerst kompliziert ist und darüber hinaus der BGH verlangt, dass eine sogenannte Unterhaltersparnis durch den Wegfall eines Familienangehörigen Berücksichtigung zu finden hat, muss sich die Anwältin bzw. der Anwalt vertieft in diese Anspruchssituation einarbeiten. Eine Berechnung dieser Ansprüche vor Gewährung von Witwen- und Waisenrente ist nicht sinnvoll, da diese Leistungen anspruchsmindernd berücksichtigt werden müssen.

Angehörige eines bei einem Unfall getöteten Menschen können Anspruch auf Schmerzensgeld haben, was jedoch einzelfallabhängig ist. Die Höhe des Schmerzensgeldes wird maßgeblich davon bestimmt,

wie lange das Unfallopfer vor Eintritt des Todes noch gelebt hat. Dieser Schmerzensgeldanspruch geht auf die Erben über.

Nach der Rechtsprechung steht den Familienangehörigen des getöteten Unfallopfers unter gewissen Voraussetzungen ein Schmerzensgeldanspruch zu, etwa, wenn sie beim Schadensereignis zugegen waren oder infolge der Tötung eines nahen Familienangehörigen selbst gesundheitlich beeinträchtigt wurden und diese Beeinträchtigung über das übliche Maß der Trauer hinausgeht. Im Einzelfall ist nur schwer feststellbar, wann diese Voraussetzungen vorliegen sollen. Gerade nach einem schweren Verlust erleben viele Angehörige anhaltende emotionale Belastungen. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, professionelle Unterstützung aus dem medizinischen oder psychologischen Bereich zu suchen. Werden entsprechende Belastungen fachlich dokumentiert, kann dies auch im Rahmen der Anspruchsregulierung von Bedeutung sein.

Ungeachtet dieses Angehörigenschmerzensgeldes besteht ein weiterer Anspruch auf Hinterbliebenengeld im Tötungsfall. Der Deutsche Bundestag hat im Mai 2017 das sogenannte „Hinterbliebenengeld“ beschlossen. Im Falle eines fremdverschuldeten Todes naher Angehöriger soll den Hinterbliebenen ein Anspruch auf eine angemessene Entschädigung in Geld zustehen, wenn sie zu dem Getöteten in einem besonderen persönlichen Näheverhältnis standen. Damit sind Ehepartner, Partner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und auch Kinder gemeint. Ob sich dieser Anspruch auch auf nichteheliche Lebensgemeinschaften beziehen soll, ist noch nicht abschließend geklärt. Die Hinterbliebenengelder liegen derzeit zwischen 2.000,00 € und 20.000,00 € als Einmalzahlung. Entscheidend ist, dass für das Hinterbliebenengeld nicht der Nachweis erbracht werden muss, dass die eigene Trauer das übliche Maß übersteigt. Schmerzensgeldansprüche aus dem Gesichtspunkt des Angehörigenschmerzensgeldes und daneben Ansprüche auf Hinterbliebenengeld schließen sich nicht aus.

Verstirbt ein Unfallopfer Jahre nach dem Schadensereignis unfallbedingt, werden die bis dahin entstandenen Ansprüche auf Schmerzensgeld, Erwerbsschaden, Haushaltsführungsschaden und vermehrte Bedürfnisse reguliert. Ab dem Todeszeitpunkt greifen die dargestellten Unterhaltsansprüche im Tötungsfall. Ein bereits gezahltes Schmerzensgeld ist in diesen Fällen nicht anteilig zurückzuerstatten.

3. Tipps zur Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen

Checkliste

Melanie Mathis

Fachanwältin für Verkehrsrecht
bei Quirnbach und Partner

Sven Wilhelmy

Fachanwalt für Medizinrecht
bei Quirnbach und Partner

Ein schwerer Verkehrsunfall verändert oft alles – von einem Moment auf den nächsten. Besonders gravierend sind die Folgen, wenn das Gehirn betroffen ist, etwa durch ein Schädelhirntrauma (SHT). Die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen solcher Verletzungen sind meist tiefgreifend und langfristig. In der ersten Zeit nach dem Unfall stehen medizinische Fragen im Vordergrund – Notaufnahme, Intensivstation, Reha. Doch auch rechtlich stellen sich früh entscheidende Weichen.

Neben der medizinischen Versorgung ist es wichtig, sich frühzeitig um die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu kümmern, wie im vorhergehenden Kapitel 2 bereits erläutert wurde. Dazu zählen nicht nur Schmerzensgeld und Verdienstausfall, sondern auch komplexere Positionen wie der Haushaltsführungsschaden, vermehrte Bedürfnisse oder der Pflege- und Betreuungsbedarf. Je schwerer die Verletzung, desto vielfältiger und anspruchsvoller werden die rechtlichen, medizinischen und versicherungsrechtlichen Fragestellungen.

Betroffene und Angehörige stehen in dieser Ausnahmesituation oft unter enormem Druck. Gleichzeitig gehen wichtige Informationen schnell verloren: Fotos vom Unfallort, medizinische Erstbefunde, Angaben zu Helfern oder erste Eindrücke von Einschränkungen und Schmerzen. In dieser frühen Phase kann die strukturierte Erfassung relevanter Fakten entscheidend sein – sowohl für die Durchsetzung außergerichtlicher Ansprüche als auch für mögliche spätere Gerichtsverfahren.

Gerade bei schweren neurologischen Verletzungen wie einem SHT reicht allgemeines Wissen im Verkehrsrecht oft nicht aus. Hier ist spezialisiertes Fachwissen gefragt – nicht nur im zivilrechtlichen Haftungs- und Schadensrecht, sondern auch im Umgang mit komplex geschädigten Patienten. Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse, Verläufe und Folgen einer solchen Verletzung ist für die vollständige Erfassung und Durchsetzung entsprechender Ansprüche von Bedeutung.

Zudem treten nach einem Unfall häufig auch Versicherungsfragen auf: etwa gegenüber der privaten Unfallversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Hier sind Fristen und medizinische Nachweispflichten zu beachten, deren Missachtung sich nachteilig auf die Geltendmachung von Ansprüchen auswirken kann.

Auch das Sozialrecht spielt eine zentrale Rolle – etwa bei der Beantragung von Hilfsmitteln, Pflegegeld, Haushaltshilfe, Reha-Maßnahmen oder Erwerbsminderungsrente. Unvollständig eingereichte Unterlagen oder formale Fehler können Auswirkungen auf die Höhe der Leistungen und auf die Bewertung des Schadensumfangs durch die gegnerische Versicherung haben.

Erfahrungen zeigen, dass eine rechtliche Begleitung durch Fachkräfte mit Spezialisierung auf schwere Personenschäden und dem Verständnis für die Schnittstelle zwischen Haftungs-, Versicherungs- und Sozialrecht daher vorteilhaft sein kann. Eine frühzeitige juristische Begleitung durch entsprechend spezialisierte Fachkräfte kann dazu beitragen, dass Ansprüche umfassend erfasst und die langfristige finanzielle Situation der betroffenen Person und ihrer Familie angemessen gestaltet wird.

Die folgende Checkliste soll dabei unterstützen, wesentliche Informationen im Zusammenhang mit dem Unfall systematisch zu erfassen. Sie ersetzt keine anwaltliche Beratung, kann jedoch eine wichtige Grundlage für die weitere rechtliche und versicherungsrechtliche Bewertung bilden.

Checkliste für Unfallopfer mit Schädelhirntrauma (SHT)



Diese Checkliste soll dabei helfen, nach einem Unfall mit Schädelhirntrauma wichtige Informationen und Unterlagen geordnet zusammenzustellen. Sie unterstützt Betroffene und Angehörige dabei, den Überblick über medizinische, rechtliche und organisatorische Aspekte zu behalten.

Die ausgefüllte Checkliste kann hilfreich sein, wenn Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder der anwaltlichen Vertretung anstehen. Sie trägt dazu bei, dass alle relevanten Informationen vorliegen.

1. Unfallhergang & erste Maßnahmen

- Datum, Uhrzeit, Ort und Ablauf des Unfalls schriftlich festhalten
- Polizeiliche Unfallaufnahme erfolgt? Aktenzeichen notieren
- Zeugen identifizieren (Name, Telefonnummer, Aussage einholen)
- Fotos vom Unfallort, Fahrzeugen, Bremsspuren, Lichtverhältnissen
- Wurde der Gurt getragen/der Helm benutzt? Wer hat ihn gelöst?

2. Medizinische Erstversorgung & Klinikverlauf

- Notarzt- und Rettungsberichte sichern
- Krankenhausberichte: Aufnahme, CT/MRT, OP-Berichte
- Reha-Aufenthalte dokumentieren: Ort, Dauer, Maßnahmen
- Medikamentenplan, Impfstatus, Komplikationen (z. B. Infektionen)
- Entlassberichte aus Klinik und Reha dokumentieren

3. Nachweise von Einschränkungen & Beschwerden

- Schmerztagebuch führen
(Datum, Schmerzintensität, Medikamente)
- Gedächtnisprotokoll erstellen
(Unfall, Klinikzeit, Beeinträchtigungen)
- Fotos von Verletzungen, Narben oder Hilfsmitteln machen
- Pflegebedürftigkeit: Pflegedokumentation oder Pflegeprotokoll
- Kognitive oder emotionale Auffälligkeiten beschreiben

4. Versicherungen & rechtliche Rahmenbedingungen

- Ist eine Rechtsschutzversicherung vorhanden?
- Besteht eine private Unfallversicherung? Fristen einhalten!
- Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung?
Bedingungen prüfen
- Welche Krankenkasse und Pflegekasse ist zuständig?
Gesetzliche/private?
- Ist der Unfall ein Arbeits- oder Wegeunfall (Berufsgenossenschaft)?
- Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers benennen
- Hat diese die Haftung bereits bestätigt?
- Gibt es eine Fahrerschutzversicherung?
(relevant bei selbstverschuldeten Unfällen)

5. Wirtschaftliche Folgen dokumentieren

- Verdienstausfall: Gehaltsabrechnungen,
Arbeitgeberbescheinigungen
- Selbstständige: Gewinnermittlungen, Steuerunterlagen,
Businessplan
- Einschränkung in der Haushaltsführung: Haushaltgröße,
Aufgabenverteilung

- Hilfe durch Angehörige oder externe Dienste:
Umfang, Dauer, Art der Hilfe
- Fahrtkosten zu Ärzten, Reha, Therapien (mit Quittungen)
- Zuzahlungen: Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, Haushaltshilfen

6. Soziale und gesundheitliche Folgen

- Wurde ein Pflegegrad beantragt oder bewilligt?
- Wurde ein GdB (Grad der Behinderung) oder MdE
(Minderung der Erwerbsfähigkeit) festgestellt?
- Gab es Veränderungen im Berufsleben/Kündigung/Umschulung?
- Unterstützung im Alltag notwendig
(z. B. bei Körperpflege, Mobilität)?
- Auswirkungen auf den Alltag

7. Unterlagen sortieren & sichern

- Alle Berichte (Arzt, Klinik, Reha, Gutachten) in
chronologischer Reihenfolge
- Versicherungsunterlagen
(Haftpflicht-, Unfall-, Krankenversicherung)
- Schriftwechsel mit Ämtern, Versicherungen, Kliniken
- Digitale Kopien anfertigen, ggf. Cloud oder
verschlüsselter USB-Stick
- Ordnerstruktur: „Unfall“, „Medizin“, „Versicherung“,
„Finanzielles“ etc.

4. Besonderheiten bei der neuropsychologischen Begutachtung nach einem Schädelhirntrauma

Dr. Wolfgang Kringler

Reha-Zentrum Hess GmbH & Co. KG,
Bietigheim-Bissingen

Selbst nach einem vermeintlich leichten Unfallereignis können nach der Rehabilitationsmaßnahme gesundheitliche Schäden verbleiben, nach schweren Unfällen sind diese hoch wahrscheinlich. Um diese in ihrem Ausmaß objektiv zu beurteilen, werden Gutachten in unterschiedlichen Fachgebieten durchgeführt. Neben den offensichtlichen Unfallfolgen (z.B. nicht verheilte Knochenbrüche) ist bei bleibenden Verletzungen des Gehirns die Beurteilung der Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen wesentlich komplexer. Um diese objektiv in ihrem Ausmaß zu beurteilen, werden neuropsychologische Gutachten durchgeführt.

Da die Aussage des neuropsychologischen Gutachtens eine besondere Relevanz für das gesamte Beurteilungsverfahren hat, ist für die sachverständige Neuropsychologin bzw. den Neuropsychologen eine besondere Qualifikation notwendig. Diese Sachkunde beinhaltet die Kenntnis der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie, die Kenntnis der formalen Grundlagen an eine Gutachtenerstellung sowie die Kenntnis der sozial- und versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) listet auf ihrer Homepage (<https://www.gnp.de/fachinformationen/neuro-psychologische-gutachterin>) mehr als 100 zertifizierte neuropsychologische Gutachterinnen und Gutachter und Sachverständige auf.

Es gilt, zwei wesentliche Arten von Gutachten zu unterscheiden: **Kausalität** (eindeutiger Zusammenhang von Unfallereignis und gesundheitlicher Beeinträchtigung) und **Finalität** (Ausmaß der Unfallfolgen). Die notwendige Grundlage hierfür ist der sog. „Vollbeweis“.

Aufbau und Durchführung der Begutachtung

Die neuropsychologische Begutachtung erfolgt in der Regel ambulant in mehreren Stunden Einzelkontakt. Die Gutachterin bzw. der Gutachter erarbeitet dabei wissenschaftlich fundierte Antworten auf die gestellten Fragen. Ein neuropsychologisches Gutachten bezieht sich also auf das Fachgebiet der Neuropsychologie und nimmt zu verletzungsbedingten Hirnfunktionsstörungen Stellung. Darüber hinaus sind Aussagen zu Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe am täglichen Leben im sozialen und im berufsbezogenen Bereich zu treffen. Es sind in der Regel auch Aussagen dazu gefordert, welche psychischen, emotionalen, sozialen, kommunikativen, motivationalen und verhaltensbezogenen Un-

fallfolgen bei der zu begutachtenden Person bestehen. Diese können mitunter sehr komplex und umfangreich sein.

Dem **persönlichen Begutachtungstermin** geht ein intensives Aktenstudium der Gutachterin bzw. des Gutachters voraus. Durch die Lektüre macht sich die neuropsychologische Gutachterin bzw. der Gutachter mit den Vorbefunden und den bisher erfolgten Rehabilitationsmaßnahmen vertraut. Diese sogenannten Anknüpfungstatsachen und die Aktenlage sind dann im Gutachten in verständlicher Sprache darzustellen und bilden die Grundlage für die weitere Planung der neuropsychologischen Untersuchung.

Anamnese und Exploration

Die **Anamnese** dient der Erhebung bzw. der notwendigen Vervollständigung der Vorgeschichte. Hierbei werden der biografische Werdegang, das familiäre und soziale Umfeld, das berufliche Umfeld, die bisherigen Symptome und erlebten Teilhabebeeinträchtigungen von der Gutachterin bzw. dem Gutachter in freier Form erfragt. Bei Bedarf erfolgen gezielte Nachfragen, um das Gesamtbild, soweit notwendig, zu ergänzen. Wenn im Vorfeld deutlich wird, dass die Deutschkenntnisse der zu begutachtenden Person nicht ausreichend sind, um die ausstehenden Gutachtenfragen zuverlässig zu klären, ist eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher hinzuzuziehen. Eine **Fremdanamnese** durch Aussagen z.B. der Partnerin bzw. des Partners oder eines Elternteils kann eine wertvolle Informationsquelle beinhalten, da unter anderem durch eine eingeschränkte Störungseinsicht, Wahrnehmungsverzerrungen oder Abwehrmechanismen die subjektiven Angaben der zu begutachtenden Person beeinträchtigt sein können.

Bei der **Exploration** werden aktuelle Symptome und Funktionseinschränkungen aus der Perspektive der zu begutachtenden Person erfasst und beschrieben. Hierzu zählen die Schilderung eines typischen Tagesverlaufs wie z.B. Haushaltstätigkeiten, Essenszeiten, Medikamenteneinnahme, Arbeitstätigkeiten, Therapiemaßnahmen, Hobbies, Mediennutzung und Schlafgewohnheiten. Hierbei sind aus Sicht der neuropsychologischen Gutachterin bzw. des neuropsychologischen Gutachters auch Hinweise auf störungsbedingte Einschränkungen von Aktivitäten, Kompensationsbemühungen und Überforderungen zu beachten.

Bei der Exploration der neuropsychologischen Symptome werden spezifische Auffälligkeiten in diesen Bereichen erhoben: Orientierung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gesamtbelastbarkeit, Gedächtnis, Lernfähigkeit, exekutive Funktionen (Handlungsplanung), Emotionen und deren Regulation, Sozialverhalten, Einstellungen, Sprache und Kommunikationsfähigkeit sowie weitere individuell relevante Symptomatik (z.B. motorische Einschränkungen, Schlafstörungen).

Während des Explorationsprozesses werden auch Hinweise deutlich auf das subjektive Störungsmodell und die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten sowie Therapieerfahrungen. Kulturelle Lernerfahrungen und der individuelle Lebenshintergrund sind einzubeziehen. Hierbei werden auch Vorkenntnisse durch mehrfache Begutachtungen in der Vorgeschichte deutlich, falls sich der Gutachtenprozess über einen längeren Zeitraum hinzieht.

Verhaltensbeobachtung

Die **Verhaltensbeobachtung** ist ebenfalls ein Bestandteil des neuropsychologischen Gutachtens und liefert neben den neuropsychologischen Testergebnissen wichtige Informationen im Gesamtzusammenhang (z.B. Pausenbedarf, Ermüdungsanzeichen im Untersuchungsverlauf, aufkommende Unruhe). Eine Interpretation der Beobachtungen ist jedoch erst in der integrierenden abschließenden gutachterlichen Zusammenfassung zu treffen.

Testauswahl und Testdurchführung

Bei der neuropsychologischen Untersuchung werden entsprechend der jeweiligen Fragestellungen geeignete **Testverfahren** ausgewählt. Diese Auswahl erfolgt hypothesengeleitet, d.h. aufgrund des spezifischen Fachwissens der neuropsychologischen Gutachterin bzw. des neuropsychologischen Gutachters werden bei der Testauswahl persönliche Variablen der zu begutachtenden Person wie Alter, Bildungsniveau, Sozialisierungshintergrund usw. berücksichtigt. Ebenfalls sind bei der Auswahl der Testverfahren Vorerfahrungen durch wiederholte Begutachtungen zu beachten. Hier werden Parallelversionen von diagnostischen Verfahren eingesetzt.

Darstellung der Testergebnisse

Die **Darstellung der Testergebnisse** erfolgt in für den Auftraggeber sprachlich verständlicher Form. Es werden die Testergebnisse mit Normwerttabellen in Beziehung gesetzt und eingeordnet. Diese Einordnung erfolgt qualitativ als normgerechte, unter- oder überdurchschnittliche Testleistung. Hierbei wird von der neuropsychologischen Gutachterin bzw. dem neuropsychologischen Gutachter auch die Konsistenz der Befunde beurteilt (besteht ein homogenes Leistungsbild oder gibt es erhebliche Stärken und Schwächen in unterschiedlichen Bereichen?).

Neben diesen standardisierten Testverfahren zur Leistungsmessung muss der Gutachter auch die Plausibilität der erhobenen Daten beurteilen und dem Auftraggeber darstellen, ob es mögliche negative Antwortverzerrungen oder eine mögliche absichtliche Betonung von Beschwerden oder Leistungseinschränkungen während der Testdurchführung, Anamnese und Exploration gegeben hat. Hierbei werden die Eindrücke der Verhaltensbeobachtung berücksichtigt und Verfahren zur sogenannten Beschwerdenuvalidierung durchgeführt. Diese Verfahren berücksichtigen die Aufrichtigkeit der Beschwerdenschilderung und sollen zur Erklärung von auffälligen Testergebnissen, Abweichungen vom Erwartungswert und unplausiblen Ergebnissen beitragen.

Zwischen dem Unfallereignis und der Begutachtung vergeht häufig erhebliche Zeit. In diesem Zeitraum können sich verschiedene Faktoren auf das Befindlichkeitsbild auswirken: die Hirnschädigung selbst, vorbestehende Erkrankungen, die psychische Reaktion auf die Verletzung oder auch längerfristige Belastungen und Anpassungsprozesse. Die Gutachterin bzw. der Gutachter bemüht sich, diese verschiedenen Ebenen in der Gesamtinterpretation zu berücksichtigen.

Abschließende Beurteilung

In der **zusammenfassenden Beurteilung** stellt die neuropsychologische Gutachterin oder der neuropsychologische Gutachter alle wesentlichen erhobenen Informationen nachvollziehbar zusammen. Dieses sollte in übersichtlicher und sprachlich verständlicher Form so eindeutig erfolgen, dass der Auftraggeber damit eine sichere Entscheidungsgrundlage bekommt. Der Grad der Sicherheit über die getroffenen gutachterlichen Aussagen und Schlussfolgerungen muss sichtbar gemacht werden. Falls

es Grenzen in der Aussagekraft geben sollte, muss dies klar zum Ausdruck gebracht werden. Falls Fachbegriffe notwendig sind, müssen diese in verständlicher Sprache erläutert werden.

Als Abschluss werden die Diagnosen aufgelistet und in ihren Auswirkungen quantifiziert. Wenn der Auftraggeber eine Bemessung der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen einfordert, sind diese in konkreten Zahlen anzugeben (z.B. Minderung der Erwerbstätigkeit, Grad der Behinderung, Grad der Schädigung, Invalidität).

Falls vom Auftraggeber gefordert, können im neuropsychologischen Gutachten auch Behandlungsempfehlungen und Prognosen abgegeben werden. Hier ist der bisherige Genesungsverlauf, die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen und die Expertise des Neuropsychologen gefordert. Es können auch geeignete Hilfsmittel (z.B. Kommunikationshilfsmittel, Merkhilfen etc.) empfohlen werden.

5. Professionelle Unterstützung nach einem Unfall

Rehabilitationsdienste als Wegbegleiter

Marcus Vogel

Geschäftsführer der RehaCare GmbH

Bernd Mull

Case-Manager der RehaCare GmbH (Kapitel 5.7)

Ein Unfall bringt nicht nur körperliche Verletzungen mit sich, sondern stellt Betroffene und deren Angehörige vor eine Vielzahl organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Herausforderungen. Die Rückkehr in ein möglichst selbstbestimmtes Leben erfordert nicht nur medizinische Versorgung, sondern auch gezielte Unterstützung bei der Koordination von Maßnahmen, der Kommunikation mit Kostenträgern und der Durchsetzung von Ansprüchen.

5.1 Herausforderungen nach dem Klinikaufenthalt

Während eines stationären Aufenthalts in einer Akut- oder Rehaklinik ist die Versorgung durch interdisziplinäre Teams aus Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekräften sowie Mitarbeitenden der Sozialdienste in der Regel gut organisiert. Doch mit dem Übergang in die nachstationäre Phase beginnt für viele Betroffene eine komplexe und oft belastende Zeit. Fragen zur Zuständigkeit, Finanzierung und Organisation von weiterführenden Maßnahmen stehen im Vordergrund:

- Welche medizinischen und therapeutischen Angebote sind sinnvoll und verfügbar?
- Welche Leistungen stehen gesetzlich zu?
- Welche Anträge müssen gestellt werden – und bei welcher Stelle?
- Wie kann auf Ablehnungen durch Kranken- oder Pflegeversicherungen reagiert werden?
- Wie lässt sich die berufliche Wiedereingliederung gestalten?

5.2 Die Rolle von privaten Rehabilitationsdiensten

Ein Rehabilitationsdienst unterstützt Betroffene nach einem schweren Unfall bei der medizinischen, beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem die Koordination von Therapien, die Organisation von Hilfsmitteln sowie die Abstimmung mit Ärzten, Kliniken, Arbeitgebern und Kostenträgern.

Die Kosten für einen Rehabilitationsdienst werden – abhängig vom Einzelfall – von unterschiedlichen Stellen übernommen, etwa von der gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung, der Renten- oder Krankenversicherung oder im Rahmen der Schadensregulierung von der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers. Welche Stelle zuständig ist, richtet sich insbesondere nach der Art des Unfalls, der Erwerbssituation und den gesundheitlichen Folgen.

Alternativ kann die Koordination der erforderlichen Maßnahmen auch durch Kliniken, Sozialdienste, Reha-Manager der Versicherung oder durch Angehörige erfolgen. Diese Unterstützungsformen unterscheiden sich jedoch im Umfang und in der verfügbaren Zeit für eine individuelle Begleitung. Welche Lösung im Einzelfall geeignet ist, sollte unter Berücksichtigung der persönlichen Situation und der bestehenden Ansprüche geprüft werden.

Ein privater Rehabilitationsdienst arbeitet besonders personenbezogen und individuell. Die dort tätigen Fachkräfte – sogenannte Case-Manager – entwickeln gemeinsam mit allen Beteiligten ein maßgeschneidertes Versorgungskonzept. Sie koordinieren die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Versicherungen, Anwältinnen und Anwälten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern.

5.3 Leistungen eines privaten Rehabilitationsdienstes

Ein professioneller Rehabilitationsdienst bietet unter anderem folgende Unterstützung:

- Individuelle Beratung zu Ansprüchen und Leistungen
- Hilfestellung bei Anträgen, Fristen und Formalitäten
- Unterstützung bei Konflikten mit Kostenträgern
- Vermittlung geeigneter Fachkräfte, z. B. in Medizin, Therapie und Pflege
- Organisation ergänzender Maßnahmen, auch außerhalb gesetzlicher Leistungen
- Planung der beruflichen Wiedereingliederung
- Unterstützung in Mobilitätsfragen und bei der Gestaltung eines barrierefreien Wohnumfelds
- Qualitätssicherung und kontinuierliche Überwachung der Maßnahmen

5.4 Zusammenarbeit mit Versicherungen und Anwälten

Private Rehabilitationsdienste werden häufig von Haftpflichtversicherungen oder Rechtsanwältinnen bzw. Rechtsanwälten vorgeschlagen. Auch bei einer teilweisen Mitverantwortung am Unfall übernehmen Versicherungen in vielen Fällen die vollständigen Kosten für die Reha-Begleitung. Wie die standardisierte Vorgehensweise im Case-Management bei einem privaten Rehabilitationsdienst abläuft, sehen Sie in Abbildung 2. Welche Unterstützung dies konkret pro Bereich umfasst, ist in Abbildung 3 dargestellt.

Einverständnis des Klienten und des Rechtsanwalts



Abb. 2: Ablauf des Case-Managers eines privaten Rehabilitations-Dienstes

Berufliche Reha

Berufliche Reintegration durch

- Hilfestellung bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz
- Vermittlung von Zusatzqualifikationen
- Suche nach behindertengerechten Berufen/Arbeitsplätzen

Medizin-Management

Verbesserung der Heilungschancen durch

- Überprüfung der Qualität medizinischer Betreuung
- Benennung und Auswahl von Spezialkliniken
- Organisation der Weiterbehandlung

Pflege-Management

- Klärung der erforderlichen pflegerischen Versorgung
- Auswahl und Koordination von Pflegediensten
- Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln
- Information über Hilfsangebote

Technik-Management

- Planung und Koordination des barrierefreien Wohnumfeldes
- Steuerung des Bauablaufes
- Beratung bei der Anschaffung technischer Hilfen
- Unterstützung bei der Anschaffung behindertengerechter Fahrzeuge

Abb. 3: Bereichsspezifische Unterstützungsleistungen im Case-Management

5.5 Qualitätskriterien für Rehabilitationsdienste

Bei der Auswahl eines Rehabilitationsdienstes können folgende Kriterien hilfreich sein:

- Anerkennung durch die Arbeitsgemeinschaft Verkehrsrecht
- Zertifizierte Prozesse, z. B. durch eine TÜV Qualitäts-Zertifizierung
- Datenschutzkonforme Arbeitsweise gemäß Datenschutzgrundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz
- Verfügbarkeit spezialisierter Fachkräfte, z. B. in Neuropsychologie bei Kopfverletzungen
- Unabhängigkeit von Versicherungen, daher neutrale Arbeitsweise

Ein seriöser Reha-Dienstleister ist anerkannt nach dem „Code of Conduct des Reha-Managements“, abrufbar unter: www.verkehrsanwaelte.de/fuer-anwaelte/reha-dienste.

5.6 Technische und organisatorische Standards

Ein professioneller Rehabilitationsdienst erfüllt hohe Anforderungen an Organisation und Sicherheit:

- Verschlüsselter E-Mail-Verkehr und sichere Datenübertragung
- Datenschutzgerechte Speicherung und Löschung von Daten und Unterlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Transparente Dokumentation aller Maßnahmen
- Regelmäßige Fortbildung und Qualifikation der Mitarbeitenden
- Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems

5.7 Case-Management in der Rehabilitation nach Verkehrsunfällen

Das Case-Management, erbracht von privaten Rehabilitationsdiensten für Verkehrsunfallopfer, stellt in der Reha-Landschaft eine besondere Leistung dar, die sich in mehreren Punkten von den Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen der Sozialversicherungsträger unterscheidet.

Der Schwerpunkt des Case-Managements liegt auf der individuellen Beratung und dem maßgeschneiderten Anpassen der erforderlichen und möglichen Maßnahmen an die besondere Situation der Klientinnen bzw. der Klienten mit ihren spezifischen Verletzungsfolgen.

Warum diese individuelle Herangehensweise insbesondere bei Schädelhirnverletzungen geeignet und notwendig ist, lässt sich gut anhand der Herausforderungen darstellen, die dieses Störungsbild für Betroffene und deren Angehörige mit sich bringt.

Zunächst ist der Zeitfaktor zu nennen. Das Gehirn ist ein Organ, das aufgrund seiner neuronalen Plastizität in der Lage ist, sich strukturell und funktional zu verändern und so Verletzungen zu kompensieren. Dieser Prozess – auch Restitution genannt – ist jedoch zeitlich begrenzt. Man geht von einem Zeitraum von bis zu einem Jahr, manchmal auch bis zu eineinhalb Jahren aus, der therapeutisch intensiv genutzt werden sollte, um die Heilungsprozesse zu unterstützen.

Auch nach diesem Zeitraum sind Verbesserungen möglich, jedoch mit einer veränderten Strategie. Dann steht nicht mehr die Funktionssteigerung im Vordergrund, sondern die Kompensation der eingeschränkten Funktionen durch andere Fähigkeiten oder durch externe Hilfsmittel.

Ein effektives Case-Management sorgt in dieser Phase zeitnah für eine professionelle, interdisziplinär abgestimmte und zielgerichtete therapeutische Unterstützung und organisiert diese entsprechend.

Besonders herausfordernd sind auch die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, mit denen sich sowohl die Betroffenen selbst als auch deren Angehörige konfrontiert sehen. Partnerschaften, Eltern-Kind-Beziehungen, Arbeitsverhältnisse und Freundschaften können durch impulsives, unreflektiertes, sozial unangemessenes oder sogar

aggressives Verhalten belastet werden. Umgekehrt können Betroffene auch apathisch, wenig initiativ und antriebslos wirken. Häufig entsteht der Eindruck, dass es sich um einen „anderen Menschen“ handelt.

Eine spezielle, leider nicht seltene Form der Persönlichkeitsveränderung, ist die fehlende oder nur gering ausgeprägte Krankheitseinsicht. Betroffene leugnen das Vorhandensein von Einschränkungen oder spielen deren Bedeutung herunter. Dies kann die Behandlung erheblich erschweren, da bei verminderter Krankheitseinsicht oft die Motivation fehlt, aktiv an Fortschritten zu arbeiten.

Hier ist ein Case-Management gefragt, das Angehörige systematisch einbindet, empathisch auf die Betroffenen eingeht, gleichzeitig aber auch die durch die Verletzung bedingten Verhaltensänderungen berücksichtigt und bei geringer Compliance gegebenenfalls steuernd in den Rehabilitationsverlauf eingreift.

Ein weiteres Hindernis – insbesondere im späteren, häufig beruflich geprägten Verlauf der Rehabilitation – besteht darin, dass bestehende Einschränkungen für Außenstehende oft nicht erkennbar sind. Wenn keine sichtbaren motorischen Einschränkungen oder erkennbaren Sprachstörungen vorliegen, wirken Patientinnen bzw. Patienten mit Schädelhirntrauma auf Außenstehende häufig unbeeinträchtigt. Aufmerksamkeitsstörungen oder Einschränkungen der Merkfähigkeit werden nicht wahrgenommen und daher nicht als mögliche, oft entscheidende Hürden für eine erfolgreiche Reintegration erkannt oder berücksichtigt. Dies kann zu unrealistischen Erwartungen, Enttäuschungen und Frustrationen auf Seiten von Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgebern und Kolleginnen bzw. Kollegen führen.

Ein professionelles Case-Management antizipiert diese Problematik, sensibilisiert das berufliche Umfeld für die unsichtbaren Folgen eines Schädelhirntraumas und begleitet aktiv den Reintegrationsprozess.

5.8 Fazit

Ein schwerer Unfall mit bleibenden Folgen stellt Betroffene und Angehörige vor vielfältige Herausforderungen. Ein professioneller Rehabilitationsdienst kann dabei unterstützen, diese Anforderungen systematisch zu bewältigen. Durch individuelle Begleitung, Fachkompetenz und Vernetzung aller beteiligten Akteurinnen bzw. Akteure kann eine umfassende Versorgung gestaltet werden, die darauf ausgerichtet ist, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der betroffenen Person zu unterstützen.

Weiterführende Informationen

Verkehrsofferhilfe e. V. (VOH)

Wilhelmstr. 43/43 G, 10117 Berlin
Telefon: 030 166353-829
voh@verkehrsofferhilfe.de
www.verkehrsofferhilfe.de

Verkehrsunfall-Opferhilfe Deutschland e.V. (VOD)

Hochschule für Polizei und
öffentliche Verwaltung NRW
Abteilung Münster
Nevinghoff 8/10, 48147 Münster
Telefon: 0800 806 33 38
info@vod-ev.org
www.vod-ev.org

Dt. Interessengemeinschaft für Verkehrsunfallopfer e. V. (DIVO)

Goethestr. 1, 52349 Düren
Telefon: 02421 123212
info@divo.de
www.divo.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Glinkastraße 40, 10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0
info@dguv.de
www.dguv.de

Fédération Européenne des Victimes de la Route European Federation of Road Traffic Victims (FEVR)

Avenue des Celtes 20
B-1040 Brüssel
info@fevr.ngo
www.fevr.org

Aktion Kinder-Unfallhilfe e.V.

Heidenkampsweg 102
20097 Hamburg
info@kinderunfallhilfe.de
www.kinder-unfallhilfe-online.de

Kinderneurologie-Hilfe

c/o Stiftung savemybrain
Friedrich-Ebert-Straße 116
59425 Unna
www.kinderneurologiehilfe.de

Subvenio e.V.

Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf
Telefon: 0211 9132970-0
ssd@subvenio-ev.de
www.subvenio-ev.de

ZNS-Stiftung – Hilfe für Menschen mit Schädelhirntrauma

Fontainengraben 148
53123 Bonn
Telefon: 0228 97845-0
info@zns-stiftung.de
www.zns-stiftung.de

Spenden und helfen!

Unsere Angebote für Betroffene mit Schädelhirntrauma und ihre Angehörigen – wie etwa die vorliegende Broschüre, aber auch unser umfangreiches persönliches Beratungsangebot – sind kostenfrei. Möglich ist dies dank der großzügigen Spenden von Privatpersonen, Förderstiftungen und Unternehmenspartnern.

Unterstützen auch Sie die Arbeit der ZNS-Stiftung mit einer Spende. So können wir auch zukünftig die Lebensqualität schädelhirnverletzter Menschen verbessern, die Prävention von Kopfverletzungen fördern und Betroffenen sowie ihren Familien gezielt helfen.

So können Sie spenden:

Per Banküberweisung:

ZNS-Stiftung
Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE31 3705 0198 0030 0038 00
BIC: COLSDE33

Online spenden:

Per SEPA-Lastschrift, PayPal oder Kreditkarte
unter www.zns-stiftung.de.

Ihre Spende können Sie steuerlich geltend machen. Für Rückfragen steht Ihnen die ZNS-Stiftung gerne zur Verfügung (Tel. 0228 97845-0, E-Mail: info@zns-stiftung.de).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



ZNS-Stiftung – Hilfe für Menschen mit Schädelhirntrauma

initiiert von Hannelore Kohl

Jährlich erfahren rund 670.000 Menschen in Deutschland ein Schädelhirntrauma. Etwa 100.000 von ihnen müssen nach dem Unfall mit dauerhaften körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen weiterleben. Rund eine Million Menschen sind dauerhaft auf die Unterstützung von Pflegekräften oder Angehörigen angewiesen.

Ziel der ZNS-Stiftung ist es, die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern und ihnen umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Sie erreicht dies durch ihre Beratungs- und Informationsangebote, über Schulungen, Forschungsförderung, politische Lobbyarbeit und die Verbesserung der Versorgung. Durch Aufklärung und präventive Maßnahmen trägt die ZNS-Stiftung dazu bei, die Unfallzahlen zu senken und die Schwere von Kopfverletzungen zu reduzieren.

Mehr über die Arbeit der ZNS-Stiftung erfahren Sie auf der Website: www.zns-stiftung.de.

Folgen Sie uns auf LinkedIn, Facebook und Instagram.



[linkedin.com/company/zns-stiftung-bonn](https://www.linkedin.com/company/zns-stiftung-bonn)



www.facebook.com/zns.hannelore.kohl.stiftung



www.instagram.com/zns_stiftung



youtube.com/c/ZNSHanneloreKohlStiftung