

# Unfall und Haftpflicht in der Anstalt [Schluss folgt]

Autor(en): **Wattenwyl**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **21 (1950)**

Heft 8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-808533>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Fachblatt für Schweizerisches Anstaltswesen

REVUE SUISSES DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Offizielles Fach-Organ folgender Organisationen:

VSA Verein für Schweizerisches Anstaltswesen  
SHVS Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare  
VAZ Vereinigung der Anstaltsvorsteher des Kantons Zürich  
VAB Vereinigung der Anstaltsvorsteher des Kantons Bern  
AVBB Vereinigung der Anstaltsvorsteher von Basel und Baselstadt  
Regionalverband Schaffhausen / Thurgau

Mitarbeiter: Inland: Schweiz. Landeskonferenz für soziale Arbeit, Zürich  
(Studienkommission für die Anstaltsfrage)  
Schweiz. Vereinigung Sozialarbeitender, Zürich  
Vereinigung Kinderdorf Pestalozzi, Zürich

Ausland: Vereinigung der Niederländischen Anstaltsdirektoren

Redaktion: Dr. Heinrich Droz-Rüegg,  
Eleonorenstrasse 16, Zürich 32  
Telefon (051) 32 39 10

Druck u. Administration: A. Stutz & Co.  
Wädenswil, Tel. (051) 95 68 37  
Postcheck-Konto VIII 3204

Abonnementspreis: Pro Jahr Fr. 10.—  
Ausland Fr. 13.—

August 1950

Nr. 8

Laufende Nr. 222

21. Jahrgang

Erscheint monatlich

Inseratenannahme: Louis Lorenz, Zürich Postfach Zürich 22 Tel. (051) 27 23 65

Stellenanzeigen nur an A. Stutz & Co. Wädenswil

## Unfall und Haftpflicht in der Anstalt

Referat gehalten von Direktor Dr. von Wattenwyl (Lausanne) am 15. Mai 1950 an der Tagung des VSA in Winterthur.

Gerne bin ich der Aufforderung nachgekommen, über Unfall und Haftpflicht zu sprechen, sind doch diese Begriffe für den Laien oft verworren und geben vielerorts und ganz unnötigerweise zu Schwierigkeiten Anlass. Nachdem aber Unfall ein spezifisch medizinischer Begriff ist und Haftpflicht mehr juristische Betrachtungen nach sich ziehen müsste, erlaube ich mir das Thema meiner Ausführungen etwas zu erweitern und über die diesbezüglichen Versicherungen zu sprechen.

Was ist *Unfall*? Im Volksmund ist Unfall jede Behinderung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die nicht als Krankheit gilt. Jede Schwächung der menschlichen Arbeitskraft ist entweder Krankheit oder Unfall. Vom Standpunkt des Versicherers aus betrachtet genügt diese etwas einfache Unterscheidung nicht, denn der Versicherer muss über seine vertragliche Deckung eine Begriffsbestimmung, eine Definition, geben, an die er in der Folge sich zu halten hat, eventuell vom Richter gehalten werden kann. Eine Umschreibung des versicherten Ereignisses, also hier des Unfalles, kann nicht passiv gegeben werden, womit die erste Schwierigkeit entsteht, die auch meistens die häufigste bleibt. Es kann also nicht gesagt werden, «Unfall ist alles, was nicht Krankheit ist», denn sonst müsste ebenfalls gesagt werden, was unter Krankheit zu verstehen ist. Und wo immer eine Definition gegeben wird, findet sich auch ein Jurist, sei er als praktizierender Anwalt oder im Dienste einer Versicherungsgesellschaft tätig, der mit der angerufenen Auslegung nicht einverstanden ist. Wir Versicherer haben deshalb nach einer möglichst einfachen aber doch umfassenden Begriffsbestimmung gesucht, die sich mit Hilfe der

Konkurrenz nach und nach auskristallisiert hat und heute in der Regel die gleichen Elemente umfasst. In dieser Hinsicht dürfte die freie Konkurrenz im Gegensatz zu Staatsbetrieben als Schutz der Versicherten bezeichnet werden. Auch die Rechtsprechung hat das Nötige dazu beigetragen, um die bestehenden Lücken auszufüllen. Man kann also füglich behaupten, dass heute in Versichertenkreisen, sowie bei Ärzten und Richtern darüber keine allzugrosse Meinungsverschiedenheiten mehr bestehen.

Eine Unfallversicherung braucht nicht lange erklärt zu werden. Jedermann weiss heute, was sie bedeutet. Nach diesem Grundprinzip der Deckung interessiert den Versicherten in erster Linie, was von der *Versicherung ausgeschlossen* ist. Man könnte hier wohl dogmatisch drei Gruppen unterscheiden: Als Präzisierung der eingangs erwähnten Definition werden einmal davon ausgenommen die leicht mit Unfall zu verwechselnden Krankheitserscheinungen und solche, über die in der Doktrin nicht vollständige Klarheit herrscht oder auf die die gegebene Definition nicht ausnahmslos passt; sei es, dass sie speziell als gedeckt oder als ausgeschlossen erwähnt werden. Ich denke speziell an die Vergiftungen, Infektionen, den Ertrinkungstod beim Baden usw. Eine weitere Gruppe von Unfallgefahren wird ausgeschlossen, sei es weil sie für den Versicherer unberechenbar sind, wie Kriegsereignisse, Erdbeben usw. oder weil sich die Deckung aus ethischen, moralischen und menschlichen Gründen nicht rechtfertigt, so z. B. der Zweikampf, der Zustand der Trunkenheit, die Tollkühnheit. Endlich ist der Versicherer aus technischen Gründen darauf ausgegangen, gewisse

Gefahren von der Versicherung auszunehmen, wenn deren Deckung nicht besonders gewünscht wird, was sich durch Bezahlung einer entsprechenden Mehrprämie bewerkstelligen lässt, so z. B. eine Anzahl Sporte.

Aus leicht verständlichen Gründen sind heute auch diese so gefürchteten Ausschlussklauseln in den grossen Zügen überall die gleichen. Rein technisch wäre durch die entsprechende Erhöhung der Durchschnittsprämie die Deckung unbeschränkt möglich, aber man geht von der Ueberlegung aus, dass eben die Grosszahl der Versicherten nicht eine erhöhte Prämie bezahlen soll, weil andere besonders Gefahren ausgesetzt sind, die meistens von ihrem eigenen Wollen abhängen, wie die soeben erwähnten Sporte.

Je nach den im Versicherungsantrag erteilten Antworten wird demnach der Vertrag erstellt und die *Prämie* berechnet. Diese bestimmt sich nach jeder Gesellschaft eigenen Tarifen, die vielleicht in den Details verschieden, aber aus Konkurrenzgründen heute im gesamten nur unwesentliche Aenderungen zu verzeichnen haben. Ein grösserer Unterschied könnte sich nur dadurch ergeben, dass mehrere Versicherer das Risiko verschieden beurteilen würden. Dies ist aber gerade das berufliche Fingerspitzengefühl, welches wir haben müssen, um bewerten zu können, ob sich die Eingehung der vertraglichen Verpflichtungen zu der im Spiele stehenden Prämie überhaupt lohnt. Diesbezüglich erlaube ich mir, darauf hinzuweisen, dass gar zu oft der Versicherungskandidat an der Höhe der Prämie Anstoss nimmt, worauf der Abschlussagent den Deckungsumfang oder die versicherten Garantien herabzusetzen bereit ist. Dass dieser Weg zum Abschluss des Vertrages führen kann, aber ohne damit die Bedingungen eines dauerhaften, für beide Teile befriedigenden Verhältnisses zu schaffen, ist wohl klar. Denn selbst wenn im eingetretenen Schadenfall der Versicherte sich mit dieser beschränkten Deckung, die er schlussendlich gewollt hat, zufrieden geben muss, so hat er immerhin das Gefühl, dass er zum mindesten schlecht beraten wurde. Man darf aber nicht ausser acht lassen, dass der Versicherungsvertrag weitgehend, ich möchte sogar sagen ausschliesslich Vertrauenssache ist. Der Versicherungsagent soll als Vertrauensmann den Versicherten in all diesen Fragen beraten, und er sollte nicht sein persönliches Interesse in den Vordergrund stellen, da auch er dauernd nur mit einem gut fundierten Kundenkreis arbeiten kann. Deshalb erlaube ich mir auch hier die praktische Folgerung als Ratschlag zu ziehen: bei Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages sollte die zu versichernde Person sich nicht scheuen, ihren Gegenpartner nicht nur eingehend zu orientieren, sondern ihn auch darüber auszufragen, was ihr nicht absolut klar erscheint. Gar zu oft werden aber die gestellten Fragen als belästigend, zeitraubend und unnötig kaum geprüft, was sich dann beim ersten Unfall im ungünstigen Sinn auswirkt und bereits die Beziehungen in einem getrübtten Licht erscheinen lassen.

Ich könnte über Unfall und Versicherung noch viele Seiten beleuchten, die vielleicht anschau-

licher wirken würden, so z. B. die Beschreibung gewisser Unfälle. Ich glaube aber, dass wenn Sie meinen Ausführungen folgen, Sie daraus mehr ziehen können, was Ihnen in der Praxis nützen kann. Lesen Sie genau die allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Unfallversicherungen, glauben Sie aber nicht bei einem sorgfältigen Vergleich mit denjenigen der Konkurrenzgesellschaft wertvolle Perlen zu fischen. Konzentrieren Sie sich dagegen auf die Umschreibung des zu versichernden Risikos und trachten Sie danach, eine Versicherung zu haben, die Ihrer Person, Ihrem Geschäft, Ihrer Anstalt, kurz dem zu versichernden Risiko angepasst ist. Hüten Sie sich vor Konfektion und verlangen Sie immer Massarbeit. Es ist umständlicher, nicht einmal immer teurer, aber sicher befriedigender. Erlauben Sie mir nachstehend noch einige praktische Hinweise, die speziell in Ihren Aufgabenkreis fallen dürften:

Es gibt viele Arten Unfallversicherungen, die je nach dem Bedürfnis der Versicherten geartet sind. Die sogenannte *Einzelversicherung*, die wie ihr Name besagt, für einzelne Personen bestimmt ist. Durch sie kann jedem subjektiven Risiko am besten Rechnung getragen werden, sei es was die verschiedenen Beschäftigungen anbetrifft, sei es auch in bezug auf die zu versichernden Garantien, die in sozusagen freier Wahl der Höhe gewährt werden können. Der Einzel-Versicherung gegenüber steht die *Kollektiv-Versicherung*, die sich auf eine Mehrheit von Personen bezieht und nach den Verhältnissen des praktischen Lebens ausgebaut werden konnte. So kann durch sie eine freie Personengruppe oder ein Angestellten-Verband versichert werden. Meistens schliesst der Arbeitgeber derartige Verträge ab, wobei oftmals auch die Prämienzahlung teilweise auf den Arbeitnehmer abgewälzt wird. Dabei können diese Policen namentlich oder nach der Zahl der versicherten Personen abgeschlossen werden, wobei auch die Garantien verschieden sein können. Es müssen dann eintretende Aenderungen im Personalbestand entsprechend gemeldet werden, damit der Vertrag immer den laufenden Bedingungen angepasst werden kann und dies natürlich vor Eintritt des Unfalles. Bei grösseren Betrieben ist dies aber praktisch gar nicht möglich, sodass die Praxis zur Versicherung nach dem *Lohnsummen-System* übergegangen ist. In diesem Fall wird die Prämie in % der ausbezahlten Löhne berechnet, was für beide Parteien grosse Vorteile aufweist. Der Arbeitgeber wird dadurch von häufigen Mutationsanzeigen befreit, ohne Gefahr zu laufen, dass ein Arbeitnehmer der versicherten Kategorie wegen fehlender Anmeldung nicht gedeckt wäre. Entsprechend der Prämie werden die Entschädigungen auf Grund des Lohnes festgesetzt, sodass also der Versicherte wie der Versicherer den Schwankungen in den Lohnverhältnissen nicht mehr ausgesetzt sind. Bei höheren Löhnen kommen höhere Entschädigungen zur Auszahlung und dementsprechend muss eine höhere Prämie entrichtet werden. Auf eine provisorisch festgesetzte Jahresprämie erfolgt Deckung mit nachträglicher Bezahlung einer definitiven, auf Grund der effektiv bezahlten Lohnsumme festgesetzten Prämie. Bei Landwirt-

schafts- und landwirtschaftsähnlichen Betrieben kann die Prämie auch nach der Grösse des Betriebes auf Grund der ha-Zahl oder nach Kopfzahl berechnet werden, wobei dann das ganze Personal ebenfalls Versicherungsschutz genießt.

Bei allen diesen Policen, wie übrigens auch bei Haftpflichtversicherungen, von denen noch die Rede sein wird, ist es deshalb wichtig, schon beim Abschluss genau zu überlegen, in welchem Ausmass die Deckung gewünscht wird. Nichts ist unangenehmer als wenn uns ein Versicherter in gutem Glauben einen Unfall zur Anzeige bringt, den wir mangels Deckung ablehnen müssen, weil sich seit dem Vertragsabschluss die Verhältnisse geändert haben, ohne dass die Police entsprechend ergänzt wurde. Es ist daher empfehlenswert, Policen nicht nur bei Unfällen aus der Schublade zu nehmen, sondern sie auch hin und wieder durchzusehen, um sich darüber Rechenschaft zu geben, ob sie den gegenwärtigen Verhältnissen noch entsprechen. Kinder können ins versicherungsfähige Alter hineinwachsen; Sporte werden ausgeübt, die früher als nichtversichert galten; neue Maschinen werden angeschafft, die eventuell eine Mehrprämie erfordern; die Zahl der versicherten Personen kann sich erhöhen; die Grösse des Betriebes kann zunehmen, oder dieser kann sogar abgeändert werden. Um Deckung zu besitzen, muss deshalb beizeiten die Veränderung mitgeteilt werden. Sie werden mir entgegenhalten, dass dies mit der wechselnden Gestaltung des Lebens unvereinbar sei und eine unerträgliche Belastung und Unsicherheit im Versicherungsverkehr bedeute. Praktisch sieht es etwas anders aus, als rein theoretisch ausgeführt. Ausser im Fall einer durchgreifenden Aenderung des Betriebscharakters, genügt es, wenn man von Zeit zu Zeit die im Antrag zur Police aufgeführten Fragen durchsieht, woraus klar hervorgeht, auf welche Faktoren der Versicherer abstellt und die für ihn in der Erfassung des Risikos von Wichtigkeit sind. Denn auch das Gesetz stellt auf diese Fragen ab, um dem Versicherer diesbezüglich den nötigen Schutz zu gewähren.

Es ist deshalb empfehlenswert, in erster Linie beim Vertragsabschluss genau zu wissen, welcher *Deckungsumfang* gewünscht wird und ob er den effektiven Bedürfnissen entspricht. Gar zu oft wird leider auf die Prämienhöhe abgestellt und um diese eventuell herabzusetzen, lässt sich der Versicherungsnehmer verleiten, das eine oder andere Risiko fallen zu lassen, weil es sich dabei um Ausnahmen handelt. Man wird sich dann erst beim Schadenfall bewusst, dass man auch hier am unrichtigen Ort gespart hat. So geht es z. B. bei Kollektiv-Versicherungen mit der Deckung der Betriebsleiter, von Familienangehörigen, bei Sporten, nicht zuletzt auch bei der Frage, ob für die Arbeitnehmer das ausserberufliche Risiko zu decken ist. Wie oft heisst es dann nachträglich: «Wir hatten nicht daran gedacht, oder wir haben eben den Antrag schnell vor dem Mittagessen ausgefüllt und dieser Frage keine grosse Bedeutung zugemessen.» Aber dann ist es meistens zu spät. Oft vergisst man auch, dass bei den Kollektiv-Versicherungen z. B. Altersgrenzen vorgesehen sind, weil

**W**as uns allen zumeist fehlt, ist das tiefe, dauernde Bewusstsein des wirklichen Elends auf Erden, sonst würden wir über den Gefühlen einerseits des Mitleids, andererseits des Dankes ganz der kleinlichen Misere des eigenen Lebens vergessen.

Christian Morgenstern.

---

eben die subjektive Risikoerfassung nicht möglich ist.

Es ist demnach von grundlegender Wichtigkeit, dass dem *Vertragsabschluss* die nötige Zeit und das entsprechende Interesse geopfert wird, einen Rat, den wir auch immer wieder unseren Vertretern geben, da auch sie bei solchen Unstimmigkeiten in unangenehme Lagen versetzt werden. Nachher genügt es in der Regel, wenn wie gesagt, der Antrag und die Police hie und da neu überprüft werden, wobei entsprechende Meldung an den Versicherer zu erfolgen hat, wenn etwas nicht mehr stimmen sollte. Man kann dafür ruhig den Vertreter der Gesellschaft beanspruchen, der auch nach dem Abschluss der Berater des Versicherungsnehmers bleiben sollte. Weiter genügt es dann in der *Prämienzahlung* pünktlich zu sein, um keine Unannehmlichkeiten zu haben. Wie Sie alle wissen dürften, hat der Gesetzgeber dem Versicherer die Pflicht auferlegt, dem Prämienschuldner eine Mahnung eingeschrieben zuzusenden, in welcher eine 14tägige Frist zur Bezahlung der Prämie angesetzt wird, nach deren Ablauf die Versicherungsdeckung entfällt, nicht aber die Pflicht zur Prämienzahlung. Wie oft müssen wir Unfälle ablehnen, weil die Prämie trotz Mahnung und innert nützlicher Frist nicht entrichtet wurde. Merkwürdigerweise findet sich das Geld am Unfalltag oder am darauffolgenden Tag immer, aber eben zu spät. Und doch wäre es so einfach, dem Versicherer zu melden, dass aus Gründen, die man nicht immer zu verantworten hat, Geldschwierigkeiten die Prämienzahlung verunmöglichen. Auch für solche Fälle lassen sich Lösungen finden, wenn das Problem vor dem Unfall zur Sprache gebracht wird. Warum geschieht dies aber nur ganz ausnahmsweise? Falscher Stolz oder Nachlässigkeit? M. E. trifft fast immer das letztere zu.

Sie können aus diesen Ausführungen ersehen, dass auf alle diese Fragen immer die gleiche Antwort entfällt: Vertrauen in den einmal gewählten Versicherer haben und ihn um Rat fragen, bevor der Unfall passiert. Es ist hier das gleiche wie bei allen Verhütungsmassnahmen. Auch wir, die wir am grünen Tisch einer Direktion arbeiten, haben genügend Kontakt mit dem täglichen Leben, stehen immer wieder vor Situationen, die unser Herz wachhalten, sodass für uns nicht der Buchstabe oberstes Gesetz wird. Aber wir können auch nicht beidseitig eingegangene vertragliche Verpflichtungen einfach unbeachtet lassen.

(Schluss folgt.)