RECHT 01.05.2014

Haftpflichtversicherung im Heilwesen – Quo vadis?



Leistungserbringer im Gesundheitswesen kämpfen seit vielen Jahren mit einer Kostenschere zwischen limitierten Preisanhebungen auf der Leistungsseite und vor allem tariflich bedingten Steigerungen im Personalbereich auf der Kostenseite.

Steigende Haftpflichtprämien und ihre Ursachen

In den letzten Jahren hat sich die Kostenschere wegen wachsender Haftpflichtprämien noch weiter geöffnet. Während das Risiko, als Patientin oder Patient einem Behandlungsfehler zum Opfer zu fallen, seit 2005 kontinuierlich abgenommen hat, haben sich nach der Statistik des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft seit 1991 die Kosten für Leistungserbringer im Gesundheitswesen um 3,3 Prozent im Jahr gesteigert. [1]

Wurde bis Ende der 1980er Jahre ein schwerer Geburtsschaden noch mit etwa 1 Mio. DM reguliert, spricht die Rechtsprechung den geschädigten Kindern heute bereits 500.000 Euro allein an Schmerzensgeld zu [2]; Entschädigungen für ein entgangenes fiktives Erwerbseinkommen sowie steigende Pflegekosten bei erhöhter Lebenserwartung sind hierbei noch nicht berücksichtigt. Stetig wachsende Schadenssummen insbesondere im Bereich der Personenschäden kosten die Versicherer pro Fall zwischen 15.000 Euro und 25.000 Euro monatlich [3].

Die besondere Problematik der Schadensituation in der Heilwesen-Haftpflicht ergibt sich durch die schweren Personenschäden. Sie machen einen sehr kleinen Anteil an den Stückzahlen, aber einen erheblichen Anteil am Schadenaufwand aus. Ihr Abwicklungszeitraum nimmt durch den medizinischen Fortschritt aufgrund steigender Lebenserwartung ständig zu. Kostentreibend wirken auch steigende Pflegekosten.

Als Konsequenz hat dies bereits zum Rückzug einiger Versicherer aus dem Markt geführt [4]. Es gibt aktuell nur noch wenige Anbieter für Heilwesen-Haftpflichtversicherungen [5].

Zunehmende Bedeutung von Selbstbeteiligungsmodellen

Vor dem Hintergrund massiver Prämiensteigerungen in der Haftpflichtversicherung werden zunehmend Selbstbehaltsmodelle diskutiert. Vor allem große Leistungserbringer versuchen damit, die Prämiensteigerungen in Grenzen zu halten.

Durch Versicherungspolicen mit Selbstbehalten lassen sich die zu zahlenden Prämien senken, und etwaige Selbstbehalte fallen erst zeitversetzt an (Liquiditätsvorteil). Darüber hinaus erhöhen diese Policen die Motivation, Risiken zu minimieren, um eine Inanspruchnahme der Selbstbeteiligung zu vermeiden. Allerdings werden die sich daraus ergebenden, möglichen Probleme häufig unterschätzt.

Rückstellungen für Haftpflichtverpflichtungen

So wird in der Praxis zum Teil bei der betriebswirtschaftlichen Bewertung vernachlässigt, dass einige medizinische Leistungserbringer für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle Rückstellungen bilden müssen, da es sich um Verpflichtungen aus dem abgelaufenen Geschäftsjahr oder den Vorjahren handelt, die dem Grunde und/oder der Höhe nach ungewiss sind [6]. Insofern ist bei der Beurteilung der Vorteilhaftigkeit von Selbstbeteiligungsmodellen mitunter eine Rückstellungsbildung in die Betrachtung einzubeziehen.

Dies betrifft ambulante medizinische Leistungserbringer, die umfänglich bilanzieren müssen, z. B. Kapitalgesellschaften wie MVZ-GmbHs. Für freiberuflich Tätige im niedergelassenen Bereich besteht keine Bilanzierungspflicht. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen in der Regel „nur“ eine Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erstellen, sodass die besondere Rückstellungsproblematik für sie entfällt.

Für all diejenigen, die von Rückstellungen betroffen sind, gilt, dass bei der Beurteilung, in welcher Höhe diese zu bilden sind, auch die jeweilige Ausgestaltung der Haftpflichtversicherungen zu berücksichtigen ist.

Varianten der Ausgestaltung von Haftpflichtversicherungen

Eine allgemeine Versicherungspflicht besteht nicht, die Berufsordnung empfiehlt jedoch den Abschluss einer Police. In der Haftpflichtversicherung gilt in Deutschland das Schadensereignisprinzip, das heißt, für eine Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherung ist der Zeitpunkt des Schadensereignisses – in der Regel der Zeitpunkt der Behandlung – relevant. Bei diesem so genannten Occurrence-Modell existieren verschiedene Vertragsarten:

- Haftpflichtversicherung ohne Selbstbeteiligung
- Haftpflichtversicherung mit fallbezogener Selbstbeteiligung (z. B. bis T€ 5 je Fall) und gedeckelte Obergrenze („stop-loss“) der maximalen Selbstbeteiligung (z. B. bis T€ 50)
- Haftpflichtversicherung mit fallbezogener Selbstbeteiligung (z. B. bis T€ 5 je Fall) ohne gedeckelte Obergrenze der maximalen Selbstbeteiligung
- Haftpflichtversicherung mit fixierter Obergrenze der Selbstbeteiligung (z. B. bis T€ 5) ohne Fallbezug

Bei der Beurteilung der Höhe der Inanspruchnahme des Leistungserbringers ist dementsprechend zu berücksichtigen, ob eine Haftpflichtversicherung besteht, die den Schaden ganz oder teilweise abdeckt. Im Fall einer Selbstbeteiligung ist zu beurteilen, ob und in welcher Höhe mit einer Inanspruchnahme zu rechnen ist.

Rückstellungsbildung dem Grunde und Bilanzierung der Höhe nach (Umfang des Schadenersatzes)

Unabhängig von der Ausgestaltung des Versicherungsvertrags resultieren die Verpflichtungen von Leistungserbringern, die rechtlich als Kaufleute gelten (z. B. MVZ-GmbHs), grundsätzlich aus der Leistungserbringung im jeweiligen Geschäftsjahr (wirtschaftliche Zugehörigkeit), sodass diese – unabhängig von der rechtlichen Geltendmachung – im Jahr der jeweiligen Leistungserbringung durch die Dotierung einer Rückstellung aufwandswirksam zu erfassen sind. Bei der Ermittlung der Rückstellung für Schadenersatzverpflichtungen aus Behandlungsfehlern sind für bis zum Bilanzstichtag verursachte Behandlungsfehler sowohl bekannte als auch unbekannte Schadenfälle zu berücksichtigen [7].

Für den Bilanzierenden ist die Bewertung von Rückstellungen für Behandlungsfehler, die bekannt sind, im Vergleich zu Behandlungsfehlern, die dem Bilanzierenden nicht bekannt sind, deutlich einfacher. Neben der Frage der Haftung dem Grunde nach ist vor allem die Höhe des Anspruchs zu kalkulieren.

Patientinnen und Patienten sind tatsächlich und wirtschaftlich so zu stellen, wie sie ohne den Behandlungsfehler dastünden. Der Anspruch auf Schadenersatz umfasst zunächst alles, was zur Beseitigung des Schadens erforderlich ist, also insbesondere die Kosten einer durch den Behandlungsfehler erforderlich gewordenen medizinischen Behandlung. Fiktive Behandlungskosten können nicht verlangt werden. Pflege- und Erwerbskosten sind besonders teuer, da viele Kinder mit Geburtsschäden heute das Erwerbsalter erreichen und eine beinahe normale Lebenserwartung haben.

Die Bewertung muss zum Erfüllungsbetrag erfolgen, d.h. auch künftige Kostensteigerungen sind zu berücksichtigen. Da es sich i.d.R. um Rückstellungen mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr handelt, ist eine Abzinsung erforderlich.

Neben dieser Bewertung bereits bekannter Schäden sind handelsrechtlich darüber hinaus für noch nicht gemeldete Versicherungsfälle Pauschalrückstellungen zu erfassen.

Die Schadenanzahl und -höhe kann hierbei grundsätzlich auf Basis von Erfahrungswerten der Vergangenheit geschätzt werden. Die Kosten für Schadenfälle lassen sich unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit des Schadenfalls und der zu erwartenden Kosten pro Schadenfall ermitteln. Die Wahrscheinlichkeit des Schadenfalls ergibt sich aus der Anzahl der Schadenfälle in der Vergangenheit im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Fälle.

Eine zusätzliche Schwierigkeit besteht darin, dass erst nach Ablauf aller denkbaren Verjährungsfristen feststeht, ob zu einem vergangenen Geschäftsjahr tatsächlich keine Schäden nachgemeldet werden. Allerdings ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass innerhalb von zehn Jahren die Schadenfälle fast vollständig von den geschädigten Patientinnen und Patienten angezeigt worden sind.

Allgemeine (hausunabhängige) Statistiken sind als Basis für die Risikoermittlung grundsätzlich nicht hinreichend. Aussagekräftige Statistiken über Langzeitkomplikationen rückwirkend für die Dauer eines bis zu 30-jährigen Haftungszeitraums sind jedoch nicht immer verfügbar.

Auch die demografische Entwicklung und der medizinischtechnische Fortschritt sind bei der Rückstellungsbildung zu berücksichtigen. Weil die Menschen in der Bundesrepublik ständig älter werden, sinkt u.U. der Anteil derer, die im Haftungszeitraum sterben.

Zur Prognose der Schadenhöhe existieren verschiedene mathematische Verfahren. In der Versicherungspraxis kommt u.a. das Chain-Ladder-Verfahren zur Anwendung, um auf Basis von Vergangenheitswerten die Höhe der für die Zukunft erforderlichen Rückstellungen für Spätschäden zu schätzen [8].

Aufgrund der Komplexität der Rückstellungsermittlung empfiehlt es sich, für die sachgerechte Bilanzierung Gutachten von Fachleuten der Versicherungsmathematik einzuholen, ähnlich wie bei der Ermittlung von Pensions- oder Altersteilzeitrückstellungen. Die Rückstellungen sind nach dem Grundsatz der Stichtagsbewertung jährlich neu zu berechnen.

Wechsel des Versicherungsmodells: Auswirkung auf die Prämienhöhe

Im europäischen Umfeld existieren mit weiter Verbreitung Claims-made-Modelle. Hier sind Schäden, die während der Policen-Laufzeit gemeldet werden, versichert. Maßgeblich ist das Datum der ersten Anspruchserhebung der Geschädigten gegenüber angeblich Schädigenden. Aufgrund des engen Marktes ist nicht auszuschließen, dass Versicherungen auf Claims-made-Basis angeboten werden.

Bei einem Wechsel vom Occurrence-Vertrag zum Claims-made-Vertrag kann eine Doppelversicherung auftreten, wenn der Nachversicherer seine Zuständigkeit nicht durch eine Retro-active-date-Klausel ausgeschlossen hat (Deckungsausschluss für Schäden, die bei dem Vorversicherer eingetreten, dort aber noch nicht gemeldet sind). Der Nachversicherer übernimmt nicht die „Altschäden“ und trägt zunächst selbst kein Spätschadenrisiko. Er fängt also äußerst komfortabel bei null an.

Bei einem Wechsel vom Claims-made-Vertrag zum Occurrence-Modell kann eine Deckungslücke für Schadenereignisse bestehen, die während des Vorversichererervertrages eingetreten sind, aber erst in der Nachversichererzeit gemeldet werden (typischer Longtail-Effekt der Arzthaftpflicht). Deshalb ist hier eine Nachhaftungsversicherung erforderlich. Allerdings sehen die bekannten Claims-made-Modelle keine Nachhaftungszeiten vor, die die maximale Verjährung von 30 Jahren abdecken. Die dadurch entstehende Deckungslücke führt dazu, dass eine Rückkehr in das Occurrence-Modell nur schwer möglich ist. Gegebenenfalls müssen die Risiken einer solchen Deckungslücke ebenfalls bei der Bilanzierung berücksichtigt werden.

Konsequenzen

a) Konsequentes Risikomanagement

Bei der notwendigen Ermittlung neuer Grundlagen und Anhaltspunkte für die Prämienkalkulation eines Versicherers wird die zukünftige individuelle Risikoentwicklung eines medizinischen Leistungserbringers und deren Einschätzung eine zunehmende Rolle spielen. Ein umfangreiches, durch Risikomanagement angereichertes Qualitätsmanagement wird sich nachhaltig und in positiver Weise auf die individuelle Prämienentwicklung und auf die Versicherbarkeit des Haftpflichtrisikos auswirken.

Um als Leistungserbringer zukünftig hier bestehen zu können, sollte klinisches Risikomanagement als strategisches Unternehmensziel definiert und durch Einsatz verschiedenster Werkzeuge operationalisiert und bis auf die unterste Leistungsebene umgesetzt werden.

Beispielhaft zu nennen sind hier generelle Regelungen zum Umgang mit Fehlern sowie die Einführung von Werkzeugen, mit denen die vorhandenen Risiken permanent identifiziert werden können. Darüber hinaus kann eine systematische Analyse der eigenen Schäden (z. B. mit Hilfe des Critical Incident Reporting Systems CIRS zur Aufdeckung von Beinaheschäden), die Einführung von Beschwerdemanagementsystemen sowie die Durchführung von systematischen Risikoaudits dazu beitragen, die eigenen Risiken überhaupt erst zu erkennen.

Ferner zu erwähnen ist der Aufbau von Strukturen und Verantwortlichkeiten sowie die Bereitstellung von Personal, womit sichergestellt wird, dass erkannte Risiken auch entsprechend bearbeitet und für die Zukunft möglichst ausgeschlossen werden (Qualitätsbeauftragte). Die Modifikation der Risiken umfasst die Entscheidung darüber, ob und wie ein Risiko bewältigt wird, etwa durch eine systematische Verbesserung der Abläufe. Unvermeidbare Risiken sind über eine ausreichende Haftpflichtversicherung abzudecken [9].

b) Politischer Handlungsbedarf? Angemessene Berücksichtigung der Risikokosten der Medizinbranche

Trotz aller Maßnahmen wird sich die Prämienentwicklung aus heutiger Sicht nicht mehr positiv verändern. Auch mit Einführung aller denkbaren präventiven Maßnahmen lässt sich unmittelbar bestenfalls die Anzahl der Schadenfälle beeinflussen. Dagegen führen alle diese Maßnahmen höchstens mittelbar zu einer Verringerung des Schadenaufwandes.

Trotz bestem Risikomanagement sind menschliche Fehler und damit Schädigungen von Patientinnen und Patienten nicht vollkommen zu verhindern. Ärztinnen und Ärzte sowie MTA führen ihre berufliche Tätigkeit unmittelbar am Menschen aus, und dementsprechend sind auch immer Menschen von eintretenden Fehlern betroffen mit gegebenenfalls großen Schadenfolgen. Kostensteigerungen bei Personenschäden sind aber keine Besonderheit der Medizin, sondern ein allgemeines Phänomen.

Medizin ist demnach eine Hochrisikobranche und wird es trotz aller Anstrengungen auch bleiben. Anders aber als alle anderen Hochrisikobranchen, wie z. B. Chemie oder Energiewirtschaft, ist es der Medizinbranche verwehrt, ihre vorhandenen Risikokosten auf den Preis umzulegen. Diese Tatsache findet bisher zu wenig Beachtung, muss aber zukünftig zu Konsequenzen führen.

Naheliegend wäre, dass die spezifischen Risikokosten sich angemessen auf die Vergütung auswirken. Hierzu ist erforderlich, dass bei der Kalkulation der Budgetierung der ärztlichen Leistungen diese deutlich über die allgemeinen Kostensteigerungen hinausgehenden Steigerungen entsprechende Berücksichtigung finden.

Man könnte auch die Risikokosten einer Geburt von vornherein mit in die Kalkulation einbeziehen. Nach Berechnungen der Ecclesia Gruppe dürften diese bei etwa 300 Euro pro Geburt liegen. Damit wäre das größte Problem der Berufs-Haftpflichtversicherung von Ärztinnen und Ärzten behoben. Immerhin entfallen von den 100 teuersten Schäden der Ecclesia Gruppe 65 auf das Fach Geburtshilfe.

Beschränkung des Schadenersatzes

Gelingt eine ausreichende Refinanzierung nicht, bleibt nur die Beschränkung der Schadenkosten. Möglich wäre hier eine Beschränkung der von den medizinischen Leistungserbringern zu zahlenden Ersatzleistungen.

So stellen gerade bei schweren Personenschäden die Regresse der Kranken- und Pflegekassen eine nicht unerhebliche Schadenposition im Rahmen des Gesamtschadenaufwandes dar. Etwa 25 Prozent aller Schadenzahlungen entfallen auf diesen Bereich. Wenn die Kassen die Risikokosten angemessen berücksichtigen sollen, müssen sie diese aber über die Preise für die Behandlungsleistungen wieder finanzieren. Dieser Kreislauf der Kostenverschiebung könnte sinnvollerweise durch einen Ausschluss der Regressmöglichkeit unterbrochen werden.

Bleibt alles wie es ist, wird dies entweder dazu führen, dass manche medizinischen Leistungserbringer nicht mehr in der Lage sind, ihre Risikokosten zu finanzieren, oder die noch verbliebenen Haftpflichtversicherer verabschieden sich aus diesem Segment.

Es wird Zeit, dass Gesundheits- wie Versicherungswirtschaft politisch aktiv werden, um auf diese Situation und die damit verbundenen Risiken hinzuweisen. Es reicht nicht aus, über das Patientenrechtegesetz eine Versicherungspflicht für Ärztinnen und Ärzte zu verlangen. Versicherungsschutz muss – auch zu bezahlbaren Prämien – zur Verfügung stehen.

Literatur

[1] http://m.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/versicherungen-fuer-aerzteund-hebammen-die-tuecken-des-medizinischen-fortschritts-12006293.html (faz.net 27.12.2012, von Philipp Krohn, Die Tücken des medizinischen Fortschritts)

[2] OLG Hamm (2002), Urteil vom 16.1.2002 (3 U 156/00). VersR, 2002, Heft 27;1163

[3] Ärzte Zeitung, 7.2.2013

[4] vgl. kma 03/2013 – Seite: 030-037, Kirsten Gaede/Jens Mau

[5] Badische Zeitung 10.1.2013, Der Preis der Fehler, Franz Schmider

[6] vgl. §§ 249 I 1, 341 g, 342 HGB

[7] vgl. Beck zu § 249 HGB Ziff. 100 Stichwort: Schadenersatz

[8] vgl. Regorz, Arndt: „Gewährleistungen? Rückstellungen einkalkulieren“, KU-Sonderheft Integrierte Versorgung, Kulmbach, 2005

[9] Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(43): A-2096/B-1821/C-1793

Bürger N. / Grabow J. / Petry F.-M. Haftpflichtversicherung im Heilwesen – Quo vadis? Passion Chirurgie. 2014 Mai, 4(05): Artikel 02_06.