

Entwicklungen bei der Arzthaftpflichtversicherung

Timmy Klebb

Die prekäre Situation der Sparte Arzthaftpflicht war bereits auf dem 3. Medizinrechtstag ein zentrales Thema¹. Das Patientenrechtegesetz wird keine Entspannung bringen. Seine Intention ist es, Patientenrechte transparenter zu machen und zu stärken, und seine Vorgaben zur Schadenprävention einschließlich der Einführung von Melderegistern werden sich erst langfristig auswirken.

Mittlerweile haben die zur Kostendeckung notwendigen Bedarfsprämien vor allem im Fachgebiet der Gynäkologie mit Geburtshilfe so problematische Dimensionen erreicht, dass darüber nachgedacht werden muss, wie die dem Patienten zustehenden Schadenersatzsummen gesichert werden, ohne den Arzt finanziell zu überfordern. Ein „weiter so“ ist bei gleichbleibender Schadenentwicklung keine Lösung, wie das Beispiel des bei den Hebammen beinahe eingetretenen Systemkollaps zeigt.

Grundsätzlich können verbindliche Regelungen nur von den zuständigen Entscheidern in Wirtschaft und Politik getroffen werden. Für die Assekuranz ist die zuständige Institution der Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV). Ein einzelnes Versicherungsunternehmen vermag dies nicht zu leisten. Unter dieser Voraussetzung sind mögliche Ansätze und ihre Auswirkungen hier nur akademisch zu diskutieren.

1. Begrenzung des Schadenaufwandes

Die Schadenaufwände für Versicherer in der Arzt- und Krankenhaushaftpflicht steigen im Verhältnis zur allgemeinen Inflationsrate überproportional. Der GDV hat im Jahr 2010 die Schadenhöhen der Meldejahrenperioden 1995–1998 und 2000–2003 verglichen und dabei festgestellt, dass die Schadenhöhen von der ersten zur zweiten Beobachtungsperiode um mehr als 32 Prozent, das heißt um das dreifache der Steigerungsrate des Verbraucherpreisindex, angestiegen waren. Die wesentlichen Kostentreiber waren dabei das Schmerzensgeld, die vermehrten Bedürfnisse, die Heilbehandlungskosten sowie der Erwerbsschaden².

Gegenüber dem Patienten ist eine Begrenzung von Schadenersatzansprüchen der Höhe nach nicht denkbar. Zwar sind Großschäden mit einer Schadenhöhe ab €200.000 die Kostentreiber der Sparte. Es ist allerdings kein Grund ersichtlich, welcher eine Schlechterstellung von Patienten gegenüber aus nicht iatrogenen Ursachen Geschädigten rechtfertigen könnte.

Denkbar ist dagegen eine Kappung der Deckungssummenhöhe des Erstversicherers. Ab einem bestimmten, zum Beispiel einem bei 2 Millionen € liegenden Sublimit könnte ein Drittschuldner eintrittspflichtig werden. Dies könnte ein Rückversicherer sein oder ein hierfür eingerichteter Pool oder der Staat. All diese Alternativen erfordern aber eine Finanzierung analog dem für einen Schadenexzedenten aufzubringenden Versicherungsbeitrag. Im Ergebnis geht es also lediglich um eine Umverteilung von Lasten, welche alternativ oder kumulativ Steuerzahler, Krankenkassen, Mediziner und Patienten zu tragen hätten. Angesichts der notwendigen Größenordnung erscheint diese Alternative absehbar politisch nicht durchsetzbar. Den einzelnen Patienten zu belasten wäre finanziell nicht zumutbar.

Ein Rückversicherer würde über die Rückversicherungsprämie den Erstversicherer und in der Folge den Arzt belasten. Und der Staat müsste einen Exzedenten aus Steuermitteln finanzieren.

Die Frage nach dem Kostenträger stellt sich auch für die immer wieder diskutierten Fondslösungen. Diese billigen dem Patienten bei nicht durchsetzbaren Schadenersatzansprüchen unter bestimmten Voraussetzungen – wie dem Vorliegen eines Härtefalles – eine Entschädigung zu. Zur Finanzierung solcher Modelle werden zusätzliche Einnahmen generiert werden müssen. Ob Kostenträger analog dem österreichischen Modell ausschließlich die Patientenseite sein will, dürfte fraglich sein, auch wenn die dort deutlich unter Schadenersatzsummen liegenden Beträge zumindest zur Finanzierung eines Haftungsprozesses genutzt werden können. Die immer wieder angesprochene Haftpflichtversicherung jedenfalls ist rechtlich ausschließlich für den Schadenersatz zuständig. Eine Härtefallregelung ist also außerhalb des Haftpflichtsystems zu diskutieren. Das Problem der Finanzierung und Haftpflichtschäden löst sie nicht.

2. Kompensation hoher Versicherungsbeiträge

Am einfachsten könnte die notwendige Prämienbelastung der Versicherungsnehmer zumindest in den besonders belasteten Fachgebieten durch eine entsprechend höhere Vergütung der Ärzte kompensiert werden. Im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung wäre dies wohl der sinnvollste und bei den Hebammen auch schon einmal praktizierte Weg³.

Versicherungstechnisch könnte auch ein Durchschnittsbeitrag für alle Arztgruppen zu einem Ausgleich und zu einer Entlastung insbesondere der Gynäkologen mit Geburtshilfe führen. Gegen eine solche Überlegung spricht, dass die wohl überwiegende Zahl ärztlicher Fachrichtungen von einer deutlichen Solidarerhöhung betroffen wäre. Des Weiteren können Versicherungsunternehmen nach derzeitiger Rechtslage nicht zu einer Aufgabe ihrer bisherigen Fachgebetskalkulation gezwungen werden, so dass ein Versicherer mit neuen Einheitsprämien wohl nur noch schwere Risiken zu nicht auskömmlichen Beiträgen eindecken würde.

Ergebnis

In seinen Haftungsregeln löst das Patientenrechtegesetz das Problem steigender Schadenaufwände nicht. In seinen Vorgaben zur Qualitätsverbesserung ist eine – wenn auch erst langfristig wirkende – Perspektive zu sehen. Die von außerhalb des Patientenrechtegesetzes angesprochenen Varianten können nicht von Seiten der Assekuranz, geschweige denn von Seiten eines einzelnen Unternehmens entschieden werden. Hier ist letztlich die Politik am Zug.

Timmy Klebb,
Mitglied des Vorstandes der Deutschen Ärzteversicherung AG,
Börsenplatz 1, 50667 Köln, Deutschland

1) Schlösser, MedR 2011, 227 ff.

2) Hellberg/Lonsing, VersWi 2010, 421 ff.

3) Hebammenvergütung: Zuschlag wegen höherer Haftpflichtprämien, DÄBl. 2010, 28–29.