

RA Nils Hellberg

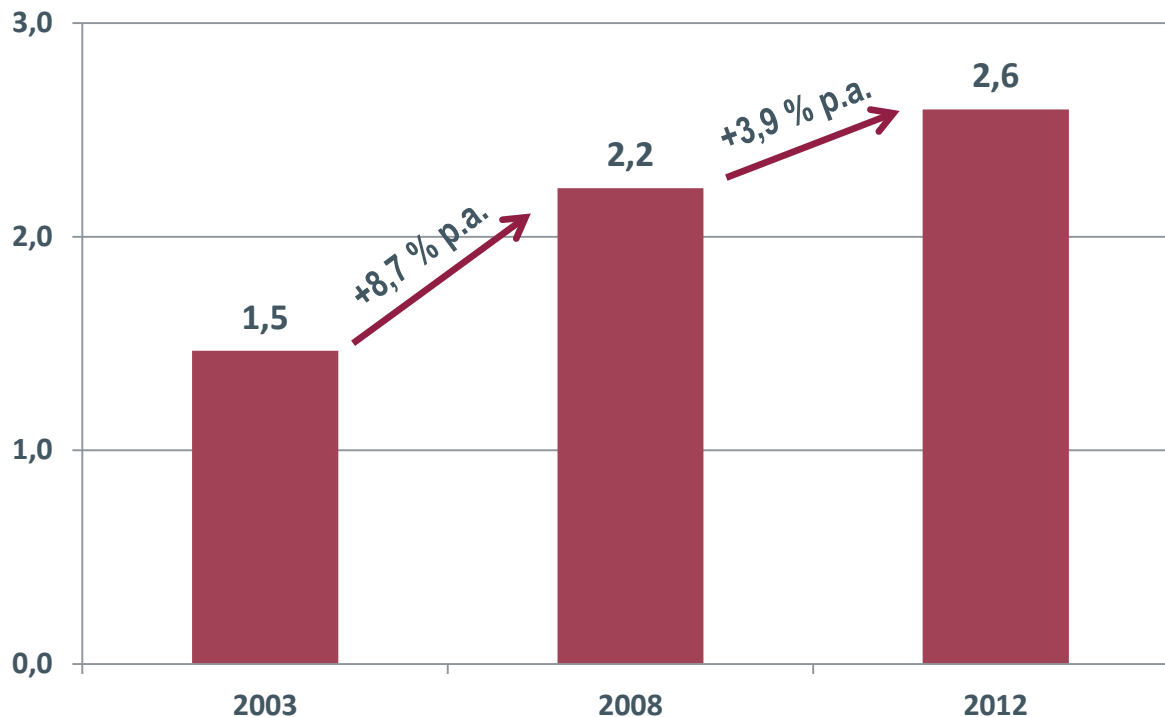
Lernen aus Fehlern – die Perspektive der Versicherungswirtschaft (Haftpflichtversicherer)

11. APS-Jahrestagung – WS 09: Aus Fehlern lernen
am 14./15. April 2016 in Berlin



Beispiel Verteuerung schwerer Personenschäden (1)

Verteuerung schwerer Geburtsschäden
(mittlerer Schadenaufwand in Mio. Euro)*



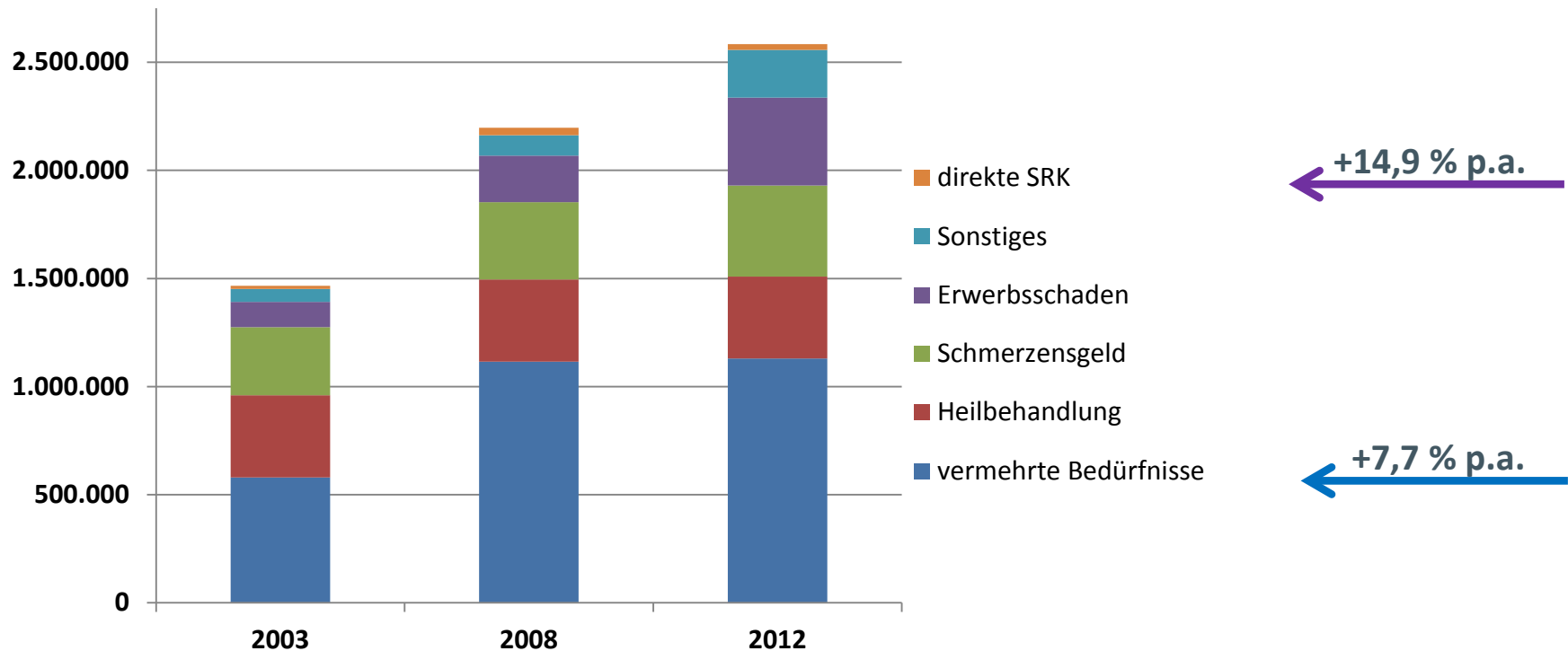
Gesamtanstieg:

6,6 % p.a.

* Ergebnisse aus GDV-Studien 2012 und 2013

Beispiel Verteuerung schwerer Personenschäden (2)

Schwere Geburtsschäden: Entwicklung der Schadenpositionen (mittlerer Schadenaufwand in Euro)*



* Ergebnisse aus GDV-Studien 2012 und 2013

Veröffentlichungen des GDV zum Heilwesen

Komposit | MÄRKTE

MÄRKTE | Komposit

Dramatische Teuerung von Personenschäden im Heilwesen

Eine Studie des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft zur Abwicklung in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung von Personenschäden aus dem Heilwesensbereich liefert neue Erkenntnisse. Besonders die Pflegekosten sind Kostentreiber.

Nils Hohlberg, Marco Lomsing

Der Themenkomplex „Entwicklung schwerer Personenschäden“, „Superinflation“ oder auch Hyperinflation ist seit längerer Zeit Gegenstand der Diskussion in vielen Bereichen der Haftpflichtversicherung. Besonders die Rückversicherer, die im Rahmen der nichtproportionalen Rückversicherung in besonderem Maße von Entwicklungen im Großschadenbereich betroffen sind, setzen sich bereits seit längerem intensiv mit diesem Thema auseinander – allerdings mit dem Fokus auf die Kraftfahrthaftpflichtversicherung – und präsentierten in verschiedenen Veröffentlichungen erste Ergebnisse hierzu.¹

Während Personenschäden für einen Rückversicherer das tägliche Brot darstellen und weite Teile des Portefeuilles dominieren, besonders natürlich die nichtproportionale Rückversicherung, spielen sie für einen Erstversicherer in vielen Bereichen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung nur eine untergeordnete Rolle. Bei einer näheren Betrachtung der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zeigt sich aber, dass es hier sehr wohl ein starkes Seg-

ment mit einem sehr hohen Anteil an Personenschäden und insbesondere Personenschäden gibt. Das gilt vor allem für das Segment Heilwesen. Dieses umfasst unter anderem Risiken wie Ärzte mit ambulanter und stationärer Tätigkeit, Krankenhäuser, Hebammen aber auch Heilpraktiker, ambulante Pflegedienste, Physiotherapeuten und Psychologen. Laut der Schadenprävalenzstatistik des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) sind seit mehr als 50 Prozent aller Schäden im Heilwesensegment Personenschäden, ihr Anteil am Aufwand im Meldejahr beträgt sogar fast 95 Prozent. Die Personenschäden über 50.000 Euro machen in diesem Segment zwar nur knapp zwei Prozent der Gesamtschadenzahl aus, ihr Meldejahresaufwand beträgt allerdings über ein Viertel des Gesamtaufwandes. Ein Erstversicherer mit nemmenwertem Geschäft im Bereich Heilwesen sieht sich also mit ähnlichen Schwierigkeiten bei der Reservierung der Schäden und der Beurteilung des Geschäftes angesetzt wie ein Rückversicherer.

Vor diesem Hintergrund hat der GDV ein einjähriges Projekt durchgeführt, in dem sowohl das allgemeine Abwicklungsverhalten von Personenschäden als auch die Entwicklung der durchschnittlichen Schadenhöhen über die Zeit und die zugrunde liegenden Kostentreiber untersucht wurden. Beteiligt an diesem Projekt waren insgesamt zehn Erstversicherer, die zusammen ungefähr 80 Prozent des dem GDV gemeldeten Heilwesengeschäftes repräsentieren. Das Projekt konnte Anfang Februar 2010 abgeschlossen werden. Die wesentlichen Erkenntnisse aus der im Januar 2010 abgeschlossenen Untersuchung und Gegenstand der folgenden Darstellungen.

Schadenteuerung bei schweren Personenschäden im Heilwesen

Zur Untersuchung der Schadenteuerung haben die beteiligten Erstversicherer Informationen zu einzelnen Großschäden aus zwei verschiedenen Meldejahresperioden (1995 bis 1998 bzw. 2000 bis 2003) an den Verband

Personenschäden verteuern sich dramatisch

GDV-Studie liefert neue Erkenntnisse für Kalkulation und Reservierung bei Krankenhäusern

Nils Hohlberg, Marco Lomsing

In Deutschland stellen rund 2.100 Krankenhäuser die stationäre und ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Diese hielten laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2010 rund 500.000 Betten vor, in denen sie gut 18 Millionen Fälle behandelten. Die Kosten für die Krankenhausversorgung in Deutschland betragen im Jahr 2010 fast 80 Mrd. Euro.

Die Entwicklung dieser Kennzahlen im zeitlichen Verlauf (siehe Abbildung 1) stellt sich sehr unterschiedlich dar. Die Anzahl der Betten in deutschen Krankenhäusern ist von 1991 bis 2010 um rund 24 Prozent zurückgegangen. Die Anzahl der Krankenhäuser sank im gleichen Zeitraum um ca. 14 Prozent. Betrachtet man die Anzahl der Fälle, die in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden, so zeigen sich in der zeitlichen Entwicklung mehrere Brüche. Die Gründe hierfür sind Änderungen in der Definition des „Behandlungsfalles“ und insbesondere die Einführung des DRG-Systems² in den Jahren 2003 bis 2005.

Die Abbildung 1 stellt darüber hinaus die Kostenentwicklung der deutschen Krankenhäuser und zum Vergleich die Entwicklung des Verbraucherpreisindex in den Jahren 1991 bis 2010 dar. Während die Verbraucherpreise in diesem Zeitraum um 40 Prozent gestiegen sind und damit um durchschnittlich 1,8 Pro-

zent pro Jahr, weisen die Krankenhäuser eine Kostensteigerung um 86 Prozent bzw. 3,3 Prozent pro Jahr auf.

Risikostruktur in Krankenhäusern deutlich vereinfacht

Bis einschließlich 2007 hatte der GDV seinen Mitgliedern empfohlen, als Bemessungsgrundlage für die Prämie der Haftpflichtversicherung eines Krankenhauses dessen Anzahl an Betten zu verwenden. Die Entwicklung der Bettenanzahl seit den 1990er-Jahren hat jedoch gezeigt, dass diese Größe heute kein adäquates Risikomaß mehr darstellt. Bei stark abnehmender Bettenanzahl steigen dem gegenüber die Zahl der behandelten Fälle und insbesondere der ambulanten Fälle sowie der Umsätze und Kosten der Krankenhäuser diametral an. Entsprechend erhöht sich auch das von Krankenhaushaftpflichtversicherer übernommene Risiko. Vor diesem Hintergrund wurden zwei alternative Tarifierungskonzepte diskutiert: Sie fußen auf der Anzahl der Behandlungsfälle (DRGs) oder dem Umsatz des Krankenhauses. Während einzelne Makler die Tarifierung auf Basis von Behandlungsfällen favorisieren, hat sich der Gesamtverband der Deutschen Versicherer (GDV) 2008 entschieden, seinen Mit-

gliedern den Umsatz eines Krankenhauses als Bemessungsgrundlage unverbindlich zu empfehlen. Zwar kann eine Tarifierung nach Fallzahlen das Risiko genauer abbilden, aber sie unterliegt einer wechselnden Definition der Zählweise. Darüber hinaus gibt es Probleme bei der Abgrenzung und der Zählung stationärer und ambulanter Fälle. De facto ist eine Tarifierung nach Fallzahlen sehr aufwendig in der Umsetzung und mit Unsicherheiten in der Qualität der Daten behaftet. Für eine Tarifierung nach Umsatz des Krankenhauses spricht, dass die Größe Umsatz für alle Beteiligten transparent ist. Sie ist einfach zu verarbeiten und bildet den gesamten Geschäftsbetrieb des Krankenhauses und damit das vollständige Risiko ab. Darüber hinaus stellen die Größe Umsatz und seine Entwicklung sowohl für das Krankenhaus als auch für den Versicherer eine stabile und verlässliche Basis dar.³

Im Zuge der Umstellung der Bemessungsgrundlage hat der GDV im Jahr 2008 auch die Risikostruktur zu den Krankenhäusern deutlich vereinfacht und auf verschiedene Krankenhausstypen umgestellt.⁴ Wegen dieser Umstellung konnte der GDV in den vergangenen Jahren dieses Segment nicht statistisch valide beobachten und keine Kalkulationskennzahlen hierfür ermitteln. Die Erkenntnisse des GDV zur Schadenteuerung bei schweren Personenschäden im Heilwesen⁵ haben darüber hinaus gezeigt, dass für langabwickelnde Segmente neue Kalkulationsansätze entwickelt werden müssen.

Entwicklung und Abwicklung von Haftpflicht-Schäden

Das Projekt des GDV zur Entwicklung von Personenschäden im Segment Heilwesen hat sowohl das allgemeine Abwicklungsverhalten von Personenschäden als auch die Entwicklung der durchschnittlichen Schadenhöhen über die Zeit und die zugrunde liegenden Kostentreiber untersucht.⁶ Es hat insbesondere gezeigt, dass sich gerade schwere Personenschäden im Heilwesen überproportional verteuern. Als hauptsächlich Kostentreiber konnten die Pflegekosten, Heilbehandlungs-kosten sowie der Erwerbsschaden identifiziert werden. Gründe für diese Entwicklung sind die steigende Lebenserwartung der Geschä-

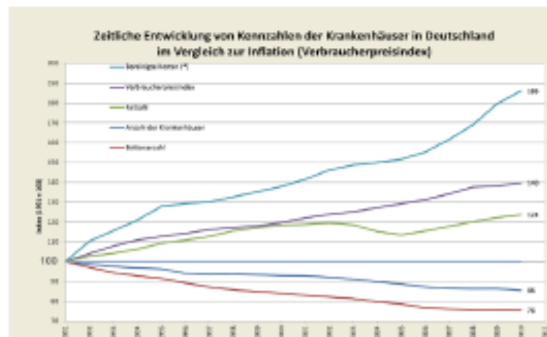


Abbildung 1: Die Zahl der Betten sinkt, trotzdem behandeln Krankenhäuser immer mehr Fälle.

Quelle: Statistisches Bundesamt. ² Aus Vergleichszwecken werden hier die Leistungen im Bereich ambulant, stationär sowie und stationär abgebildet. Kosten für Krankenhausleistungen, ambulante und stationäre Kosten. ³ Die Statistik über die Lebenserwartung (LE) des Statistischen Bundesamtes.

Lernen aus Fehlern als wichtiger Baustein zur Vermeidung/Reduzierung schwerer Schäden

Gerade vor dem Hintergrund der gravierenden Verteuerung schwerster Personenschäden können gutes Risikomanagement sowie Lernen aus Behandlungsfehlern und sog. „Beinahe-Fehlern“ zur Reduzierung der Häufigkeit dieser Schäden oder ihrer Schwere beitragen.

Beispiele aktueller Beiträge der Versicherungswirtschaft zur Förderung der Schadenvermeidung:

- Risikomanagement als Voraussetzung für den Erhalt von Versicherungsschutz
- Unterstützung der Leistungserbringer bei Einführung von obligatorischen Qualitätssicherungs- und –managementmaßnahmen nach § 135a SGB V
- Unterstützung der Maßnahmen zur weiteren Qualitätsverbesserung der Hebammenleistungen sowie (vergebliche) Anregung eines zentralen Behandlungsfehlerregisters bei Geburten im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes
- ganz konkret: z.B. „Simparteam“ – Übungsprogramm mit Geburtssimulator für das Kreißsaal-Training bei verschiedenen Komplikationen bei einer Geburt

Nutzen und Vorschläge zur Ausgestaltung eines zentralen Behandlungsfehlerregisters (1)

- Ein zentrales Behandlungsfehlerregister kann die Möglichkeiten, aus Fehlern zu lernen, verbessern
- Wünschenswert wären eine Vereinheitlichung vorhandener Behandlungsfehlerregister sowohl technisch (IT-Kompatibilität der Meldesysteme) als auch inhaltlich (z.B. einheitliche Melde“formulare“, bei Verwendung von Fachbegriffen)
- Zur Förderung einer breiten Mitwirkung am Melderegister: Sicherstellung von absoluter Vertraulichkeit und Anonymität der Meldungen
- Einbeziehung von sog. „Beinahe-Fehlern“ erforderlich
- Zeitnahe Meldung nach dem jeweiligen Ereignis
- Zentrales Behandlungsfehlerregister als Grundlage für die Entwicklung konkreter Maßnahmen zur Qualitätssicherung und –verbesserung

Nutzen und Vorschläge zur Ausgestaltung eines zentralen Behandlungsfehlerregisters (2)

- Die Behandlungsfehler sollten idealerweise möglichst zeitnah und durch diejenigen gemeldet werden, bei denen sie eingetreten sind - also die Leistungserbringer selbst: Krankenhäuser, Arztpraxen etc.
- Eine Meldung durch Haftpflichtversicherer wäre demgegenüber nicht gleichermaßen zielführend. Insbesondere können diese nur geltend gemachte Schäden melden. Die zugrunde liegenden Behandlungsfehler liegen oft schon Jahre zurück. „Beinahe-Fehler“ sind Haftpflichtversicherern nicht bekannt
- **Beginn mit einem Pilotprojekt:** Möglich wäre der Start in einem als vorrangig identifizierten Handlungsfeld (z. B. Geburtshilfe)

Grundlagen für ein Behandlungsfehlerregister

Entwicklung gemeinsamer Vorstellungen insbesondere über folgende Eckpunkte:

- Was soll mit dem Behandlungsfehlerregister erreicht werden?
- Welche Informationen sind dafür erforderlich? Was soll gemeldet werden?
- Wo liegen diese Informationen vor?
- Wie können die notwendigen Informationen generiert werden? Wer informiert? Wo werden die Informationen gesammelt?
- Wie wird Anonymität sichergestellt?
- Wer wertet die Informationen aus?
- Wer legt daraus welche Maßnahmen fest?
- Wer überprüft den Nutzen?
- Sollen Meldungen und Nutzung freiwillig sein?
- Was kostet das und wer trägt welche Kosten?

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

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

www.gdv.de |  @gdv_de

