

21.09.2007

8. Deutscher Medizinrechtstag

Patrick Weidinger

Patrick.Weidinger@dbv-winterthur.de

Umgang mit Long-Tail-Risiken in der Heilwesenhaftpflicht

1. Welche finanzielle Folge löst die Schadenmeldung beim Versicherer aus?
2. Was sind Spätschäden?
3. Weshalb sind Spätschäden für den Versicherer problematisch?
4. Claims Made und Spätschadenrisiken

Patrick Weidinger

Umgang mit Long-Tail-Risiken

1.

Welche finanzielle Folge löst die Schadenmeldung beim Versicherer aus?

- Die Meldung eines Schadenfalles führt beim Versicherer zu einer möglichst exakten **Aufwandsprognose***.
- Diese Prognose spiegelt sich in der finanziellen **Rückstellung (Reserve)** zu dem konkreten Schaden.

Schadenaufwand
Zahlungen

*Versicherungstechnisch umfasst der
Reserven und bereits erfolgte

Schadenersatzpositionen:

- **Schmerzensgeld** (Genugtuungs-/Wiedergutmachungsfunktion)
- **Heilbehandlungskosten/Pflegekosten** (Heilbehandlungskosten abzgl. ersparter Verpflegungskosten. Kein Anspruch auf fiktive Heilbehandlungskosten, OLG Köln VersR 00,1021)
- **vermehrte Bedürfnisse** (wie notwendige orthopädische Hilfsmittel)
- **Erwerbsschaden**
- **Unterhaltsansprüche** (in Höhe des gesetzlich geschuldeten Unterhaltes)
- **Beerdigungskosten** (inkl. Anzeigen, Erbschein, Grab, Grabstein, Trauerkleidung)
- **Regressansprüche** (Nach § 1542 RVO (für Schadenfälle bis 30.06.1983) und § 116 SGB X (für spätere Schadenfälle) geht ein Schadenersatzanspruch auf den Träger der Sozialversicherung über, soweit dieser Leistungen zu gewähren hat (Beispiele: Behandlungskosten, Pflegekosten). Nach § 119 SGB X geht ein Anspruch auf Ersatz von Beiträgen zur Sozialversicherung auf den Leistungsträger über.)
- **Ausgleichsansprüche** (Gesamtschuldverhältnis, § 421 BGB mit der Folge interner Ausgleichspflicht zu gleichen Anteilen, soweit nichts anderes bestimmt ist, § 426 BGB.)

Rückstellungen sind

- notwendige
- kaufmännische
- Einzelschadenrückstellungen
- gem. § 56 III VAG, §§ 152 VII AktG, § 5 I EStG.
- Sie sind **kaufmännisch** nach **bilanzrechtlichem Vorsichtsprinzip** zu ermitteln.

- Die **Rückstellungen nach HGB** für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle dienen der **Erfassung ungewisser Verbindlichkeiten** aus realisierten wirtschaftlichen Risiken., vgl. §§ 249 I 1, 341 g, 342 HGB. Ziel der HGB-Rechnungslegung ist die Ermittlung des ausschüttbaren Gewinns, der Gläubigerschutz und die Kapitalerhaltung.
Bilanzierungsgrundsatz ist das Vorsichtsprinzip.
- HGB-Reserve und steuerliche Bewertung laufen parallel (im Einzelnen siehe §§ 6 I Nr. 3a EstG, 20 ff KStG).

- Die Rechnungslegung nach **IAS/US-GAAP** bezweckt vor allem die Anlegerinformation und den Investorenschutz.
- Der Sarbanes-Oxley Act of 2002 (**SOX**) ist ein US-Gesetz zur verbindlichen Regelung der Unternehmensberichte als Reaktion auf die Bilanzskandale von Enron, Worldcom und anderen. In den USA börsennotierte ausländische Unternehmen müssen das Gesetz ebenfalls beachten. Über diese Schiene führt SOX zu nochmals verschärften Sicherheitsanforderungen an entsprechende Firmen.

- Für noch nicht gemeldete Versicherungsfälle ist die Rückstellung pauschal vorzunehmen (**IBNR**= Incurred but not reported).
- Verschiedene mathematische Verfahren sollen die entsprechende Prognose

Patrick Weidinger

Umgang mit Long-Tail-Risiken

2.

Was sind Spätschäden?

Patrick Weidinger

Umgang mit Long-Tail-Risiken

Spätschäden sind Schäden, die dem Versicherer zum

Abschluss des Versicherungsjahres noch nicht bekannt sind und erst später zu diesem Versicherungsjahr gemeldet werden.

In der Praxis dauert es oft fünf Jahre und mehr, bis die wesentlichen Vorgänge dieses einen Geschäftsjahres und die damit verbundenen finanziellen Aufwendungen feststehen.

Patrick Weidinger

Umgang mit Long-Tail-Risiken

3.

Weshalb sind Spätschäden für den
Versicherer problematisch?

Erst nach Ablauf aller denkbaren
Verjährungsfristen kann der Versicherer
sicher
sein, dass zu einem vergangenen
Geschäftsjahr keine Schäden
„nach“gemeldet
werden.

Patrick Weidinger

Umgang mit Long-Tail-Risiken

4.

Claims Made und Spätschadenrisiken

Als ein Verfahren, das dem Versicherer hilft, seine Spätschadenrisiken besser zu beherrschen, wird immer wieder „claims made“ genannt (siehe z. B. FTD v. 09.12.04: „Gesundheitswesen: Operation Kunstfehler“).

Claims made ordnet dem Versicherungsjahr die Anspruchserhebung zu und nicht wie Occurrence den Eintritt des Schadenereignisses.

Occurrence und Claims made - Modell

Occurrence

§ 149 VVG

„Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser

aufgrund seiner Verantwortlichkeit für **eine während der Versicherungszeit**

eintretende Tatsache einem Dritten zu bewirken hat.“

§ 1 Nr. 1 AHB

„Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz

für den Fall, dass er wegen eines **während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses** ... von einem Dritten auf

Schadenersatz in Anspruch genommen wird.“

Deckung bei Versichererwechsel

Claims made

Maßgeblich ist das **Datum der ersten Anspruchserhebung**

durch den Geschädigten gegenüber dem angeblichen Schädiger. Mögliche Fallalternativen:

- An occurrence schließt occurrence an
- An occurrence schließt claims made an
- An claims made schließt occurrence an
- An claims made schließt claims made an

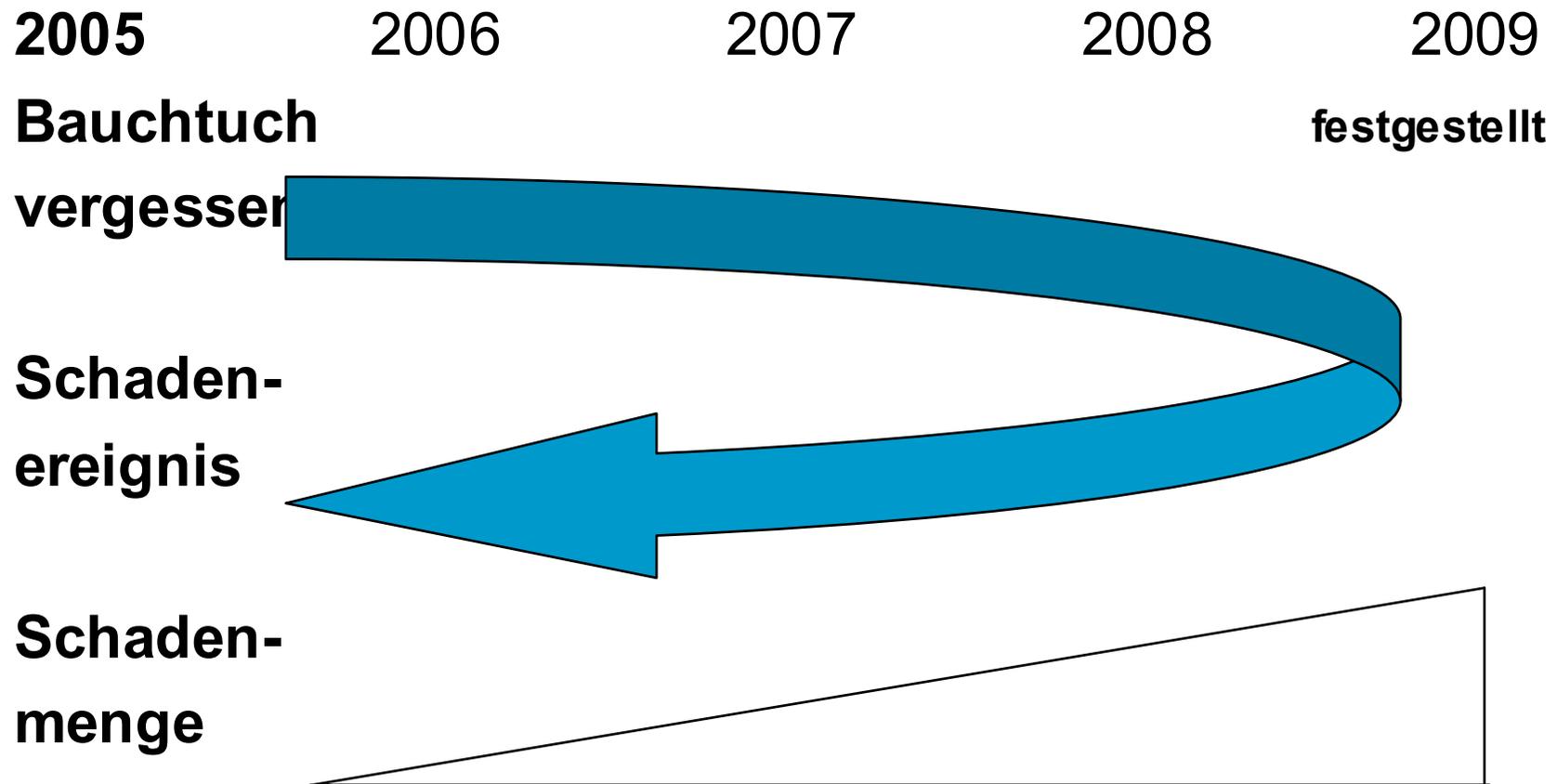
An occurrence schließt occurrence an



Zeitliche Zuständigkeit des jeweiligen Versicherers für eingetretene Schadenereignisse

(Veränderung der Körpersubstanz), hier also des Versicherers A

Occurrence und Spätschadenrisiko



An occurrence schließt claims made an

2005	2006
Bauchtuch vergessen	Ansprüche erhoben
Versicherer A	Versicherer B

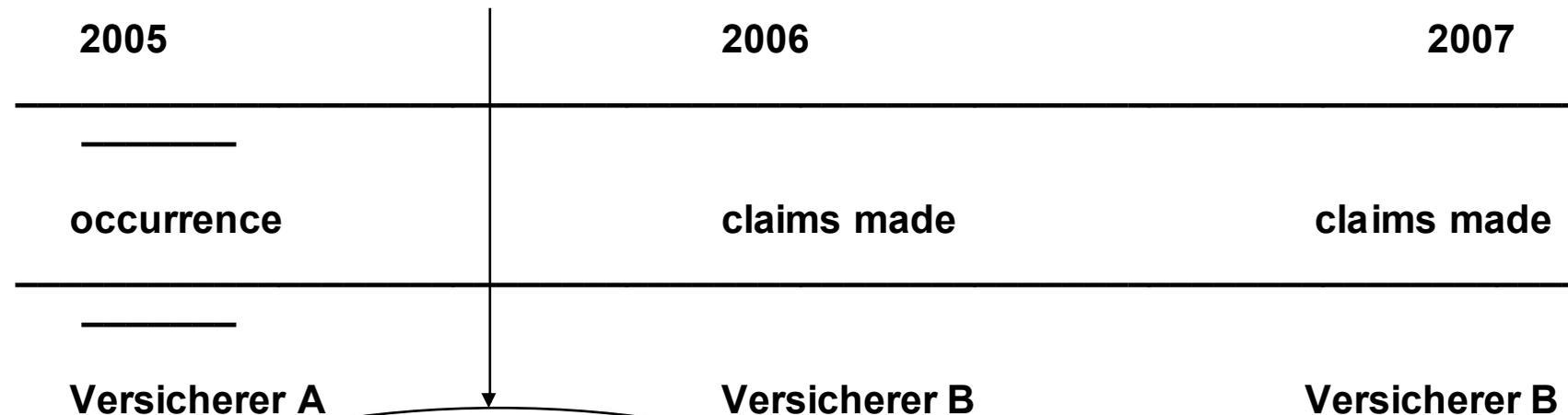
Vorversicherer deckt eingetretene Schadenereignisse, Nachversicherer Schäden, zu denen in

seinem Deckungszeitraum Ansprüche erhoben werden.

Es liegt eine Doppelversicherung vor, wenn der Nachversicherer seine Zuständigkeit nicht durch retro-active-date ausgeschlossen hat (Deckungsausschluss für Schäden, die bei Vorversicherer eingetreten, dort aber noch nicht gemeldet sind (ansonsten Doppelversicherung)).

Bei retro-active-date: Versicherer A ist zuständig.

An occurrence schließt claims made an



retro-active-date:
Versicherer B übernimmt nicht die Schäden,
die sich vor 2006 ereignet haben, und er trägt selbst
kein Spätschadenrisiko. Er fängt also äußerst
komfortabel bei „Null“ an.

An claims made schließt occurrence an

2005	2006
Bauchtuch vergessen	Ansprüche erhoben
Versicherer A	Versicherer B

Es besteht eine Deckungslücke für Schadenereignisse, die während des Vorversicherungsvertrages eingetreten sind, aber erst in der Nachversichererzeit gemeldet werden (typischer long-tail-Effekt der Arzthaftpflicht!!). Deshalb ist hier eine Nachhaftungsversicherung zu claims made erforderlich. Nachteil: Für die Nachhaftungszeit zahlt der Kunde doppelt (Beiträge für Nachhaftung und Nachversicherer)

An claims made schließt occurrence an

Risikotragung und Beitragszahlung

2005 **Meldungen zu Schäden „aus“ 2005 (und früher)** →
claims made **(Nachhaftungsbeitrag)** →

2006 **Ereignisse 2006** →
Occurrence
(Beitrag occurrence)

2007 **Ereignisse 2007** →
occurrence
(Beitrag occurrence)

An claims made schließt claims made an

2005	2006
Bauchtuch vergessen	Ansprüche erhoben
Versicherer A	Versicherer B

Versicherzuständigkeit nach jeweiliger claims-made-Regelung: Versicherer B ist zuständig für alle Fälle, in denen 2006 Ansprüche erhoben werden.

claims made vs. occurrence

- Ein bei CL mögliches **retroactive-date egalisiert sich für den Versicherer nach long-tail-Frist** durch das dann „normale“ Schadenaufkommen.
- Für den Versicherer geht der eigentliche Vorteil ("bei Vertragsende die Bücher zumachen") durch die bei Occurrence-Anschluss notwendige **Nachhaftungsversicherung** verloren.
- **Im ausschließlichen Claims Made Markt** muss der aktuelle Versicherer zwar nicht das Spätschadenrisiko aus seinem Versicherungszeitraum tragen, er übernimmt aber zu seinen Versicherungskonditionen einschließlich der Deckungssumme das **Spätschadenrisiko der Vorversicherer**.
- Der Versicherungsnehmer hat **für die Nachhaftungszeit zwei Beiträge** zu entrichten, an den früheren CL-Versicherer die Nachhaftungsprämie und an den Occurrence-Versicherer den aktuellen Beitrag.
- Theoretisch stellt die Claims-made-Deckung dem Versicherungsnehmer immer die **aktuelle Deckungssumme** zur Verfügung. Wegen der Long-Tail- Thematik wird sich dies bei Wechsel von Occurrence zu Claims-made aber **erst nach sehr vielen Jahren auswirken**.

DANKE
für Ihre Aufmerksamkeit!

