

Sitzung vom 27. August 2008

1313. Anfrage (Haftpflichtversicherungen öffentlicher Spitäler)

Kantonsrat Lorenz Schmid, Männedorf, hat am 2. Juni 2008 folgende Anfrage eingereicht:

Öffentliche Spitäler sind zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet. In den letzten Jahren hat sich vermehrt gezeigt, dass Haftpflichtversicherungen in Haftungsfragen ihrer Versicherten ungenügend Hand bieten zu einer speditiven aussergerichtlichen Erledigung möglicher Haftpflichtfälle und – vermehrt auch juristisch – versuchen, jegliche Verantwortungen abzulehnen. Diese restriktive Praxis schadet den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Je nach Höhe seines Selbstbehalts profitiert auch das Spital finanziell von einer restriktiven Schadensanerkennung der Haftpflichtversicherung.

Schätzungen zufolge werden gesamtschweizerisch gesehen seitens der öffentlichen Spitäler jährlich zwischen 50 und 100 Mio. Franken an Haftpflichtversicherungsprämien geleistet, wobei nur ein Bruchteil dieser Summen an die geschädigten Patientinnen und Patienten zurückfliesst. Die Vermutung liegt nahe, dass die öffentliche Hand doppelt bezahlt: einerseits in Form der jährlich anfallenden Haftpflichtversicherungsprämien, andererseits als (zusätzliche) Sozialleistungen, die wegen der persönlichen Verhältnisse der betroffenen Geschädigten der Allgemeinheit anfallen.

In diesem Zusammenhang ersuche ich den Regierungsrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie viel Haftpflichtversicherungsprämien haben in den letzten fünf Jahren die öffentlichen Spitäler im Kanton Zürich insgesamt entrichtet?
2. Wie viel Schadenersatzzahlungen sind seitens der Haftpflichtversicherungen in demselben Zeitraum erfolgt?
3. Wie gross war insgesamt der im Rahmen des Selbstbehalts von den Spitalern bezahlte Betrag?
4. Wie häufig kam es zu aussergerichtlichen Schadenersatzzahlungen, wie häufig zu gerichtlich festgelegten Schadenersatzzahlungen? Ist eine prozentuale Angabe in Bezug auf die Gesamtfallzahl resp. in Bezug auf die Gesamtschadenssumme möglich?

5. Was wird mit den Geldern unternommen, die von den Spitälern infolge der restriktiven Praxis der Haftpflichtversicherungen nicht als Selbstbehalt an Patientinnen und Patienten bezahlt werden müssen?

Auf Antrag der Finanzdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Lorenz Schmid, Männedorf, wird wie folgt beantwortet:

1. Vorbemerkungen

1.1 Zum Umfang der Beantwortung

Sämtliche Spitäler im Kanton Zürich sind verpflichtet, ihre Haftpflichtrisiken in geeigneter Form abzudecken, unabhängig davon, welche Rechtsform ihre Trägerschaft aufweist, ob sie vom Kanton, den Gemeinden oder von Privaten betrieben werden, und ob sie Subventionen beziehen (§ 36 Abs. 2 in Verbindung mit § 12 Abs. 2 Gesundheitsgesetz [GesG, LS 810.1]). Ob sie diese Abdeckung durch den Abschluss von Haftpflichtversicherungen, die Schaffung von Rückstellungen oder mittels Kombination von Rückstellungen und Haftpflichtversicherungen gewährleisten, fällt in die operative Eigenverantwortlichkeit der Betriebe.

Der Regierungsrat kann sich dementsprechend zur Schadenbelastung und zur Qualität der Schadenbearbeitung im Medizinalhaftpflichtbereich im Detail nur äussern, soweit kantonale Spitäler und Kliniken, die ins Versicherungskonzept des Kantons integriert sind, betroffen sind. Dabei handelt es sich um das Universitätsspital Zürich (USZ), das Kantonsspital Winterthur (KSW), die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), das Psychiatrie-Zentrum Hard Embrach (PZH), das Psychiatriezentrum Rheinau (PZR), den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich (KJPD), die Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW) sowie das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich. Zu bemerken ist, dass damit der grösste Teil der Hochspezialisierten und der Spezialisierten Versorgung (es fehlt hier lediglich das Stadtspital Triemli) sowie ein bedeutender Teil der Grundversorgung im Kanton Zürich erfasst wird, soweit diese durch Akutspitäler mit öffentlicher Rechtsträgerschaft erbracht werden (vgl. Zürcher Spitalliste 2001, Fassung vom 9. Januar 2008, ABI 2008, 107). Gerade die Hochspezialisierte und die Spezialisierte Versorgung bilden hinsichtlich Medizinalhaftpflicht einen besonders sensitiven Bereich.

Was die öffentlichen Spitäler auf Stufe Gemeinde bzw. Zweckverband betrifft, so beschränkt sich die vorliegende Antwort auf die Wiedergabe der bei einem solchen Spital mittlerer Grösse exemplarisch eingeholten Angaben.

Die Beantwortung der einzelnen Fragen kann zudem wegen versicherungstechnischer Besonderheiten teilweise nur in geänderter Form oder unter Ausweitung des in der Anfrage genannten Zeitraumes erfolgen.

1.2 Zum Versicherungskonzept und den Schadenerledigungszielen des Kantons

Da der Kanton in der Lage ist, ein beachtliches Risikopotenzial selber zu tragen, schliesst er, wo kein Obligatorium vorliegt, nur in Ausnahmefällen Versicherungen ab (vgl. u. a. § 5 Finanzcontrollingverordnung [FCV, LS 611.2]; Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Postulat KR-Nr. 82/2005 betreffend Risikobericht für den Kanton Zürich vom 13. Februar 2008, Ziffer 6 Versicherungskonzept (Vorlage 4479); Bericht der Geschäftsprüfungskommission über den Geschäftsbericht 2005 des Regierungsrates [KR-Nr. 227/2006], Teil Finanzdirektion, Generalsekretariat). Die Haftpflicht des Staates und der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalten ist heute vornehmlich in jenen Bereichen versichert, in denen die Schadenbehandlung wegen der Häufigkeit und Komplexität der Schadenfälle besonders aufwendig ist. Das trifft für die unter Ziffer 1 genannten Betriebe des Gesundheitswesens zu, die zusammen jährlich zwischen 120 und 150 Schadenfälle (inkl. Sachschäden) verursachen.

Bei den meisten Spitalhaftpflichtfällen handelt es sich um anspruchsvolle Körperschäden. Ein spezialisierter Spitalhaftpflichtversicherer vermag die Schadenerledigung in diesem Bereich weit rationeller und professioneller durchzuführen, als dies kantonsintern möglich wäre, da er aus einer grossen Menge schweizweit vergleichbarer Fälle ein hohes Know-how gewinnen und dafür eingespielte Abklärungs- und Erledigungsabläufe und ein Netzwerk zum Beizug betriebsexterner Experten unterhalten kann. Eine qualitativ hochstehende und effiziente Schadenbearbeitung ist nicht nur aus ethischer Sicht unabdingbar, sondern wirkt auch kostendämpfend. Eine nicht zeitgerechte und unprofessionelle Schadenbearbeitung, die allenfalls erst vor Gericht ihr Ende findet, führt letztlich fast immer zu höheren Schadenaufwendungen. Die Auslagerung der Schadenbearbeitung schafft nicht nur Professionalität, sondern auch die für alle Beteiligten notwendige Distanz zur eigenen Betroffenheit. Eine Fallregulierung durch kantonale Stellen allein gestützt auf spitalinterne Stellungnahmen oder Stellungnahmen von

Medizinalpersonen, die durch die betroffenen Spitalbereiche vermittelt worden sind, ist wegen der in den meisten Spitalhaftpflichtfällen auftretenden besonderen Befindlichkeiten zwischen Spital und Geschädigtenseite mindestens so lange nicht anzustreben, als der Versicherungsmarkt Spitalhaftpflichtversicherungen mit qualitativ hohen Schadenbearbeitungsleistungen zu vertretbaren Konditionen anbietet.

Die Haftpflicht für medizinische Behandlung durch öffentliche Spitäler im Kanton Zürich richtet sich nach dem Haftungsgesetz (HG, LS 170.1). Passivlegitimiert ist dabei nicht die Spitalhaftpflichtversicherung (kein direktes Forderungsrecht), sondern – je nach Spitalträger – der Staat, die verselbstständigte öffentlich-rechtliche Anstalt, der Zweckverband oder die Gemeinde. Auch bei Bearbeitung der Schäden durch die Haftpflichtversicherung verbleiben bestimmte formelle Zuständigkeiten gemäss Haftungsgesetz beim Spitalträger. Entsprechend ist dessen Mitwirkung bei der Fallerledigung bis zu einem gewissen Grad unabdingbar.

Sämtliche Haftpflichtdossiers der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken werden durch die Finanzdirektion systematisch überwacht und begleitet. Dabei wird der Einhaltung der vom Kanton und seinen selbstständigen öffentlich-rechtlichen Anstalten bei Staatshaftungsfällen angestrebten Abwicklungsziele besondere Beachtung geschenkt. Angestrebtes Abwicklungsziel bei einem Staatshaftungsfall, ob versichert oder nicht, ist immer die korrekte Erledigung. Ist die Sachlage erstellt und die Rechtslage klar, so soll ohne jegliche «taktische» Abwehrbemühungen die Ersatzleistung an die Geschädigtenseite in die Wege geleitet werden. Bestehen Unklarheiten bei der Sach- und Rechtslage, so soll der Geschädigtenseite zum gegebenen Zeitpunkt ein fairer, allen Umständen angemessen Rechnung tragender Vergleichsvorschlag unterbreitet werden. Dabei ist auf die grundsätzliche Beweislastverteilung Rücksicht zu nehmen, ohne sich die finanziellen Prozessrisiken der Geschädigtenseite über Gebühr zunutze zu machen. Die Gewichtungen können etwas verschoben werden, wenn die Geschädigtenseite unrealistische Forderungen stellt oder wenn es um die Regressforderung eines Sozialversicherers geht. Neben der Einhaltung der Abwicklungsziele wird bei der Fallbegleitung auch auf die Qualität der Stellungnahmen des Versicherers gegenüber der Geschädigtenseite grosser Wert gelegt. Ablehnungen oder Teilablehnungen müssen sachlich begründet sein und eine korrekte, angemessen vertiefte Darstellung der Sach- und Rechtslage enthalten. Die Haftpflichtversicherer, die mit der Schadenregulierung der Medizinalhaftpflichtfälle der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken betraut sind, tragen die geschilderten Erledigungsziele bei ihrer täglichen Arbeit mit.

Nicht zulässig wäre es indessen, zur Vereinfachung oder Beschleunigung der Fallabwicklung haftpflichtrechtlich klar nicht geschuldete Leistungen zu erbringen. Auch für einen Vergleich muss ein Mindestmass an Klärung der Sach- und Rechtslage vorliegen. Dass die Bearbeitungsdauer in Spitalhaftpflichtfällen mitunter lange Zeit in Anspruch nimmt, ist nicht auf den Beizug von Haftpflichtversicherungen zurückzuführen, sondern liegt in der Natur der Sache. In der Regel gilt es, komplizierte medizinische Abläufe und Zusammenhänge abzuklären. Dazu sind sämtliche relevanten medizinischen Akten auszuwerten, Rückfragen bei den Beteiligten zu stellen, externe Fachpersonen zu befragen usw. In vielen Fällen ist das Einholen von externen Gutachten und allenfalls Ergänzungsgutachten unumgänglich. Bis die Expertenmeinungen vorliegen, können trotz organisatorischer Unterstützung durch institutionalisierte Gutachterstellen mehrere Monate verstreichen. Die Erledigungsdauer wird im Übrigen gerade in komplexen Fällen auch stark von der Bearbeitungskadenz und eigenen Abklärungen seitens der Geschädigtenvertretung bestimmt. Letztlich kann auch die Länge der medizinischen Behandlungs- und allenfalls Genesungsdauer einen Einfluss auf die Bearbeitungsdauer haben.

Die aufwendigen Abklärungen wären auch dann vorzunehmen, wenn der Kanton oder seine verselbstständigten Akutspitäler die Schadenregulierung selber vornehmen würden. Auch in diesem Fall sind die staatshaftungsrechtlichen Grundlagen einzuhalten. Der Staat kann hier nicht freier agieren als eine Haftpflichtversicherung. Aufgrund der bei ihm anfallenden geringeren Fallzahlen könnte er diese Leistung allerdings nicht mit der gleichen Professionalität und Effizienz erbringen, ausser er würde dafür einen unverhältnismässigen Aufwand betreiben (Schaffung neuer interner Spezialistenstellen, vermehrte Beauftragung externer Rechtsanwälte usw.)

Der Kanton will durch den Abschluss von Spitalhaftpflichtversicherungen insbesondere die effiziente und korrekte Schadenerledigung gewährleisten. Dies findet seinen Niederschlag auch bei Submissionen von Spitalhaftpflichtversicherungen durch die Finanzdirektion. Das Zuschlagskriterium «Schadenbearbeitungsorganisation und Schadenbearbeitungsleistung» rangiert dabei regelmässig vor dem Kriterium Prämienhöhe bzw. Finanzaufwand.

2. Schadenbelastung bei Spital- und Klinikhaftpflichtpolicen (Fragen 1 und 2)

Die direkte Gegenüberstellung der in den letzten fünf Jahren geleisteten Haftpflichtprämien mit den in den letzten fünf Jahren durch die Haftpflichtversicherungen erfolgten Schadenersatzzahlungen ist nicht sinnvoll, weil zwischen den beiden Leistungen nur teilweise ein Zusam-

menhang besteht. Die meisten Haftpflichtpolicen der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken beruhen bis vor Kurzem noch auf dem sogenannten Verursachungsprinzip. Bei der grössten Police ist das auch heute noch der Fall. Danach sind sämtliche Schadenfälle versichert, die während der Versicherungsdauer verursacht werden, auch wenn sie erst Jahre später geltend gemacht werden (zeitlich unlimitierte Nachdeckung). Aber auch bei denjenigen Versicherungsverträgen, denen das Anspruchserhebungsprinzip zugrunde liegt (versichert sind Schadenfälle, die während der Versicherungsdauer gegen den Versicherten geltend gemacht werden), kommt es mitunter zu grossen zeitlichen Distanzen zwischen Prämieinzahlung und Schadenauszahlung. Denn sowohl für Verträge nach Verursachungsprinzip als auch für solche nach Anspruchserhebungsprinzip gilt, dass auch bei den für ein bestimmtes Versicherungsjahr bereits bekannten Fällen während längerer Zeit erst grob abgeschätzt werden kann, zu welchen finanziellen Aufwendungen sie bis zu ihrer definitiven Erledigung führen werden. Gerade die vielfach sehr hohen Sozialversicherungsregresse werden mitunter erst Jahre nach der Schadenverursachung erledigt (was für die Geschädigtenseite nicht nachteilig ist, weil Sozialversicherungen vorleistungspflichtig sind). Entsprechend kann jeweils erst nach Jahren beurteilt werden, ob sich ein Spitalhaftpflichtversicherungsvertrag in finanzieller Hinsicht für den Versicherungsnehmer oder für den Versicherer gelohnt hat. Je weiter ein zu beurteilender Versicherungszeitraum zurückliegt, umso klarere Aussagen sind möglich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Gesamtsummen der Prämien und der Kapitaldepoteinlagen (zur Finanzierung von Selbstbehaltsanteilen – vgl. nachstehend unter Ziffer 4), die für die Haftpflichtversicherungen der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken seit 1990 erbracht wurden, aufgeteilt in drei Versicherungszeiträume. Diesem Aufwand werden die gegenwärtig bekannten Schadenlasten, die über die Policen dieser Versicherungszeiträume abzurechnen sind, gegenübergestellt. Die Schadenlasten setzen sich zusammen aus dem Total der bis heute erfolgten Schadenzahlungen und dem Total der nach heutiger Beurteilung für künftige Schadenzahlungen für bereits gemeldete Fälle noch notwendigen Mittel (sogenannte Schadenreserven). Nicht berücksichtigt bei der Gegenüberstellung sind die zulasten der Versicherungsgesellschaften anfallenden, versicherungsinternen Schadenbearbeitungskosten.

Versicherungszeitraum	Prämien und Kapitaldepoteinlagen in Mio. Franken, gerundet	Zahlungen und Schadenreserven in Mio. Franken, gerundet
2003 bis 2007 (5 Jahre)	39	23
1998 bis 2002 (5 Jahre)	29	28
1990 bis 1997 (8 Jahre)	27	38

Versicherungszeitraum 2003 bis 2007

Für diese Periode wurden Prämien von rund 22,7 Mio. Franken (inkl. 5% Stempelsteuer) und Kapitaldepoteinlagen von rund 16,6 Mio. Franken, d. h. zusammen rund 39,3 Mio. Franken an Versicherungsgesellschaften geleistet. Diesem Aufwand stehen derzeit Zahlungen und Schadenreserven für bekannte Fälle von rund 23 Mio. Franken gegenüber. Schlussfolgerungen lassen sich daraus keine ableiten, da viele Fälle noch nicht gemeldet worden sind und viele Schadenreserven erst auf einer Grobschätzung beruhen und im weiteren Verlauf der Schadenbearbeitung noch in erheblichem Umfang nach oben oder unten korrigiert werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei gutem Schadenverlauf ein bedeutender Teil der geleisteten Kapitaldepoteinlagen zur Finanzierung des vertraglich vereinbarten Selbstbehaltsanteils durch die Versicherung zu einem späteren Zeitpunkt wieder zurückerstattet werden.

Versicherungszeitraum 1998 bis 2002

Für diese Periode wurden Prämien von rund 16,8 Mio. Franken (inkl. 5% Stempelsteuer) und Kapitaldepoteinlagen von rund 12,3 Mio. Franken, d. h. zusammen rund 29,1 Mio. Franken an Versicherungsgesellschaften geleistet. Diesem Aufwand stehen derzeit Zahlungen und Schadenreserven für bekannte Fälle von rund 28 Mio. Franken gegenüber. Auch hier kann noch keine endgültige Beurteilung vorgenommen werden, allerdings werden die künftigen Veränderungen bei diesem bereits weiter zurückliegenden Zeitraum geringer ausfallen. Die Nachmeldungen von Schadenfällen für diese Versicherungsjahre sind weniger zahlreich und die Festlegung der Schadenreserven beruht in den meisten Fällen auf einer breiteren Informationslage.

Versicherungszeitraum 1990 bis 1997

Für diese Periode wurden Prämien von rund 16,8 Mio. Franken (inkl. 5% Stempelsteuer) und Kapitaldepoteinlagen von 10 Mio. Franken, d. h. zusammen rund 26,8 Mio. Franken an Versicherungsgesellschaften geleistet. In diesen Zahlen sind auch die Kosten enthalten, die für den späteren Zukauf von zusätzlicher Versicherungsdeckung angefallen sind, weil der sehr schlechte Schadenverlauf Anfang der 90er-Jahre zu einer vorzeitigen Ausschöpfung der Deckungssummen führte. Dem genannten Aufwand stehen derzeit Zahlungen und Schadenreserven für bekannte Fälle von rund 38,3 Mio. Franken gegenüber. Die Beurteilung für diesen Versicherungszeitraum kann als weitgehend endgültig bezeichnet werden. Es kommt kaum noch zu Nachmeldungen von Fällen und die Schadenlast beruht weitestgehend auf erfolgten Schadenzahlungen und nur noch in sehr geringem Umfang auf Schadenreserven.

Zusammenfassend kann bezüglich der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken festgehalten werden, dass sich der Abschluss von Haftpflichtversicherungen für die heute endgültig beurteilbaren Versicherungsjahre 1990 bis 1997 für den Kanton sehr deutlich gelohnt hat. Für die Versicherungsjahre 1998 bis 2002 zeigt sich nach den heutigen Beurteilungsgrundlagen ein beinahe ausgeglichenes Bild, wobei sich die Situation bis zur Erledigung sämtlicher Schadenfälle in beide Richtungen noch verändern kann. Bezüglich der jüngsten Fünfjahresperiode (2003 bis 2007) sind aufgrund der beschriebenen Umstände noch keine Aussagen möglich.

Was die Schadenbelastung beim exemplarisch befragten öffentlichen Spital auf Stufe Gemeinde bzw. Zweckverband betrifft, so stehen dort den in den letzten fünf Jahren geleisteten Prämien von 2,3 Mio. Franken Schadenzahlungen von 0,13 Mio. Franken und Schadenreserven von 3,7 Mio. Franken gegenüber. Das Spital weist darauf hin, dass die Höhe der Schadenreserven vorsichtig zu interpretieren sei, da sie auch Fälle umfasse, die sie rein vorsorglich der Versicherung gemeldet habe.

3. Beteiligung des Versicherungsnehmers am Risiko (Fragen 3 und 5)

Bei keiner der Haftpflichtpolice der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken ist ein klassischer Selbstbehalt vereinbart worden. Allerdings beruht die grösste Haftpflichtpolice seit dem Versicherungsjahr 1998 auf einem sogenannten alternativen Risikofinanzierungsmodell. Nach diesem Modell leistet der Versicherungsnehmer einerseits eine feste Jahresprämie und andererseits jährliche Einlagen (stempelabgabefrei) in ein vom Versicherer für den Versicherungsnehmer geführtes Kapitaldepot. Als Gegenleistung für die Jahresprämien übernimmt die Versicherung die Schadenbearbeitung und einen massgeblichen Teil der während der Versicherungsdauer verursachten Schadenaufwendungen. Der übrige Teil der Schadenaufwendungen wird dem Kapitaldepot belastet. Für die Belastung des Kapitaldepots ist ein Höchstwert pro Vertragsdauer festgelegt. Nach dessen Erreichen setzt eine Volldeckung durch die Versicherung ein, die ebenfalls durch die Jahresprämie abgegolten gilt. Wird das Depot nicht vollständig ausgeschöpft, wird der Saldo an den Versicherungsnehmer zurückerstattet. Dies ist allerdings erst dann der Fall, wenn die gesamte Schadenbelastung der Police bekannt ist, was in der Regel erst mehr als zehn Jahre nach Ende der Laufzeit des Vertrages der Fall ist. Daraus ergibt sich auch, dass für das versicherte Spital zum Zeitpunkt der Erledigung des jeweiligen Einzelfalles kein operativer Anreiz bestehen kann, mit Blick auf mögliche Depotrückzahlungen auf eine restriktive Schadenregulierung hinzuwirken. Die Beteiligung des Staates bzw. des Spitals am Risiko über ein derart langfristiges Modell hat keinen Ein-

fluss auf den unternehmerischen Handlungsspielraum des Betriebes, entlastet aber bis zu einem gewissen Grad die Versicherung und bewirkt damit viel eher das Gegenteil.

Was das exemplarisch befragte öffentliche Spital auf Stufe Gemeinde bzw. Zweckverband betrifft, so wurden dort in den letzten fünf Versicherungsjahren im Rahmen des vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes durch das Spital Zahlungen im Umfang von Fr. 55 000 geleistet.

4. Prozesshäufigkeit bei kantonalen Spitälern und Kliniken (Frage 4)

In den Jahren 2003 bis 2007 hat die Finanzdirektion für die ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken insgesamt rund 650 Haftpflichtschadendossiers (inkl. Sachschäden) archiviert. In diesen abgeschlossenen Dossiers kam es in rund 350 Fällen zu Zahlungen an die Geschädigtenseite. Lediglich in zwei der rund 650 Dossiers wurde von Geschädigtenseite ein Prozess eingeleitet, was einem Anteil von 0,3% entspricht. Bei einem dieser Prozesse kam es zu einer Klageabweisung, beim anderen zu einem vor Gericht geschlossenen Vergleich. Beim vor Gericht geschlossenen Vergleich wurden der Geschädigtenseite rund Fr. 150 000 zugesprochen, was etwas weniger als 15% der in diesem Prozess eingeklagten Summe entsprach.

Von den in den Jahren 2003 bis 2007 im Zusammenhang mit den genannten Betrieben neu eingegangenen rund 690 Schadenersatzforderungen wurden bis heute sieben vor Gericht anhängig gemacht (je eine in den Jahren 2003 bis 2005, je zwei in den Jahren 2006 und 2007). Fünf dieser Prozesse sind gegenwärtig noch hängig. Gemessen an den Werten dieser Teilmenge beträgt der Anteil der prozessual ausgetragenen Fälle rund 1%. Natürlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass es im weiteren Verlauf der Bearbeitung dieser Fälle zu zusätzlichen Prozesseinleitungen kommt.

Der Anteil der vor Gericht ausgetragenen Haftpflichtforderungen und der vor Gericht allenfalls zugesprochenen Schadenersatzzahlungen bei den in das Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitälern und Kliniken kann damit als sehr gering bezeichnet werden.

Analog verhält es sich beim exemplarisch befragten öffentlichen Spital auf Stufe Gemeinde bzw. Zweckverband. Bei diesem waren in den letzten fünf Jahren überhaupt keine Prozessfälle zu verzeichnen.

5. Schlussfolgerungen

Der Anfrage können zwei Stossrichtungen entnommen werden. Einerseits geht es um die Frage, ob die Abklärungen von Haftpflichtfällen infolge der Mitwirkung von Versicherungen in die Länge gezogen werden, und andererseits um die Vermutung, dass der finanzielle Auf-

wand für die Schadenregulierung von Spitalhaftpflichtfällen über Haftpflichtversicherungen für die öffentliche Hand im Kanton Zürich zu hoch sei. Beides trifft, wie dargelegt, nicht zu. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine Regulierung der Medizinalhaftpflichtschäden nach den geltenden Rechtsgrundlagen ohne Beizug von spezialisierten Haftpflichtversicherungen zu längeren Bearbeitungszeiten führen wird. Ob sich der Abschluss der Haftpflichtversicherungen insgesamt und über einen längeren Zeitraum betrachtet für den Kanton lohnt oder nicht, ist von der Zufälligkeit des jeweiligen Schadenablaufes abhängig. Es liegt in der Natur des Versicherungsabschlusses, dass diese Beurteilung immer erst im Nachhinein vorgenommen werden kann. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass jedenfalls bei den in der vorliegenden Antwort dargestellten Spital- und Klinikhaftpflichtpolicen im Geltungsbereich des kantonalen Versicherungskonzeptes keine unverhältnismässige Verteilung der Chancen und Risiken zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bestanden hat. Es war eher die Seite der Versicherer, die hier stärker belastet wurde.

Die Finanzdirektion als zuständige Direktion für die Beschaffung des Versicherungsschutzes und der Begleitung der Schadenfälle der ins Versicherungskonzept des Kantons integrierten Spitäler und Kliniken sowie die Gesundheitsdirektion als gesundheitspolizeiliche Aufsichtsbehörde über die Spitalbetriebe und Kliniken sind nur sehr selten mit Klagen von Patientinnen oder Patienten über schleppende oder ungenügende Erledigungen von Schadenersatzansprüchen konfrontiert.

Die Ausführungen zur eigenen Versicherungs- und Schadenregulierungspraxis des Kantons finden ihre Bestätigung auch in einer beim Schweizerischen Versicherungsverband (SSV) eingeholten Stellungnahme. Gemäss einer Studie des SSV, der ein zehnjähriger Beobachtungszeitraum zugrunde lag (1993 bis 2003), wurde festgestellt, dass die durchschnittliche Schadenbelastung bei Spitälern in der Schweiz 130% der Prämien betrug. Bezüglich der Prozesszahlen hat eine Auswertung des SSV unter Einbezug aller Spitäler auf dem Gesamtmarkt Schweiz ergeben, dass lediglich 1 bis 1,5% aller Schadenfälle prozessual ausgetragen werden.

Bereits am 31. März 2008 wurde von Kantonsrätin Erika Ziltener, Zürich, und Kantonsrat Yves de Mestral, Zürich, ein Postulat betreffend Prämien und Zahlungen der Haftpflichtversicherung der Spitäler des USZ und des KSW und allenfalls weiterer Spitäler (KR-Nr. 121/2008) eingereicht. Der Inhalt des Postulates und der vorliegenden Anfrage sind in weiten Teilen identisch. Der Regierungsrat hat dem Kantonsrat im Juni 2008 seine Bereitschaft zur Entgegennahme des Postulates KR-Nr. 121/2008 mitgeteilt. Detailliertere Angaben zum Thema Haftpflicht-

versicherungen öffentlicher Spitäler im Kanton Zürich können im Rahmen der Berichterstattung zum genannten Postulat erhoben und dargestellt werden.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Finanzdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi