

Versicherungsmedizin und klinische Medizin

Gemeinsamkeiten und Unterschiede: eine Standortbestimmung

Prof. Dr. med. Regina Kunz, lic. iur.

Yvonne Bollag, Dr. med. Wout de Boer

Academy of Swiss Insurance Medicine,
Universität Basel

Résumé

La médecine des assurances ne diffère pas de la médecine clinique autant qu'on ne le présume d'ordinaire. La principale différence réside dans les deux types différents d'interaction avec le patient qui les caractérisent, l'une étant diagnostic-traitement et l'autre expertise-évaluation. La médecine des assurances pourrait profiter d'une meilleure intégration de la médecine fondée sur les preuves.

Zusammenfassung

Die Unterschiede zwischen Versicherungsmedizin und klinischer Medizin sind weniger ausgeprägt als häufig angenommen. Ein essentieller Unterschied liegt in der Interaktion mit dem Patienten – ärztlich-therapeutisch oder gutachterlich-bewertend. Die Versicherungsmedizin könnte von einer stärkeren Integration der evidenzbasierten Medizin profitieren.

Einleitung

In vielen Ländern Europas befindet sich die Versicherungsmedizin auf dem Weg, sich als eigene medizinische Disziplin zu etablieren, um für die heterogenen medizinischen Fragen innerhalb von Privat- und Sozialversicherungen das notwendige Wissen und Erfahrung zur Verfügung zu stellen. In der Schweiz hat diese Professionalisierung zur Einrichtung einer Professur für Versicherungsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, der Academy of Swiss Insurance Medicine /asim, geführt, angebunden im Bereich Medizin des Universitätsspitals Basel. Die asim deckt alle drei Schwerpunkte einer medizinischen Professur mit Versorgung (polydisziplinäre Begutachtung), Forschung und Lehre ab.

Mit der Entstehung der Versicherungsmedizin entwickelt sich auch das Berufsfeld des Versicherungsmediziners, das aufgrund der vielfältigen Aufgaben interdisziplinär geprägt ist und neben der Medizin multiple Schnittstellen zu anderen Disziplinen aufweist (Abbildung). Diese Vielfalt zeigt auch das von der asim seit 2011 angebotene postgraduale Ausbildungsprogramm «Master Versicherungsmedizin», das von einem breit ver-

ankerten Lehrkörper gestaltet wird, um den verschiedenen Berufsbildern und Anforderungen in der Versicherungsmedizin gerecht zu werden (<http://www.asim.unibas.ch/> asim Lehre und Beitrag «Bildungsangebote in der Versicherungsmedizin» in diesem Medinfo).

Eine Hauptaufgabe der Versicherungsmedizin ist die Einschätzung medizinischer Sachverhalte, um in einem juristischen Kontext medizinisch bedingte Leistungsansprüche zu klären: auf der einen Seite die Taggeldversicherung für kurzfristige Arbeitsunfähigkeit und für einen breiteren Leistungskatalog bei der Invaliden-, Unfall- und Haftpflichtversicherung, inklusive Arzthaftpflichtversicherungen und andererseits auf der Versorgungsseite die Krankenversicherung. Letztere wird im vorliegenden Artikel nur am Rande gestreift, obwohl viele der angesprochenen Prinzipien auch für die Krankenversicherung gelten. Zusätzlich schätzt sie das Risiko für ungünstige Gesundheitsereignisse in der Zukunft (Underwriting, Aufnahme in eine private Versicherung). Daneben sind Versicherungsmediziner als Case Manager für schwere Fälle aktiv oder helfen bei der Gestaltung neuer Produkte und der Entwicklung neuer Märkte, hier durchaus auch im präventiven Bereich.

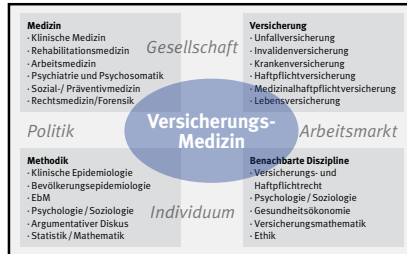


Abbildung: Die Interdisziplinarität der neuen Fachrichtung Versicherungsmedizin. Alle vier Säulen der Versicherungsmedizin – Medizin – Versicherungen – Methodik – benachbarte Disziplinen – sind eingebettet in einem Umfeld aus Politik und Arbeitsmarkt, Gesellschaft und Individuum. Die genannten Disziplinen und Einflussfaktoren sind nicht abschliessend.

Der folgende Vergleich zwischen der Versicherungsmedizin und der klinischen Medizin legt seinen Schwerpunkt auf die Begutachtung und betrachtet zuerst die Gemeinsamkeiten, dann die Unterschiede zwischen den beiden Richtungen und zeigt anschliessend auf, was die junge Disziplin Versicherungsmedizin von der altherwürdigen klinischen Medizin lernen kann.

Gemeinsamkeiten

Beiden gemeinsam ist die «Medizin» als Mutterdisziplin

Die gemeinsame Ausbildung zum Arzt und die Weiterbildung in der Regel zum Facharzt, die Entwicklung gemeinsamer professioneller Werte und Sozialisierung als Arzt gewähren dem Versicherungsmediziner und dem behandelnden Arzt eine wichtige Voraussetzung, um miteinander zu kommunizieren und die unterschiedlichen Perspektiven zu teilen und mitzuteilen.

Die medizinischen Grundthemen

Der behandelnde Arzt wie der Versicherungsmediziner befassen sich in ihrer Arbeit mit den grossen ärztlichen Grundthemen: Ätiologie / Diagnose, Screening / Prognose / Prävention / Therapie / Rehabilitation. Allerdings fällt die Gewichtung unterschiedlich aus.

Der Arzt in der klinischen Medizin handelt. Damit liegt sein Fokus stärker auf der Früherkennung (Screening) und Beschwerdeabklärung (Diagnostik) und in der Folge auf Massnahmen zur Verhinderung (Prävention) oder Behandlung (Therapie) von Krankheiten und der Wiederherstellung des früheren körperlichen, psychischen und sozialen Zu-

stands der Patienten (medizinische Rehabilitation). Fragen der Prognose, der Ätiologie und Kausalität treten eher in den Hintergrund.

Der Versicherungsmediziner bewertet. In der versicherungsmedizinischen Begutachtung wie auch in der Risikobewertung des Underwritings steht die Einschätzung der Prognose einer Person im Zentrum: Wie gross ist das Risiko des Antragstellers aufgrund welcher Faktoren, einen bestimmten Gesundheits- oder Krankheitszustand zu erreichen? Medizinische Gutachten für die Unfallversicherung, einschliesslich der Beurteilung von Berufserkrankungen, erfordern Wissen über die Ätiologie (Kausalität), d.h. über die Zuordnungen, welche Noxe (zu welchem Anteil) einen Gesundheitsschaden hervorrufen kann. Präventive Massnahmen erhalten insbesondere in der Unfallverhütung vermehrte Aufmerksamkeit. Diagnostische, therapeutische und rehabilitative Massnahmen haben dagegen einen weniger prominenten Stellenwert.

Ein besonderer Fall ist die Begutachtung bei Arzthaftpflichtfragen, wo ausgewiesene Experten mit gutem theoretischem Wissen und langjähriger praktischer Erfahrung in ihrem Fach nicht nur die Kla-

viatur der klinischen Grundthemen beherrschen, sondern mit der notwendigen Sorgfalt einen Abgleich des Falls mit dem professionellen Standard vornehmen müssen, um schicksalhafte Entwicklungen von unzureichender Sorgfaltspflicht abzugrenzen.

Um ihrer Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten, dem Versichertenkollektiv und der Gesellschaft gerecht zu werden, müssen sich der behandelnde Arzt wie der Versicherungsmediziner über die neuesten medizinischen Entwicklungen in Diagnostik und Behandlung und die neuesten Forschungserkenntnisse zu Krankheitsverläufen auf dem Laufenden halten, gesichertes Wissen von medizinischen Moden unterscheiden und das Wissen kritisch in ihren Arbeitsalltag einbringen können.

Beide Mediziner arbeiten in einem Versicherungskontext

Beide, der Mediziner in der Patientenversorgung wie der Versicherungsmediziner, bewegen sich in einem Versicherungskontext. Im Hinblick auf die verschreibbaren diagnostischen und therapeutischen Leistungen agiert der praktizierende Arzt in dem Rahmen, den die obligatorische Krankenversicherung

vorgibt. Selten einmal liegt eine Grauzone vor, bei der die Leistungsrückstattung im Ermessensspielraum des Vertrauensarztes einer Krankenversicherung liegt oder es handelt sich um freiwillig versicherbare Zusatzleistungen. Leistungen ausserhalb des so definierten Leistungskatalogs muss der Patient vollständig aus der eigenen Tasche («out of pocket») bezahlen.

Demgegenüber klärt der Versicherungsmediziner den medizinischen Sachverhalt im vertraglichen oder gesetzlichen Kontext von Versicherungen ab. Aber er hat durchaus Möglichkeiten, auch in die kurative Versorgung des Patienten einzugreifen, z. B. im Rahmen der Begutachtung über die Empfehlung von weiteren diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vor Eintritt einer Leistungsgutsprache.

Fliessender Übergang zwischen Versorgung und Versicherungsmedizin

Erscheinen die handlungsorientierte klinische Medizin und die bewertende Versicherungsmedizin auf den ersten Blick als Gegenpole ärztlicher Tätigkeiten, zeigt sich auf den zweiten Blick ein Kontinuum mit fliessendem Übergang. So agieren behandelnde Ärzte bereits als

«Gutachter», wenn sie ihrem Patienten eine ärztliche Bestätigung z. B. für eine sportliche Betätigung ausstellen oder ihn wegen Grippe eine Woche «krankschreiben». In diesen Situationen nehmen sie – oft unbewusst – einen Rollenwechsel vor.

In der Schweiz sind behandelnde Ärzte oft auch als Gutachter oder beratende Ärzte für Versicherer tätig. Eine asymmetrische Untersuchung unter Psychiatern zeigt für die Schweiz breiten Konsens, dass gutachterlich tätige Ärzte auch eigene Patienten betreuen sollten. Der ausschliesslich als Gutachter tätige Arzt ist hier seltener zu finden und wird eher kritisch beäugt. Das kann in anderen Ländern ganz anders sein. So haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ihren eigenen medizinischen Dienst (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände MDS / Medizinischer Dienst der Krankenkassen MDK) oder bei den Rentenversicherern in den Niederlanden beurteilen vollberufliche Gutachter mit Facharzt in Versicherungsmedizin die Patienten. Dabei erfolgt die Facharzt-ausbildung in einer Rotation zwischen Sozial- und Privatversicherern.

Unterschiede

Interdisziplinarität der Disziplin

Die Versicherungsmedizin lebt von der Interdisziplinarität. Versicherungsmedizinische Fragestellungen reichen in die medizinischen, rechts-, natur-, und geisteswissenschaftlichen Fachrichtungen, wie auch diese aus ihrer eigenen Disziplin heraus Interessen und Berührungspunkte mit versicherungsmedizinischen Fragestellungen aufweisen (siehe Abbildung). Allerdings fristen Experten mit versicherungsmedizinischem Interesse in ihrer Mutterdisziplin meist ein weitgehend unbemerktes Nischendasein und ihre Diskussionsbeiträge und Forschungsergebnisse bleiben auch unter den Versicherungsmedizinern weitgehend unbeachtet. Versicherungsmedizin als eigene Disziplin hat die Möglichkeit, die Experten aus ihren Nischen herauszulocken und ihnen eine Plattform zu bieten, die öffentlichen Diskurs und Austausch ermöglicht und die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Faches vorantreibt.

Fokus und Verantwortlichkeit

In der klinischen Medizin steht eine Person mit ihren individuellen Bedürfnissen

im Vordergrund, wenn sie wegen gesundheitlichen Problemen und Anliegen den Arzt aufsucht. Dabei übernimmt der Arzt mit Verständnis und Empathie die Rolle des medizinischen Anwalts des Patienten, und der Patient vertraut dem Arzt, dass dieser ihn nach bestem Wissen und aktuellem Standard versorgt. In der Begutachtung fordert der Versicherte aufgrund von gesundheitlichen Einbußen von der Gesellschaft oder dem Versicherungskollektiv eine Leistung ein, für die er sich in der Vergangenheit versichert hat: Invaliden-Rente (IV / UV); Übernahme von beruflichen Reintegrationsleistungen (IV) Behandlungskosten (UV / KV); Entschädigung für einen Gesundheitsschaden (UV / Haftpflicht). Ein Arzt überprüft Eintritt, Ausmass und Ursache des Schadenfalles oder es geht um eine Einschätzung der zukünftigen Gesundheitssituation bei Aufnahme in eine Versicherung (Underwriting, Aufnahme in eine private Krankenversicherung oder Lebensversicherung). Hier agiert der Versicherungsmediziner in der Rolle des medizinischen Sachverständigen und hilft damit, zwischen den Ansprüchen des einzelnen und dem Kollektiv der Versicherten respektive der Gesellschaft abzuwägen.

Um den Vorwurf, der Gutachter sei «Anwalt des Versicherers» von vorneherein aus dem Weg zu räumen, wählen viele Versicherer in kritischen Fragen einen Sachverständigen, der weder vom Versicherer angestellt ist noch den Patienten behandelt und der damit in gleicher Distanz von den Interessen des Versicherers wie von denjenigen des Patienten eine medizinische (Leistungs-) Einschätzung der strittigen Frage abgibt. Dabei steht der kollektive Vertrag zwischen dem Individuum und der Gemeinschaft der Versicherten im Vordergrund, und der sachverständige Arzt entscheidet als Vertreter der Werte des Kollektivs. In weniger strittigen Fällen, wenn die Interessen von Versicherer und Versicherten eher kongruent scheinen, beurteilen angestellte Versicherungsmediziner die medizinischen Zusammenhänge und die zu erwartenden Folgen. Diese Beurteilungen fliessen dann in den weiteren administrativen Prozess ein.

Ethische Fragen und Werte

Begutachtungen sind sehr speziell und für die meisten betroffenen Menschen eine ungewohnte Situation. Umso wichtiger ist es, dass sich die betroffenen Personen klar sind über die Rahmenbe-

dingungen, in denen sie sich befinden. Dafür erhalten sie besonderen Schutz durch die Standesordnung der FMH, die explizit verlangt, dass Gutachter die Patienten über die nicht-therapeutische Beziehung aufklären, die in der Begutachtungssituation gegeben ist und ihnen auch die damit verbundenen Konsequenzen aufzeigen, wie z. B. die Aufhebung der Schweigepflicht. Auch die Wertvorstellungen, die den anstehenden Entscheidungen zugrunde liegen, sind in einer therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung andere – hier fließen primär die Patientenwerte in die Entscheidungen ein – als in einer gutachterlichen Situation, bei der die Kollektivwerte mitberücksichtigt werden müssen.

Wo kann die junge Disziplin Versicherungsmedizin von der altehrwürdigen klinischen Medizin lernen?

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Versicherungsmedizin unverändert stark auf das medizinische Expertenwesen ausgerichtet. Sie hat die Entwicklungen der letzten 20 Jahre in der klinischen Medizin verschlafen, in der auch Expertenmeinungen mit Studienwissen wissenschaftlich be-

legt sein müssen. Stichwort: Evidenzbasierte Medizin. National und international sind viele gesetzliche Krankenversicherer inzwischen dazu übergegangen, vor einer regelhaften Leistungsübernahme unabhängig durchgeführte Wirksamkeitsnachweise für Leistungen einzufordern, die von ihnen mit den öffentlichen Mitteln (Prämien und Steuern) finanziert werden sollen. Die privaten Krankenversicherer haben in der Regel diesen Anforderungen nachgezogen. Auch die Schweiz hat mit dem Medical Board eine neue leistungsbewertende Institution eingerichtet. Braucht es mehr evidenzbasierte Versicherungsmedizin? Die Antwort ist ein eindeutiges JA. Es existieren bereits Konzepte für evidenzbasiertes Underwriting und evidenzbasierte Risk Assessments, nicht zuletzt motiviert durch den Druck von Verbrauchern, die zugrundeliegende Risikoberechnung für ein bestimmtes medizinisches Problem offen zu legen.

Wie könnte auch eine evidenzbasierte Begutachtung ausschauen? Hier lohnt es sich, von den Erfahrungen der klinischen Medizin zu lernen: Vor 22 Jahren hat die klinische Medizin angefangen, den professionellen Standard in Form von Expertenmeinungen durch Behand-

lungsgleitlinien zu ersetzen. Deren Entwicklung und Präsentation ist über die Jahre zunehmend evidenzbasierter, strukturierter, und transparenter geworden sind. Seit kurzem existiert mit dem GRADE System ein internationaler Konsens zur Leitlinienentwicklung, um eine glaubwürdige und informative Grundlage für die Behandlung individueller Patienten zu bilden. Die deutsche Rentenversicherung kennt für unterschiedliche Krankheitsbilder einen professionellen Begutachtungsstandard – auch wenn er für viele Themen gerne etwas 'evidenzbasierter' sein dürfte. Empfehlungen sind handlungsorientiert. Viele gutachterliche Fragestellungen drehen sich jedoch um Überlegungen zur Prognose und zur Kausalität. Hier helfen Evidenzsynthesen in Form von systematischen Reviews und Meta-Analysen weiter, in denen das Studienwissen zusammengetragen, bewertet und nutzerfreundlich aufgearbeitet ist. Dieses Studienwissen kann der einzelne Gutachter abrufen und in die Bewertung seines individuellen Begutachtungspatienten einbauen. Dazu gibt es bereits Vorbilder aus der Versicherungsmedizin: Störungen assoziiert mit Schleudertrauma; evidenzbasierte Leitlinien der

WHO und aus Australien zum Mild Traumatic Brain Injury. Mit einem evidenzbasierten Vorgehen erhalten auch die Richter im Streitfall die erforderliche Transparenz über die Gesamt-Situation zur Beurteilung von Sachverhalten und können die Fälle damit sachgerechter entscheiden.

Aktuell ist das versicherungsmedizinische Wissen weit verstreut und oft nur schwer auffindbar. Die klinische Medizin hat uns mit der Cochrane Collaboration vorgemacht, wie eine Sammlung des vorhandenen versicherungsmedizinischen Wissens aussehen könnte. Die Cochrane Collaboration hat in einer nun 20-jährigen internationalen Zusammenarbeit bisher mehr als 7000 systematischen Reviews zu präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Interventionen erstellt und in der Fachwelt wie der Öffentlichkeit verbreitet. Die Versicherungsmedizin braucht ein vergleichbares Studienregister für versicherungsmedizinische Fragestellungen – insbesondere zu Fragen der Prognose, der Diagnostik (einschliesslich der Diagnostik der Leistungsfähigkeit) und der Ätiologie und eine Zusammenarbeit zur Erstellung von systematischen Reviews. Mit einer solchen systemati-

schen Erhebung und Analyse werden auch die wichtigsten Wissenslücken in der versicherungsmedizinischen Forschung offengelegt. Mit internationaler Anstrengung wird dieses Ziel gelingen. Die klinische Medizin hat uns gezeigt, dass es möglich ist.

Literaturverzeichnis

1. Swiss Medical Board. www.medical-board.ch/ (Zugriff am 10.4.2012)
2. Milano AF. Evidence-based Risk Assessment. *J Ins Med* 2001; 33:239-250.
3. Australian Human Rights Commission. Guidelines for Providers of Insurance and Superannuation www.hreoc.gov.au/disability_rights/standards/insurance/insurance_adv.html (Zugriff am 10.4.2012)
4. M.J. Field and K.N. Lohr (eds.) *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Institute of Medicine. 1990. Washington, DC: National Academy Press. p. 38.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336(7650):924-926
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. Springer Berlin Heidelberg; Auflage: 7. aktualisierte Aufl.
7. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995; 20 (8 Suppl): 1S-73S.
8. Cassidy JD, von Holst H, Nygren A, Schubert J, Carroll LJ, Peloso PM et al. Best evidence synthesis on mild traumatic brain injury: results of the who collaborating centre for neurotrauma, prevention, management and rehabilitation task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med Suppl* 2004; 43.
9. Motor Accidents Authority New South Wales, Guidelines for mild traumatic brain injury following closed head injury, MAA, Editor. 2008, Sydney. <http://www.maa.nsw.gov.au/default.aspx?MenuID=148> (Zugriff am 10.4.2012)
10. The Cochrane Collaboration www.cochrane.de (Zugriff am 10.4.2012)
11. Die Cochrane Library. www.thecochrane-library.com (Zugriff am 10.4.2012)