

Bedeutung der medizinischen Untersuchungen für die Risikoprüfung in der Personenversicherung

Karl Groner, Zurich Leben

Wo im folgenden Artikel zu Gunsten der besseren Verständlichkeit nur männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, sind darunter stets auch die weiblichen Bezeichnungen zu verstehen.

Résumé

L'évaluation des risques revêt une grande importance pour l'assurance privée de personnes. La nécessité de l'évaluation des risques et de l'examen médical est démontrée à l'aide des concepts de sélection et d'anti-sélection. L'article traite également des possibilités d'évaluer le risque à assurer et de la manière de procéder à l'évaluation dans les différents domaines d'assurance. Que se passe-t-il lorsqu'un risque augmenté de maladie a été constaté suite à un examen médical? Est-il vraiment possible de quantifier la valeur de l'examen médical? Ces questions et la problématique qui les entoure montrent au médecin praticien dans quel environnement il se meut quant il doit examiner un de ses patients ou une personne inconnue pour une société d'assurance.

Zusammenfassung

Die Risikoprüfung ist für die private Personenversicherung von grosser Bedeutung. Anhand der Begriffe Selektion und Antiselektion wird die Notwendigkeit der Risikoprüfung und der medizinischen Untersuchung aufgezeigt. Im Artikel wird ausserdem beschrieben, welche Möglichkeiten bestehen, das Versicherungsrisiko zu prüfen und wie die Prüfung in den verschiedenen Versicherungssparten durchgeführt wird. Was geschieht, wenn anlässlich der ärztlichen Untersuchung ein erhöhtes Krankheitsrisiko festgestellt wird? Lässt sich der Wert der medizinischen Untersuchung überhaupt quantifizieren? Mit diesen und weiteren Fragen soll dem praktizierenden Arzt aufgezeigt werden, in welchem Umfeld er sich bewegt, wenn er einen seiner Patienten oder eine ihm unbekannt Person für eine Versicherungsgesellschaft untersuchen soll.

Weshalb braucht es die Risikoprüfung?

Basis des Versicherungsgedankens ist das Solidaritätsprinzip mit dem Leitsatz «Einer für alle, alle für einen». Vollständig umgesetzt ist dieses Prinzip in der

Sozialversicherung. In der IV beispielsweise ist die gesamte Bevölkerung der Schweiz ab Geburt versichert. Es gibt keine Wahlmöglichkeit, beizutreten oder nicht. Eine Risikoselektion oder -prüfung ist nicht erforderlich, da durch den Beitrittszwang automatisch ein Versichertenkollektiv entsteht, das der gesamten Bevölkerung mit ihrem Risikospektrum entspricht. Die Invalidisierungswahrscheinlichkeiten der Versicherten entsprechen denen der Gesamtbevölkerung.

Anders verhält es sich bei freiwilligen Versicherungen, z. B. in der privaten Lebensversicherung oder der Kranken-Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Bei Freiwilligkeit versichern sich tendenziell eher Personen, die ihr Risiko (zu erkranken, invalid zu werden oder zu sterben) als erhöht einschätzen. Diese sogenannte Antiselektion würde dazu führen, dass die Schadenswahrscheinlichkeit in einem solchen, auf Freiwilligkeit basierenden Kollektiv grösser wäre als im Gesamtkollektiv. Folge wäre, dass höhere Prämien verlangt und tendenziell immer weiter erhöht werden müssten. Die Versicherten mit gutem Risiko wären nicht

mehr bereit, für ihr eigenes, als tief eingeschätztes Risiko hohe Prämien zu entrichten: Sie würden nach und nach aus der Versichertengemeinschaft austreten. Dies würde zu weiteren Prämien erhöhungen und schlussendlich zum Ruin der Versicherung führen. Um dieser auf den individuellen Vorteil ausgerichteten Tendenz zu begegnen, gibt es verschiedene Möglichkeiten, z. B.:

- Beschränkung der Beitrittsmöglichkeit: Bestimmte Personen sind von der Versicherung ausgeschlossen, z. B. Personen über 65 Jahre, Personen in ärztlicher Behandlung oder mit verminderter Arbeitsfähigkeit.
- Karenzfristen: Definierte Leistungen werden erst nach Ablauf einer bestimmten Zeitperiode erbracht (z. B. in den ersten 3 Jahren nur Unfall gedeckt, Krankheit erst ab 4. Jahr).
- Ausschlussklauseln, z. B. generell für Krankheiten, die bei Abschluss bereits bestehen.

All diese Varianten haben den Nachteil, dass sie grobmaschig und nicht in jedem Einzelfall wirksam sind. Eine Karenzfrist beispielsweise ist bei chronischen

Krankheiten wenig wirksam. Ausserdem können Auslegungsprobleme und Ungerechtigkeiten die Folge sein. Beispiel: «Ausschluss von bei Abschluss bestehenden Krankheiten»: Die Behandlungskosten für den Herzinfarkt werden abgelehnt, weil der Patient wegen Hypertonie in Behandlung war. Auslegungsfrage: Ist der Herzinfarkt die Folge der Hypertonie? Ist es auf der anderen Seite gerecht, dass beim nicht therapierten, stark übergewichtigen (und evtl. auch hypertonen) Mann die Kosten übernommen werden?

Die individuelle Risikoprüfung wird der jeweiligen Situation am ehesten gerecht: Die Risikosituation des Einzelnen wird individuell geprüft, und die Annahmbedingungen können fallspezifisch festgelegt werden.

Mit der Risikoprüfung wird aber nicht nur die Antiselektion bekämpft. Vielmehr sollen alle Antragsteller zu Bedingungen versichert werden, die ihrem individuellen Risiko entsprechen. Personen, deren Gesundheitsrisiko deutlich über dem statistischen Durchschnittswert des Versichertenkollektivs liegt, können nicht zu Normalbedingungen versichert werden. Das Zusatzrisiko

muss in solchen Fällen mit Prämienzuschlägen kompensiert, mit Vorbehalten eingeschränkt oder gar abgelehnt werden. Erfahrungsgemäss werden in der Schweiz z. B. in der Einzel-Lebensversicherung weniger als 1% der Anträge abgelehnt und in weniger als 10% Risikozuschläge erhoben oder Vorbehalte angebracht. In der Kollektiv-Lebensversicherung (berufliche Vorsorge) sind diese Zahlen noch weit tiefer.

Möglichkeiten der Risikoprüfung

Vorausgeschickt werden muss, dass jegliche Art der Risikoprüfung nur mit der Zustimmung der zu versichernden Person erfolgen kann. Die Versicherungsanträge enthalten deshalb jeweils eine Zustimmungserklärung mit folgendem oder ähnlichem Worlaut (Beispiel Zurich Leben):

...Ferner wird Zurich ermächtigt, bei Amtsstellen und weiteren Dritten im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, der Vertragsabwicklung oder einem allfälligen Versicherungsfall sachdienliche Auskünfte einzuholen. Insbesondere ermächtigt die zu versichernde Person mit ihrer Unterschrift

die behandelnden Ärzte, Spitäler und sonstige Drittpersonen, Zürich bzw. deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Versicherungsantrag und der Vertragsabwicklung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie entbindet zu diesem Zwecke diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht. ...

Schäden mit hohen Versicherungssummen belasten die Versichertengemeinschaft naturgemäss stärker. Die Risikoprüfung ist deshalb bei hohen beantragten Leistungen umfangreicher als bei tiefen.

Die einfachste Art der Risikoprüfung ist die Gesundheitserklärung. Der Antragsteller unterzeichnet z. B. eine Erklärung mit folgendem Wortlaut:

«Ich erkläre, dass ich gesund und vollständig arbeitsfähig bin.»

Diese sehr rudimentäre Bestätigung kann selbstverständlich in ihrem Umfang erweitert werden.

Die nächste Stufe ist ein durch den Antragsteller zu beantwortender Fragebogen: Dieser beinhaltet je nach Versi-

cherungsleistung und Gesellschaft zwischen 3 und 20 medizinische Fragen (Körpermasse, Anamnese, Genuss- und Suchtmittelkonsum, Heredität). Daneben werden auch Fragen zu Freizeitaktivitäten, Reisen, Beruf etc. gestellt.

Die dritte Stufe, die bei hohen und sehr hohen Leistungen zur Anwendung kommt, ist die ärztliche Untersuchung. Der Antragsteller wird gebeten, sich bei einem Arzt seiner Wahl für eine Untersuchung gemäss den Vorgaben der Versicherungsgesellschaft anzumelden. Basis der Untersuchung ist der «Ärztliche Untersuchungsbericht der Schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften», ein vierseitiges Formular, in dem der Arzt zusammen mit dem Antragsteller die Anamnese erfasst und die Resultate der ärztlichen Untersuchung einträgt (einsehbar unter <http://www.svv.ch/de/medizin/formulare>). Das Formular wird von allen Lebensversicherern in der Schweiz, aber auch von anderen Personenversicherern verwendet. Das 2009 überarbeitete Formular wurde im Medinfo 1 / 2010 vorgestellt.

Abhängig von der Versicherungsart und der Höhe der Leistungen wird diese Un-

tersuchung durch Laboruntersuchungen, EKG und allenfalls bildgebende Untersuchungen ergänzt.

Idealerweise kann der Versicherer aufgrund der erwähnten Unterlagen einen Annahmeentscheid treffen. Deklariert der Kunde Vorerkrankungen, die versicherungsstatistisch relevant sein könnten, wird die Gesellschaft in der Regel aktuelle, medizinisch abgesicherte Informationen beim behandelnden Arzt einholen. Bei ärztlichen Untersuchungen sind die Informationen in der Regel detaillierter als bei Eigendeklarationen des Antragstellers, sodass sich aufwändige Rückfragen meist erübrigen. Wichtig für die Beurteilung ist die Angabe der genauen Diagnose samt Zusatzinformationen wie Schweregrad, Laborwerte, Tumorklassifikation, Verlauf, Dauer, Heilung resp. Restbeschwerden etc.

Der Versicherer ist darauf angewiesen, dass die Informationen aus Fragebogen und Untersuchung aktuell, vollständig und wahrheitsgetreu sind. Dies im Interesse aller Mitglieder der Versicherten-gemeinschaft, die ein Anrecht auf Gleichbehandlung und Fairness haben. Bei unwahren oder unvollständigen Anga-

ben des Antragstellers hat der Versicherer gemäss Art. 4+6 des VVG das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Dies kann für den Versicherungsnehmer schwerwiegende Folgen haben, denn im Schadenfall riskiert er, dass die dringend benötigten Versicherungsleistungen verweigert werden müssen.

Die rechtliche Verantwortung des Arztes für wahrheitsgetreue, objektive und vollständige Auskünfte ist im OR, Art. 398 geregelt. Er handelt im Rahmen eines «einfachen Auftrages» und «haftet dem Auftraggeber für getreue und sorgfältige Ausführung des ihm übertragenen Geschäftes».

Risikoprüfung in den verschiedenen Versicherungssparten

Einzellebensversicherung

Da der Abschluss freiwillig ist, wird praktisch immer eine summen- und altersabhängige Risikoprüfung durchgeführt. Im Durchschnitt aller Gesellschaften ist bis zu einer Todesfallsumme von ca. CHF 400 000 ein Fragebogen ausreichend, ab Alter 50 bis rund CHF 300 000. (Beim Risiko der Erwerbsunfähigkeit

zählt in der Regel das Zehnfache einer Jahresrente als Risikosumme.) Oberhalb dieser Grenze wird eine ärztliche Untersuchung verlangt, meist ergänzt mit einem HIV-Test und – wenn die günstigeren Nichtraucher-Bedingungen beantragt werden – einem Cotinin-Test. Ab CHF 600 000* wird ein Laborscreening (z. B. CRP, Hkt, Hb, Lc, SGPT, GGT, HbA1c, Chol., HDL) veranlasst, ab CHF 1 000 000* zusätzlich die Hepatitis-B- und -C-Serologie, ein EKG und ab Alter 45 eine Ergometrie. Je nach Gesellschaft werden weitere Untersuchungen verlangt (z. B. PSA und Prostata-Palpation ab Alter 50). Abhängig von der Zusammensetzung des Geschäfts der jeweiligen Gesellschaft erfordern schätzungsweise 3–5% aller Abschlüsse eine ärztliche Untersuchung.

(* Beispiel Zurich Leben.)

Kollektiv-Lebensversicherung (berufliche Vorsorge nach BVG)

Die berufliche Vorsorge ist gesetzlich geregelt. Bei den obligatorischen Leistungen sind keine Risikozuschläge oder Deckungseinschränkungen erlaubt, womit sich eine Risikoprüfung erübrigt. Auch bei den überobligatorischen Leistungen ist die Gefahr der Antiselektion

gering, da grundsätzlich ein Kollektiv planmässig versichert werden muss und eine Einzelperson keine Leistungen nach eigenem Gutdünken beantragen kann. Die Risikoprüfung hat deshalb vornehmlich das Ziel sicherzustellen, dass keine sehr hohen Leistungen zu ungenügenden Prämien ins Versichertenkollektiv aufgenommen werden. Anders als in der Einzelversicherung sind Annahmepaxis und Untersuchungslimiten der verschiedenen Versicherer und Vorsorgeeinrichtungen in der Schweiz uneinheitlich. Am Beispiel von Zurich Leben muss ein Fragebogen erst ab einer Risikosumme von CHF 1 000 000 beantwortet werden. Eine ärztliche Untersuchung ist erst ab CHF 1 800 000 erforderlich. Bei sehr kleinen Gruppen können die Limiten tiefer sein.

Deutlich weniger als 1% der zu versichernden Personen werden in diesem Versicherungszweig zu einer ärztlichen Untersuchung aufgeboten.

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Für diesen Versicherungszweig gibt es kein gesetzliches Obligatorium. Die Aufnahmebedingungen sind in der Regel von der Firmengrösse und dem zu versichernden Lohn abhängig. Will sich ein

Betriebsinhaber mit seiner Kleinfirma für ein von ihm selbst festgelegtes Taggeld versichern, muss wegen des Risikos der Antiselektion praktisch immer zumindest ein Fragebogen beantwortet werden. Bei grösseren Firmen mit planmässiger, lohnabhängiger Versicherung aller Mitarbeiter kann es hingegen sein, dass bis zu beträchtlichen Lohnsummen kein Fragebogen beantwortet werden muss. Eine Gesundheitsbestätigung ist hingegen immer erforderlich. Eine ärztliche Untersuchung könnte im Fall des Betriebsinhabers z. B. ab CHF 50 000 Jahresleistung, im Fall der grösseren Firma ab CHF 300 000 Lohn erforderlich sein.

Private Krankenversicherung

Die Leistungen nach KVG sind obligatorisch und unterliegen keinerlei Risikoprüfung. Zusatzversicherungen nach VVG werden individuell geprüft. Die meisten Krankenversicherer ordnen keine von der Leistungsart oder -höhe abhängigen ärztlichen Untersuchungen an. Der Antragsteller beantwortet im Normalfall einen Fragebogen. Kritische Diagnosen werden entweder direkt abgelehnt oder mittels Rückfrage beim behandelnden Arzt weiter abgeklärt.

Wer beurteilt die medizinischen Informationen?

Die Fragebogen werden durch medizinisch geschulte Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der Gesellschaft ausgewertet und gegebenenfalls durch bereits vorhandene Informationen aus früheren Abschlüssen und Schadenfällen ergänzt. Wenn nötig werden zusätzliche Informationen beim behandelnden Arzt angefordert. Klare, einfachere Fälle werden durch den Mitarbeiter selbst beurteilt. Komplexere Tatbestände und Untersuchungen mit zusätzlichen Unterlagen wie EKG und Röntgenbilder werden dem beratenden Arzt der Gesellschaft zur Beurteilung vorgelegt.

Wie werden erhöhte Risiken kompensiert?

Personen, deren Sterbens- oder Invalidisierungswahrscheinlichkeit aufgrund von Vorerkrankungen, akuten oder chronischen Gesundheitsstörungen oder sonstigen Risikofaktoren deutlich von der Norm abweicht, müssen mit Prämienzuschlägen, Deckungseinschränkungen oder gar mit der Ablehnung rechnen. Beim Todesfallrisiko werden die Prämienzuschläge aufgrund der statistisch

erwarteten Mehrsterblichkeit errechnet. Diese Zuschläge können temporär (z. B. nach Krebserkrankungen) oder permanent (z. B. bei Diabetes) sein. In der Regel werden Prämienzuschläge bei Mehrsterblichkeiten im Bereich von 25–500% erhoben. Darüber ist eine Ablehnung meist unvermeidlich.

Die Berechnung der jeweiligen Sterblichkeit basiert auf Studien, die in der Fachliteratur oder von staatlichen oder internationalen Gesundheitsorganisationen publiziert werden. Ergänzt werden diese Daten durch Erhebungen grosser Versicherungsgesellschaften anhand ihrer Versichertenbestände. Auf Basis solcher Daten haben die grösseren Rückversicherungsgesellschaften für ihre Kunden, die Erstversicherer, Tarifierungsrichtlinien erarbeitet. Diese ermöglichen eine einfache, auf objektiven Kriterien basierende Risikoeinschätzung.

Beim Erwerbsunfähigkeitsrisiko ist die Eintretenswahrscheinlichkeit des versicherten Ereignisses statistisch weniger gut voraussehbar, da diese stark durch subjektive Elemente beeinflusst wird. Bei psychischen Erkrankungen oder

Krankheiten mit starker Schmerzsymptomatik (z. B. rheumatische Erkrankungen) ist eine Risikokompensation durch eine Mehrprämie oft nicht möglich und deshalb eine Deckungseinschränkung erforderlich.

Lässt sich der Wert der medizinischen Untersuchung quantifizieren?

Nein! Es ist nicht möglich, den Wert der medizinischen Untersuchung in Franken und Rappen zu erfassen. Folgende Betrachtungen werden Ihnen aber den Schluss erlauben, dass medizinische Untersuchungen für das Funktionieren der Personenversicherung eine grosse Bedeutung haben.

Der Vergleich der Bevölkerungsstatistik mit der Versichertenstatistik zeigt klar auf, dass die lebensversicherten Personen eine geringere Sterblichkeit aufweisen als die Gesamtbevölkerung. Abbildung 1 vergleicht die Männersterblichkeit gemäss Erhebung des Schweizerischen Versicherungsverbandes, Periode 2001–2005, mit der Sterblichkeit der Schweizer Männer gemäss Statistik des BFS 2009. Beispielsweise beträgt im Alter 40 die Versichertensterblichkeit 0.000862 gegenüber

0.001072 in der Bevölkerung. Im Alter 60 ist die Differenz naturgemäss grösser: 0.006019 vs. 0.007269.

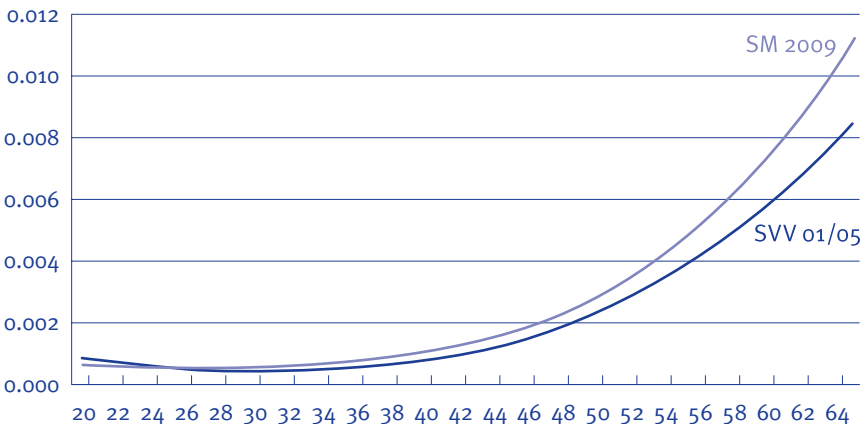
Die besseren statistischen Werte sind sicher zu einem grossen Teil auf die Risikoprüfung zurückzuführen. Der spezifisch auf medizinische Untersuchungen entfallende Anteil kann nicht beziffert werden, ist aber sicher wesentlich. Selbstverständlich beeinflussen auch andere Faktoren die Sterblichkeit. Bekanntlich weisen Personen mit hohem Bildungsniveau und in besseren sozialen Verhältnissen eine geringere Sterblichkeit auf. Dieser Personenkreis schliesst

tendenziell häufiger Versicherungen ab und versichert durchschnittlich höhere Leistungen.

Auch innerhalb des Versichertenkollektivs selbst ist der Effekt der Risikoprüfung sichtbar: In den ersten 3 bis 5 Versicherungsjahren kann ein sogenannter Selektionseffekt beobachtet werden, d.h. «frisch» geprüfte Versicherte weisen eine geringere Sterblichkeit auf als der Gesamtbestand.

Nicht quantifizierbar, aber von grosser Bedeutung ist der Abschreckungseffekt, den bestimmte medizinische Untersu-

Abbildung 1:



chungen haben können. Beispielsweise wird ein Antragsteller angesichts der von der Gesellschaft verlangten Hepatitis-Serologie sicherlich darauf verzichten, seine chronische Hepatitis C zu verschweigen.

Medizinische Untersuchungen dürfen aus Sicht des Antragstellers aber durchaus auch positiv betrachtet werden: Das vorgängig erwähnte Untersuchungsprogramm hat durchaus Screening-Charakter. Der Kunde kommt damit in den Genuss eines Check-up, dem er sich ohne Notwendigkeit vielleicht nicht unterzogen hätte. Gelegentlich werden dabei krankhafte Befunde erhoben, die therapiert werden müssen. Durch die rechtzeitige Behandlung lassen sich gravierendere Folgen vermeiden.

Beim Entscheid, ob eine bestimmte medizinische Untersuchung veranlasst werden soll, ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis ein wichtiges Element. Steht eine Gesellschaft beispielsweise vor dem Entscheid, ob sie eine Hepatitis-B-Serologie durchführen will, muss sie den möglichen Nutzen den Laborkosten gegenüberstellen. Anhand der Prävalenz der Hepatitis B und der Sensitivität / Spe-

zifität des Tests lässt sich ein möglicher Sterblichkeitsgewinn im Versichertenkollektiv errechnen. In Relation dazu wird die Versicherungssumme festgelegt, ab welcher sich der Einsatz eines Tests lohnt. Weiter zu berücksichtigen sind:

- Alters- und Geschlechtsverteilung der Krankheit, die möglicherweise festgestellt wird.
- Wird die Krankheit eher aufgrund von Screenings oder aufgrund von Symptomen durch die betroffene Person selbst festgestellt?
- Wie gross ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Kunde eine Information über seinen Gesundheitszustand verschweigt oder unwahr wiedergibt? Beim Körpergewicht wird z. B. sehr häufig untertrieben. Das einfache Wägen anlässlich der ärztlichen Untersuchung ist eine kostengünstige Methode, um das effektive Gewicht festzustellen. Ebenfalls gross ist das Risiko der Falschdeklaration bei der Frage, ob eine Person Nikotin konsumiert. Der Wahrheitsgehalt kann mit einem Cotinintest überprüft werden. Die Kosten sind hier allerdings wesentlich höher,

weshalb sich der Test bei tiefen Versicherungssummen nicht lohnt.

- Ist der Test belastend? Invasive, belastende Tests werden von den Gesellschaften grundsätzlich nicht verlangt. Entsteht bei der Untersuchung der Verdacht auf eine gravierende Krankheit, ist es Sache des Untersuchungsarztes, mit dem Patienten weitere geeignete Abklärungen zu vereinbaren oder ihn an einen Spezialisten zu überweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ärztliche Untersuchung für das Funktionieren der freiwilligen Personenversicherung unentbehrlich ist. Von ihrem Nutzen profitiert nicht nur das Versichertenkollektiv in Form von bezahlbaren, leistungsentsprechenden Prämien, sondern auch der einzelne Kunde durch ein risikogerechtes, auf seine persönliche Situation abgestimmtes Versicherungsangebot.