

Der beratende Arzt im Schadenbereich einer Privatversicherung

Dr. med. Urs Hürlimann,

Leiter med. Dienst Region Zürich,

AXA Winterthur,

Brandschenkestrasse 24,

8027 Zürich

(urs.huerlimann@axa-winterthur.ch)

Résumé

Le médecin des assurances conseille les assurances au sujet des questions médicales propres aux diverses branches dans lesquelles elles sont actives. Il a pour tâche d'évaluer l'aspect médical d'un cas d'assurance en fonction des dispositions légales applicables (droit des assurances sociales, droit privé) et des conditions d'assurance (CGA, CPA: conditions générales et particulières d'assurance).

Les assureurs privés, tels qu'AXA Winterthur par exemple, offrent des assurances soumises au droit des assurances sociales (p. ex. l'assurance-accidents selon la LAA) ou au droit privé (p. ex. indemnités journalières, responsabilité civile pour véhicules à moteur).

Les assureurs ont recours (sauf pour les assurances soumises à la loi sur les assurances sociales) au médecin des assurances pour évaluer le risque lors de la conclusion d'un contrat (underwriting)

et d'autre part lors de la survenue d'un dommage aux personnes assuré («traitement du dommage»/claims) pour participer à son évaluation.

L'auteur traite de ces diverses tâches dans le secteur de l'assurance dommages privée en se référant particulièrement à l'AXA Winterthur.

Zusammenfassung

Der Versicherungsmediziner berät die Versicherung in medizinischen Angelegenheiten. Abhängig vom Versicherungszweig stellen sich für ihn verschiedene Aufgaben. Bei der Beratung geht es um die Beurteilung eines medizinischen Sachverhalts unter dem Aspekt der im vorgelegten Versicherungsfall zur Anwendung kommenden rechtlichen Vorgaben (Sozialversicherungsrecht, Privatrecht) und Versicherungsbestimmungen (AVB, BVB: allgemeine und besondere Versicherungsbedingungen).

Privatversicherungen, wie z. B. die AXA Winterthur, bieten sowohl Versicherungen an, welche dem Sozialversicherungsrecht unterstehen (z. B. Unfallversicherung nach UVG) als auch Versicherungen, die dem Privatrecht

unterstehen (z. B. Krankentaggeld, Motorfahrzeughaftpflicht).

Die Versicherungsmediziner werden vom Versicherer einerseits bei Abschluss einer Versicherung (entfällt bei den Versicherungen nach Sozialversicherungsgesetz) zur Risikoprüfung («Versicherungsabschluss»/Underwriting) beigezogen und andererseits nach Eintritt eines versicherten Personenschadens («Schadenbearbeitung»/Claims) in die Beurteilung involviert.

Im Folgenden befasst sich dieser Artikel mit der Arbeit im Schadenbereich einer Privatversicherung, speziell bei der AXA Winterthur.

Organisation

Wie andere Privatversicherer stützte sich die damalige Winterthur-Versicherung (heute: AXA Winterthur) seit vielen Jahren auf ein Netz von externen beratenden Ärzten, welche in der eigenen Praxis und zunehmend auch an den Regionalsitzen der Versicherung medizinische Akten beurteilten. Gerade bei der Besprechung in den versicherungseigenen Räumlichkeiten konnte die abgegebene Stellungnahme mit dem zuständigen Fallbearbeiter eingehend besprochen werden. Mit

dem Ziel einer Effizienzsteigerung durch den täglichen Zugriff auf medizinisches Fachwissen und einen häufigeren interdisziplinären mündlichen Austausch wurde der medizinische Dienst der Schadenabteilung 2006 an den vier Regionalsitzen der Deutsch- und Westschweiz (Bern, Lausanne, St. Gallen, Zürich) mit festangestellten Ärzten erweitert, welche seither als Leiter für die regionalen medizinischen Dienste verantwortlich sind. Durch die medizinische Unterstützung bei komplexen Personenschadenfällen soll auch eine proaktive Fallführung unterstützt werden.

Fallbearbeitung und Vorlage an den medizinischen Dienst

Die Fallbearbeiter der Versicherung legen dem medizinischen Dienst nur einen kleinen Teil der Personenschadenfälle vor (ca. 10%; Region Zürich 2011 rund 37'725 gemeldete Versicherungsfälle / rund 3'700 versicherungsmedizinische Stellungnahmen, z.T. Mehrfachvorlagen).

Ziel der Versicherung ist es, nach Prüfung der Zuständigkeit die versicherten Leistungen möglichst unkompliziert und rasch zu vergüten. So kann es vorkom-

men, dass bei anfänglich oberflächlicher Sichtung auch fälschlicherweise nicht geschuldete Leistungen bezahlt werden, und erst später nach vertiefter Abklärung die Zuständigkeit der Versicherung abgelehnt wird, was für die betroffenen Patienten und die behandelnden Ärzte zunächst nicht verständlich ist.

Von Beginn an unklare Fälle sowie Schadenfälle mit einem voraussichtlich hohen Kostenpotential (z. B. schwere Schädelhirntraumata, Polytraumata, lang anhaltende Arbeitsunfähigkeiten) werden dem medizinischen Dienst mit einer entsprechenden Fragestellung zur Beurteilung vorgelegt.

Medizinische Beratung

Bei den Beratungen geht es in erster Linie um die Klärung des objektiven medizinischen Sachverhalts mit Stellungnahme zum Kausalzusammenhang und zur Prognose, was Auswirkungen für die Übernahme von medizinischen Abklärungen und Behandlungen, Taggeldern sowie anderen Leistungen hat. Dies bildet für den Versicherer die Grundlage, für den vorliegenden Schadenfall auch langfristig die nötigen finanziellen Reserven sicher zu stellen. Der beratende

Arzt macht dabei Empfehlungen, welche den Fallbearbeiter, welcher letztlich über eine Leistungszusage entscheidet, stützen oder ihm bei der Abwehr unberechtigter Ansprüche helfen.

Für eine fachgerechte medizinische Beurteilung benötigt der Versicherungsmediziner sämtliche dazu nötigen medizinischen Akten. Der Datenaustausch hat den erhöhten Datenschutzbestimmungen sensibler Gesundheitsdaten zu genügen. Der medizinische Dienst hält sich daher an die gesetzlichen Vorgaben, wie sie u.a. im Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte dargestellt sind.

Wichtig ist, dass der beratende Arzt in seinen Beurteilungen ausschliesslich der medizinischen Objektivität verpflichtet bleibt und seine Stellungnahmen nicht durch versicherungsinterne Weisungen beeinflusst werden. Als Versicherungsmediziner müssen ihm allerdings die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die dazu gehörende Rechtsprechung bekannt sein.

Es kann nicht genügend hervorgehoben werden, dass der Versicherungsmediziner aus den vorliegenden Akten zuallererst den medizinischen Sachverhalt sauber herausarbeiten muss, damit er die

entsprechenden Fragen des Unfall-, Krankentaggeld- oder Haftpflichtversicherers beantwortet werden kann.

Neben der Unterstützung des Versicherten mit medizinischem Fachwissen gehört es zum Selbstverständnis des Versicherungsmediziners, auch behandelnden Ärzten zur Erklärung von versicherungsmedizinischen Zusammenhängen zur Verfügung zu stehen.

Abläufe und Alltagstätigkeit des beratenden Arztes

Während die Fallbearbeiter einfache Schadenfälle selbst behandeln, legen sie kompliziertere Fälle dem medizinischen Dienst zur Stellungnahme vor. Dies kann im Rahmen einer gemeinsamen Besprechung oder einer Kurzvorgabe mit einer meist handschriftlichen oder elektronischen Kurzantwort geschehen. Für komplexe und allenfalls bereits strittige Fälle verfasst der beratende Arzt eine ausführlichere schriftliche Stellungnahme.

Bei unklarem Sachverhalten nimmt er auch Kontakt mit dem behandelnden Arzt (Spital, Klinik) auf. Zur Klärung besteht zudem die Möglichkeit, einen Versicherten für eine Untersuchung aufzubieten oder zu-

sammen mit dem zuständigen Fallbearbeiter ein Konsilium oder eine Begutachtung zu organisieren.

Im Weiteren werden wöchentlich im Rahmen einer interdisziplinären Sitzung Fälle mit einem hohen Schadenpotential besprochen. Diesem sogenannten Risk Management Team (RMT) gehören neben dem zuständigen Fallbearbeiter und dem verantwortlichen Schadenkader-vorgesetzten der im Einzelfall zugezogene Schadeninspektor, der regionale Leiter des Case Management und der Leiter des Medizinischen Dienstes an. In speziellen Situationen erfolgen auch interdisziplinäre Besprechungen mit Teilnahme von Betroffenen, Behandlungsteam, Anwälten, Casemanagern und Fallbearbeitern in Kliniken, Praxen oder in den Geschäftsräumlichkeiten der Versicherung.

Insgesamt handelt es sich bei der ärztlichen Tätigkeit bei einem Versicherer jedoch hauptsächlich um die Bearbeitung von Aktendossiers.

Voraussetzungen für einen Versicherungsmediziner

Vor Aufnahme einer Vollzeitstelle bei einem Versicherer ist eine mehrjährige

Tätigkeit als Facharzt unabdingbar, um einerseits den klinischen Alltag und die Verflechtungen unseres Gesundheitswesens aus eigener Erfahrung zu kennen, und andererseits eine Vielzahl von Heilverläufen bei Krankheiten und Unfällen über längere Zeit miterlebt zu haben.

Voraussetzungen sind auch ein grundsätzliches Interesse für Rechts- und Versicherungsfragen sowie eine versicherungsmedizinische Grundausbildung, wie sie z. B. die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV) mit dem Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt und die Swiss Insurance Medicine (SIM) mit dem Zertifikat medizinischer Gutachter anbieten. Zudem kann seit kurzem an der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) an der Universität Basel eine Masterausbildung in Versicherungsmedizin (MAS VMed) absolviert werden. Neben der Nosologie unter Versicherungsaspekten bilden dabei u.a. auch Medizinalrecht, Ethik, Ökonomie, Versicherungsmathematik und Vergleiche mit Rechts- und Sozialsystemen anderer Länder Lehrinhalte.

Selbstverständlich ist, dass der Versicherungsmediziner nicht nur seiner Fortbildungspflicht zur Erhaltung der Fach-

arztqualifikation nachkommt, sondern auch eine versicherungsmedizinische Fortbildung betreibt. Diese Fortbildungen dienen nicht nur der Wissenserhaltung, sondern sie sollen auch ganz bewusst dazu benutzt werden, die Denkweisen der Versicherer in die kollegiale Diskussion einzubringen.

Unabhängigkeit

Da der für eine Versicherung tätige Arzt vom Versicherer bezahlt wird, wird ihm oft Abhängigkeit und Parteilichkeit vorgeworfen. Bisher kam das Bundesgericht jedoch mehrfach zum Schluss, dass das Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger allein nicht auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen lässt. Es weist aber darauf hin, dass an die abgegebenen Stellungnahmen bezüglich Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, und bei geringen Zweifeln an Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind.

Neben den äusseren Einflussfaktoren (u.a. Honorierung, Sozialisierung des Mediziners in der Versicherungswelt,

gesellschaftliche Strömungen, aber auch die Beeinflussung durch das konkrete Patientenschicksal im vorgelegten Fall) spielen für die Unabhängigkeit auch persönliche Eigenschaften des Versicherungsmediziners selbst eine Rolle (z. B. Grundhaltungen, Einstellungen, ethische Werte, Hörigkeit, Wankelmütigkeit). Die einmal gefasste Meinung gilt es in der Praxis nicht nur gegenüber den externen Kollegen sondern oft auch versicherungsintern zu vertreten. Häufig hilft bei diesen Diskussionen der von einem langjährigen Schadenleiter oft zitierte Grundsatz: «Letztlich soll jeder so viel erhalten wie ihm zusteht, nicht mehr, aber auch nicht weniger.»

Wie oben erwähnt erhält auch die Fortführung der fachärztlichen Fortbildung dem Versicherungsmediziner die Option aufrecht, bei allenfalls zu starken Druckversuchen durch den Arbeitgeber, wieder eine praktizierende ärztliche Tätigkeit aufzunehmen.

Literaturauswahl:

1. Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte, Kapitel 5 Vertrauens- und Versicherungsarzt (<http://www.vertrauensaeerzte.ch/manual/chapter05.html>), 2009
2. FMH Leitfaden für die Praxis: Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Kapitel 6 und 7. (<http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html>), SAMW/FMH 2008
3. Konzept med. Dienst der AXA Winterthur, 2006 und 2011
4. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) und dazu gehörende Verordnungen
5. Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG) und dazu gehörende Verordnungen
6. Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG)
7. Bundesgerichtsentscheide: BGE 125 V 351 E. 3b, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 122 V 157 E. 3