

Positive Auswirkungen eines frühen Einbezugs von medizinischem Know-how in die Schadenbearbeitung eines Versicherers – Pilotstudie von Zurich Schweiz

Daniel N. Kaufmann, Rechtsanwalt

Projektleiter Medical Excellence,
Kompetenzzentrum Körperschäden,
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

Résumé

Les assureurs disposent depuis longtemps de spécialistes médicaux (médecins ou personnel soignant) qui aident les spécialistes des sinistres corporels à gérer les cas qui leur sont confiés. On manquait jusqu'à présent en grande partie d'une analyse exacte de la plus-value de ce conseil médical qualifié.

L'assurance Zurich Suisse a mené à partir de novembre 2008 une étude-pilote sur les nouveaux cas de lésions du genou. 99 assurés en tout ont été répartis au hasard entre un groupe test (implication précoce et régulière d'un spécialiste médical) et un groupe contrôle (implication irrégulière d'un spécialiste médical, uniquement en fonction de l'appréciation du spécialiste des sinistres).

Les frais moyens par cas cumulés sur une période de 2 ans ont été calculés dans les deux groupes. Le résultat est impressionnant. Les frais dans le groupe test sont significativement moindres que ceux du groupe contrôle. Qui plus est, les cas ont été réglés plus rapidement dans le groupe test, ce qui signifie que les personnes accidentées ont pu retrouver leur environnement habituel plus rapidement que d'ordinaire. Tous les intéressés sont donc gagnants dans cette situation, aussi bien la personne accidentée elle-même que son employeur et l'assureur.

Zusammenfassung

Seit Jahren verfügen die Versicherer über medizinische Spezialisten (Ärzte oder Pflegefachpersonen), welche die Personenschadensspezialisten bei ihrer Fallbearbeitung unterstützen. Bis anhin fehlte eine exakte Analyse des Mehrwerts dieser qualifizierten medizinischen Beratung weitgehend.

Zürich Schweiz führte ab November 2008 eine Pilotstudie mit neu angelegten Knieverletzungsfällen durch. Insgesamt wurden 99 Fälle nach dem Zufallsprinzip entweder der Testgruppe (frühzeitige und regelmässige Involvierung eines medizinischen Spezialisten) oder der Kontrollgruppe (unregelmässige Involvierung eines medizinischen Spezialisten ausschliesslich nach individuellem Ermessen des Schadenspezialisten) zugeteilt.

Über die Dauer von 2 Jahren wurden die aufgelaufenen durchschnittlichen Schadenkosten pro Fall dieser beiden Gruppen erfasst. Das erzielte Resultat ist beeindruckend. Die Aufwendungen der Testgruppe sind signifikant tiefer als diejenigen der Kontrollgruppe. Zudem gelang es, die Fälle in der Testgruppe rascher abzuwickeln; das heisst, die verletzten Personen konnten schneller als bisher in ihre gewohnte Lebensumgebung zurückkehren. Dies ist eine Win-Situation sowohl für die verletzte Person selber als auch für ihren Arbeitgeber und den Versicherer.

1. Einleitung

Der Bereich «Körper-» oder «Personenschaden» ist ein sehr wichtiger Zweig in der Schadenversicherung, da mehr als die Hälfte aller Leistungen darunter fallen. Dabei handelt es sich insbesondere um Schadenfälle aus der Unfall-, Krankentaggeld- und Motorhaftpflichtversicherung. Seit vielen Jahren verfügen die Versicherer über angestellte oder unabhängige beratende Ärzte, über Pflegefachpersonen und weitere (para-)medizinische Spezialisten, welche in den Personenschadenprozess involviert sind und den Schadenspezialisten bei der Fallbearbeitung mit medizinischem Rat unterstützen.

Auch Zürich Schweiz bedient sich seit langem des Know-hows und der Erfahrung von ausgewiesenen medizinischen Spezialisten, namentlich von beratenden Ärzten sowie von Pflegefachpersonen (Team Medical Support).

Bei den **beratenden Ärzten** handelt es sich um erfahrene Fachärzte mit eigener Praxis oder in leitender Stellung in einem

Spital. Sie sind klinisch und/oder praktisch tätig und kommen regelmässig – in der Regel einen halben Tag pro Woche – in die Räumlichkeiten von Zurich. Dabei stehen sie in einem Auftragsverhältnis zu Zurich.

Das **Team Medical Support** besteht aus erfahrenen Pflegefachpersonen, welche sich auf (versicherungs-)medizinische Fragestellungen spezialisiert haben. Sie sind Angestellte von Zurich.

Die Entscheidungsträger von Zurich sind seit jeher davon überzeugt, dass eine qualifizierte medizinische Unterstützung der Schadenspezialisten in den einzelnen Schadenfällen unerlässlich ist. Exakte Analysen dazu existierten bis anhin jedoch nicht.

Im Zusammenhang mit einem weiteren Ausbau der Institutionen der beratenden Ärzte und des Teams Medical Support stellten sich deshalb insbesondere die folgenden Fragen:

- Leistet der medizinische Spezialist in den einzelnen Fällen einen wesentlichen Beitrag an die Schadenbearbeitung (z. B. tiefere Schadenkosten,

schnellere berufliche Reintegration der verletzten Person etc.)? Wenn ja, kann dieser Beitrag objektiv gemessen werden?

- Wie werden medizinische Spezialisten möglichst effizient und effektiv eingesetzt? Wie ist der entsprechende Prozess auszugestalten?
- Gibt es Kennzahlen und Qualitätsstandards?

2. Pilotstudie Knie

Um diesen Fragen möglichst auf die Spur zu kommen, startete Zurich im November 2008 eine Pilotstudie mit neu angelegten Fällen im Zusammenhang mit Knieverletzungen – zum überwiegenden Teil aus dem Unfallversicherungsbereich, ergänzt mit einem kleinen Anteil an Motorfahrzeug-Haftpflichtfällen.

Am Standort Zürich wurden zwischen Anfang November 2008 und Ende Februar 2009 sämtliche neuen Fälle mit Knieverletzungen registriert. Von den in dieser Zeitperiode erfassten 833 Fällen erfüllten 99 die Voraussetzungen, um in die Pilotstudie aufgenommen zu werden. Kriterien waren eine volle oder teilweise Arbeitsunfähigkeit drei Wochen nach Unfall

bei ambulanter bzw. sechs Wochen nach Unfall bei stationärer Behandlung. Diese 99 Fälle wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Testgruppe (Gruppe hellblau) oder der Kontrollgruppe (Gruppe dunkelblau) zugeteilt.

In der Gruppe dunkelblau bearbeiteten die Schadenspezialisten die Dossiers wie bis anhin. Das heisst, es lag einzig und allein im Ermessen des Schadenspezialisten zu bestimmen, ob überhaupt und in welchem Zeitpunkt medizinische Unterstützung vom beratenden Arzt oder vom Team Medical Support im konkreten Fall eingeholt wird. Erfahrungsgemäss erfolgte der Beizug eines medizinischen Spezialisten einerseits selten und andererseits zum überwiegenden Teil in einem sehr späten Zeitpunkt (häufig kurz vor dem Fallabschluss).

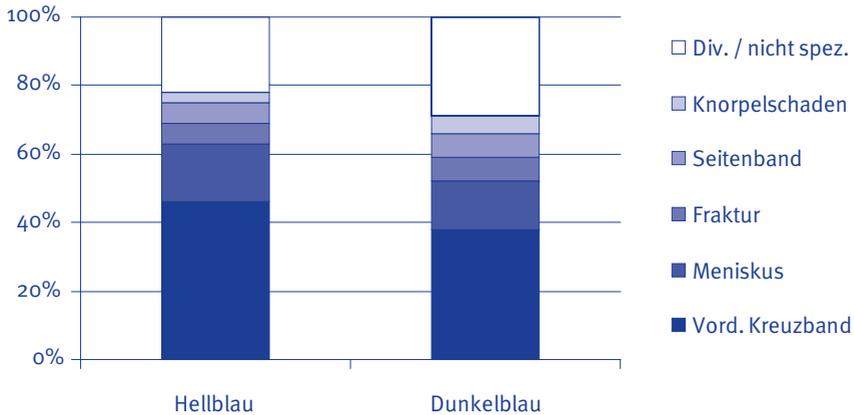
Für die Fälle der Gruppe hellblau wurde ein neuer Prozess ausgearbeitet. Dieser beinhaltet zwingend eine frühzeitige Involvierung eines medizinischen Spezialisten – sei es eines beratenden Arztes oder des Teams Medical Support. Vorlagekriterien waren – wie vorgängig bereits erwähnt – eine vollständige oder

teilweise Arbeitsunfähigkeit drei Wochen nach Unfall bei ambulanter Behandlung bzw. sechs Wochen nach Unfall bei stationärem Aufenthalt. Darüber hinaus schrieb der neue Prozess eine Begleitung und Unterstützung des Schadenspezialisten durch den medizinischen Spezialisten während der gesamten Fallbearbeitung bis zum Fallabschluss vor. Die Dossiers der Gruppe hellblau waren somit regelmässig dem medizinischen Spezialisten vorzulegen.

In beiden Gruppen waren Verletzungen des vorderen Kreuzbands weitaus am häufigsten. Die Anteile der verschiedenen Knieverletzungen in der Test- und Kontrollgruppe sind sehr ähnlich und damit vergleichbar (vgl. Grafik 1). Der Unterschied bei den diversen / nicht spezifizierten Verletzungen erklärt sich damit, dass die medizinischen Informationen in der Kontrollgruppe – bedingt durch die geringere medizinische Unterstützung – zum Teil spärlicher eingefordert wurden.

Über eine Zeitdauer von 2 Jahren wurden die aufgelaufenen durchschnittlichen Schadenkosten pro Fall in den Gruppen hellblau und dunkelblau regelmässig

Grafik 1: Aufteilung der Knieverletzungen in der Testgruppe (Gruppe hellblau) und in der Kontrollgruppe (Gruppe dunkelblau)



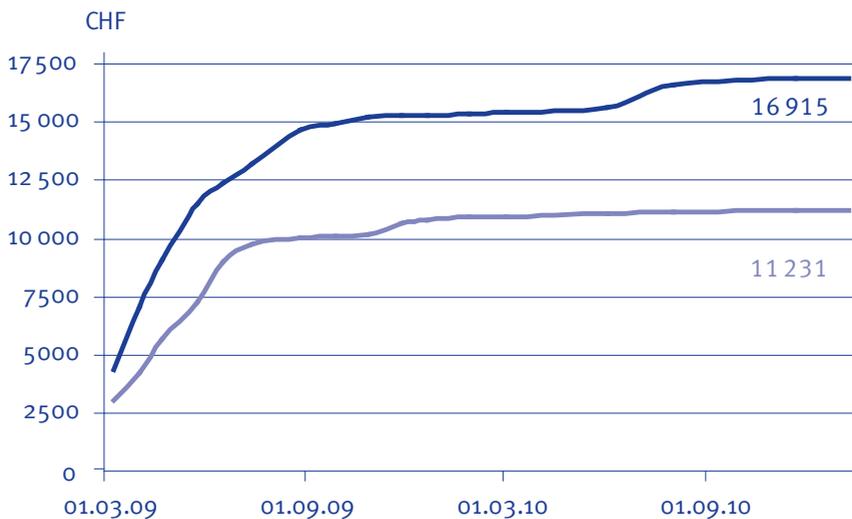
erfasst (vgl. Grafik 2). Um eine übermäßige Beeinflussung des Resultats aufgrund von einzelnen Extremwerten zu vermeiden, wird in der Grafik ein um 5 % getrimmtes Mittel dargestellt. Das heisst, dass 5 % der grössten und 5 % der kleinsten Werte bei der Berechnung des arithmetischen Mittels unberücksichtigt bleiben.

Das erzielte Resultat ist beeindruckend. Die durchschnittlichen Aufwendungen pro Schadenfall (vor allem Taggelder und Heilungskosten) in der Gruppe dunkelblau sind mit CHF 16 915 signifikant

um CHF 5 684 oder gut 50% höher als diejenigen in der Gruppe hellblau mit CHF 11 231. Positiv fällt zudem auf, dass die Entwicklung der Aufwendungen in der Gruppe hellblau über Zeit bereits ab Mitte 2009 sehr flach wird – dies im Gegensatz zur Gruppe dunkelblau. Das heisst, dass sechs Monate nach der Schadenmeldung an den Versicherer in der Gruppe hellblau kaum mehr mit weiteren Schadenzahlungen zu rechnen ist, in der Gruppe dunkelblau jedoch schon.

Ein rascher und korrekter Abschluss des Schadenfalls ist in aller Regel ganz im

Grafik 2: Aufgelaufene Durchschnittskosten pro Schadenfall Gruppen hellblau und dunkelblau im Verlauf der Zeit

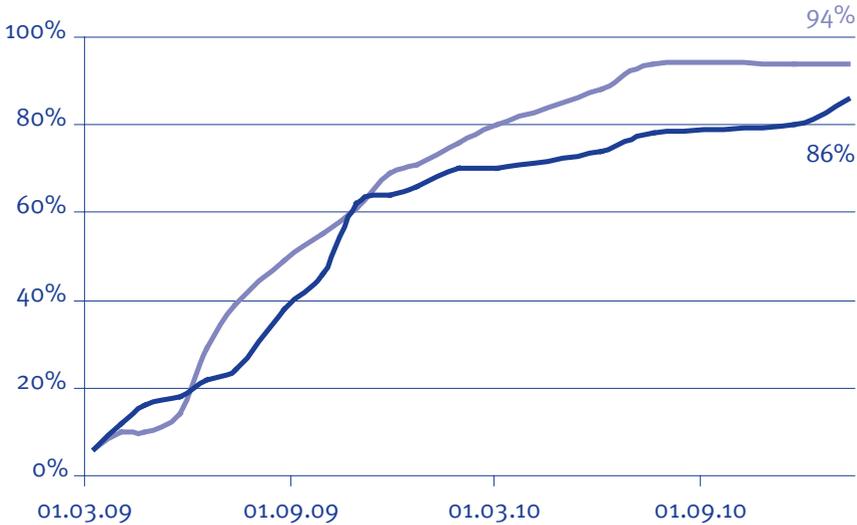


Sinne der verletzten Person, ihres Arbeitgebers und des Versicherers. Auch in diesem Zusammenhang ist das Resultat der Pilotstudie sehr positiv. Fälle mit früher und intensiver medizinischer Begleitung in der Fallbearbeitung seitens des Versicherers (Gruppe hellblau) können tendenziell rascher erledigt werden als Fälle mit keiner oder nur wenig medizinischer Unterstützung (Gruppe dunkelblau) (vgl. Grafik 3).

Zusammenfassend ist das Ergebnis der Pilotstudie deshalb besonders wertvoll, weil mit einer entsprechenden medizinischen Unterstützung seitens des Versicherers nicht nur die Aufwendungen, sondern auch die Zeitdauer eines Schadenfalls bis zur Erledigung im positiven Sinne beeinflusst wird.

Das Resultat zeigt klar, wie sinnvoll eine interdisziplinäre Bearbeitung von Personenschäden seitens der Versicherer

Grafik 3: Anteil abgeschlossener Fälle Gruppen hellblau und dunkelblau im Zeitverlauf



ist. Für Zurich bedeutete dies, die Erkenntnisse der Pilotstudie auf weitere Verletzungsbilder auszuweiten und das medizinische Know-how innerhalb der Unternehmung entsprechend zu fördern.

3. Aufgaben des medizinischen Spezialisten

Um das vorhandene Potenzial in den Personenschadenfällen besser zu nutzen, passte Zurich den bisher geltenden

Prozess an. Sämtliche Körperschäden ab einer gewissen Schwere sind nun bereits in einem frühen Bearbeitungsstadium einem medizinischen Spezialisten vorzulegen. Ausgehend von der Pilotstudie nimmt der medizinische Spezialist grundsätzlich die folgenden Aufgaben wahr:

3.1 Überprüfung der Vollständigkeit der medizinischen Akten – Damit der Versicherer korrekte Entscheidungen treffen kann, ist es unab-

dingbar, dass ihm sämtliche relevanten medizinischen Akten zur Verfügung stehen.

- 3.2 **Beurteilung der aktuellen medizinischen Behandlung** – Der medizinische Spezialist prüft, ob aus seiner Sicht die gegenwärtige medizinische Behandlung der verletzten Person sinnvoll und adäquat ist. Falls er es als notwendig erachtet, nimmt der medizinische Spezialist Kontakt mit dem behandelnden Arzt / Spital auf.
- 3.3 **Beurteilung bzw. Schätzung der zukünftigen medizinischen Behandlung** – Ziel ist eine möglichst korrekte Kategorisierung des Dossiers. Die verletzte Person erhält damit Zugang zu Serviceleistungen wie Case Management oder zu weiteren «Back to Work»-Massnahmen. Nicht zuletzt ist eine fundierte Schätzung der zukünftigen medizinischen Behandlung Grundlage für das Setzen einer korrekten Schadenreserve.
- 3.4 **Beurteilung der Notwendigkeit von stationären und / oder ambulanten Rehabilitations-Massnahmen** – Der medizinische Spezialist ist unter anderem auch dann involviert, wenn

es um relativ kostspielige Rehabilitations-Massnahmen geht. Er berät einerseits den Schadenspezialisten sowohl über die Notwendigkeit von entsprechenden Massnahmen als auch über geeignete Institutionen. Andererseits nimmt er in diesem Zusammenhang häufig auch Kontakt mit dem behandelnden Arzt auf.

- 3.5 **Beurteilung der Notwendigkeit eines Konsiliums / eines Gutachtens durch einen unabhängigen Facharzt** – Im Einzelfall kann es für die verletzte Person angebracht sein, ein Konsilium bei einem ausgewiesenen Facharzt zur Beantwortung von spezifischen Fragen einzuholen. Eventuell ist sogar ein umfangreiches Gutachten einer unabhängigen Institution angezeigt. Es ist Aufgabe des medizinischen Spezialisten, diejenigen Fälle zu eruieren, bei welchen ein Konsilium bzw. ein Gutachten in Auftrag zu geben ist. Insbesondere das Vorliegen eines Konsiliums ermöglicht häufig eine unkomplizierte einvernehmliche Regelung des Schadenfalls. Damit können weitere aufwendige und zum Teil langwierige Schritte vermieden werden.

- 3.6 Kausalitätsbeurteilung (im Rahmen der natürlichen Kausalität) und Beurteilung von medizinisch relevanten Vorzuständen** – Im konkreten Fall beurteilt der medizinische Spezialist die nicht immer einfache Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit aus medizinischer Sicht und liefert dem fallführenden Schadensspezialisten entsprechende Entscheidungsgrundlagen. Darüber hinaus geht es um die medizinische Zuordnung von Beschwerden des Patienten auf den aktuellen Unfall bzw. auf allfällige frühere Unfälle bzw. Krankheiten.
- 3.7 Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit am Arbeitsplatz / im Haushalt** – Der medizinische Spezialist äussert sich insbesondere zur Plausibilität von geltend gemachten Einschränkungen am Arbeitsplatz und im Haushalt. Selbstverständlich ersetzt die Beurteilung durch den beratenden Arzt oder durch das Team Medical Support nicht ein allfälliges Konsilium, Gutachten oder Assessment (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) einer entsprechenden Institution etc.
- 3.8 Beurteilung der medizinisch-theoretischen Integritätseinbusse** – Diese ist von einem ärztlichen Sachverständigen (Mediziner) zu beurteilen (Bundesgerichtsurteile U 121/06 vom 23.04.2007, Erw. 4.2 und 8C_32/2010 vom 06.09.2010, Erw. 2.6.2).
- 3.9 Steuerung von Patienten zu medizinischen Leistungserbringern (MediPoint)** – Unter diesem Punkt sind verschiedene Konstellationen denkbar. Zum Beispiel besteht die Notwendigkeit eines raschen Zugangs der verletzten Person zu einer Spezialklinik. Der beratende Arzt setzt sich in diesem Fall mit der Spezialklinik und – falls möglich und sinnvoll – mit dem behandelnden Arzt in Verbindung, um eine kurzfristige Überweisung zu gewährleisten. Zu diesem Zweck betreut Zurich ein umfangreiches Netzwerk – MediPoint – welches Spitäler, Reha-Kliniken und Ärzte umfasst.
- 3.10 Beteiligung an Verhandlungen zwischen Schadensspezialisten und Rechtsvertretern von Betroffenen** – In jenen Fällen, in welchen medizinisches Know-how an Verhandlungen zentral ist, kann es sich als sinnvoll erweisen, medizinische Spezialisten zu Besprechungen mit Rechtsanwälten und Anspruchstellern beizuziehen.

4. Schlussfolgerungen

Eine rasche Involvierung von medizinischen Spezialisten und eine daraus folgende interdisziplinäre Schadenbearbeitung in Fällen ab einer gewissen Schwere ermöglicht es, den Fall schneller und kostengünstiger abzuschließen. Davon profitieren verschiedene in einen Schadenfall involvierte Parteien, so unter anderem:

- 4.1 **Die verletzte Person selbst** – Durch eine rasche und möglichst vollständige medizinische Erfassung beim Versicherer besteht die Gewähr, dass jeder einzelne Schadenfall richtig kategorisiert wird. Damit kommen erforderliche und geeignete Massnahmen wie Case Management, Back to Work etc. noch schneller zum Einsatz als bisher. Darüber hinaus kann der Versicherer die Behandlungsmöglichkeiten der verletzten Person noch rascher abklären bzw. eine kurzfristige Überweisung zu spezialisierten Ärzten oder Spitälern vorschlagen. Die verletzte Person profitiert insbesondere davon, dass sie schneller als bisher in ihre gewohnte Lebensumgebung zurückkehren kann.
- 4.2 **Der Arbeitgeber der verletzten Person** – Es liegt im Interesse des Arbeitgebers, die Ausfallzeit eines Mitarbeiters infolge eines Unfalls oder einer Krankheit möglichst gering zu halten. Dies erspart dem Arbeitgeber Aufwendungen für den Ersatz der verletzten oder kranken Person. Darüber hinaus finden geringere Schadenaufwendungen seitens des Versicherers in den Prämienrechnungen entsprechenden Niederschlag. Das Resultat der Pilotstudie kommt all diesen Ansprüchen klar entgegen.
- 4.3 **Der behandelnde Arzt** – Der behandelnde Arzt findet mit dem beratenden Arzt einen Ansprechpartner beim Versicherer, mit welchem er sich auf gleicher Augenhöhe austauschen kann. Ein hoher Grad an medizinischem Know-how seitens des Versicherers steigert den Standard von Anfragen an die behandelnden Ärzte und Leistungserbringer. Dies ermöglicht eine qualitativ bessere Kommunikation zwischen behandelndem Arzt / Spital und dem Versicherer.
- 4.4 **Der Versicherer** – Eine kompetentere, effizientere und effektivere

Schadenbearbeitung als die Konkurrenz verschafft dem Versicherer einen Wettbewerbsvorteil. Nebst einer möglichst guten Schadenregulierung stehen eine höhere Kundenorientierung und die Akzeptanz des Versicherers als Know-how-Träger auf dem Markt im Vordergrund. Aus diesen Gründen hat Zurich verschiedene Prozesse entsprechend angepasst, um die medizinische Kompetenz in der Schadenbearbeitung weiter zu stärken.

Die Tätigkeit eines beratenden Arztes bei einem Versicherer – wie oben detailliert beschrieben – steht nicht in Konkurrenz zu derjenigen des behandelnden Arztes oder Spitals. Es geht zusammenfassend vielmehr darum, dass sich der beratende Arzt insbesondere versicherungsmedizinischen Fragen annimmt, den Schadenspezialisten nach Kräften mit seinem medizinischen Know-how und seiner langjährigen Erfahrung unterstützt und bei entsprechendem Bedarf mit dem behandelnden Arzt oder Spitalkontakt aufnimmt. Dies kann sich in Einzelfällen an einer – wahrscheinlich eher losen – Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Spezialisten eines

Versicherers und dem behandelnden Arzt bzw. Spital manifestieren.

Was die Pilotstudie selbst betrifft, kann von Experten nur geschätzt werden, wie ein Einzelfall ohne medizinische Begleitung und Unterstützung ausgefallen wäre. Demzufolge ist es praktisch unmöglich, den Erfolg der Pilotstudie auf eine oder zwei Haupttätigkeiten des medizinischen Spezialisten zu reduzieren. Erfolgsrezept für den positiven Ausgang der Pilotstudie war klar das gesamte Bündel der verschiedenen Einzeltätigkeiten.

Der medizinische Aspekt bei der Bearbeitung von mittleren und komplexen Personenschäden dürfte in Zukunft noch wichtiger werden, als dies bereits heute der Fall ist. Einige Gründe sind die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) und damit vorhandene Unsicherheiten, eine weitere Zunahme von psychischen Krankheiten, ein immer grösser werdendes Angebot an verschiedenen Aktivitäten wie Case Management, eine zunehmende Konkurrenz mit steigendem Kostendruck auf dem Versicherungsmarkt, eine weitere Erhöhung der Gesundheitskosten etc. Deshalb führt für die Versicherer wohl kein Weg daran vorbei, in Zukunft noch mehr in die optimale Verfügbarkeit von medizinischem Know-how zu investieren.