

Rolle beratender Ärzte in der Risikoprüfung

Dr. med. Peter Scollar,

Pesomed GmbH, Zug

Dr. med. Jürg Bichsel

Consunamed Sagl, Giubiasco

Zur Lesbarkeit werden im Folgenden einige Begriffe in ihrer männlichen Form verwendet. Die Begriffe «Gesellschaftsarzt» und «beratender Arzt» werden synonym gebraucht.

Résumé

Lorsqu'une personne veut s'assurer contre les risques de perte de gain en cas de maladie ou d'accident ou pour couvrir le risque financier en cas de décès en se fondant sur la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), l'assureur évalue le cas en fonction de paramètres financiers d'abord, puis médicaux. Les assureurs liés à la LCA ne sont pas tenus d'avoir recours à un conseil médical. Ce sont des professionnels, appelés aujourd'hui underwriters, qui effectuent de telles évaluations et déterminent le tarif correspondant. Ils disposent d'une bonne formation médicale, de leurs propres directives et d'excellents manuels pour l'évaluation du risque, fournis notamment par les réassureurs, ce qui leur permet de prendre le plus souvent seuls les décisions relatives à la demande d'un contrat d'assurance. Si le cas se révèle complexe et nécessite un

conseil médical, ils se font en plus conseiller par un médecin employé à temps partiel par l'assureur ou travaillant sur mandat, dénommé fréquemment en allemand «Vertrauensarzt», ce qui peut prêter à confusion. Les termes français «médecin-conseil» et en italien «medico fiduciario» sont plus clairs.

Les assureurs peuvent également avoir recours à d'autres conseillers médicaux car ce type d'évaluation du risque dont nous présentons les principaux aspects ci-dessous n'est strictement parlant lié à aucune activité médicale selon la loi sur les professions médicales, car il ne s'agit pas d'un traitement médical.

Zusammenfassung

Beantragt eine Person die Deckung eines gesundheitlich bedingten Einkommensrisikos oder einer finanziellen Absicherung im Todesfall nach Versicherungstragsgesetz (VVG), führt der Versicherer zunächst eine finanzielle, dann eine medizinische Einschätzung der Gefahr durch. Fachpersonen, die für die Versicherung Risiken einschätzen und daraufhin tarifieren, bezeichnet man heute als Underwriter. Sie sind medizinisch gut ausgebildet und treffen allein die Entscheidung

überein Versicherungsvertragsangebot. VVG-Versicherer sind nicht verpflichtet, eine ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Sie verfügen über eigene Risikoprüfungsrichtlinien oder -handbücher. Rückversicherer stellen ihnen zudem exzellente Manuale zur Verfügung. Die Underwriter vermögen so über die Versicherungsanträge mehrheitlich ohne eine vorgängige ärztliche Beratung zu entscheiden. Bei komplexen Fällen ziehen sie aber meist beratende Ärzte hinzu, teils auf Mandatsbasis, manchmal auch als teilingestellte Gesellschaftsärzte. Auf Deutsch werden sie oft «Vertrauensärzte» genannt, was Verwirrung auslösen kann. Im Französischen («médecin-conseil») und im Italienischen («medico fiduciario») wird für «Beratende Ärzte» und «Vertrauensärzte» das gleiche Wort verwendet. Versicherer dürften auch andere medizinische Berater heranziehen, denn genau genommen ist diese Risiko-beurteilung keine ärztliche Tätigkeit gemäss Medizinalberufegesetz, da sie keine ärztliche Handlung am Patienten darstellt. Wir beleuchten im Folgenden wesentliche Aspekte dieser Tätigkeit.

Stellung eines beratenden Arztes

Der Gesellschaftsarzt verfügt bei der Risikoprüfung über keinerlei Entscheidungsvollmacht, er ist lediglich beratend tätig. Der Versicherer muss seinen Empfehlungen nicht nachkommen. Tatsächlich schätzen Risikoprüfer und Gesellschaftsärzte die Gefahr relativ selten unterschiedlich ein. Manchmal weicht der Versicherer jedoch aus kommerziellen Motiven oder aus grundsätzlichen Erwägungen von den ärztlichen Empfehlungen ab. VVG-Versicherer sind rechtlich bei der Auswahl ihrer Vertragspartner – der Versicherten – ungebunden. Sie können selbst entscheiden, welchen Personen sie zu welchen Bedingungen einen Vertrag anbieten wollen.

Die Unabhängigkeit der medizinisch-fachlichen Beurteilung ist stets zu gewährleisten: Versicherungsmediziner müssen darauf pochen, gerade weil ihnen manchmal zu Unrecht vorgeworfen wird, sie würden nach dem Gusto des Auftraggebers beurteilen. Beratende Ärzte sind von der Versicherung wirtschaftlich unabhängig. Mehrheitlich betreiben die Experten als Haupterwerb eine eigene Arztpraxis. Es gibt

auch hauptberufliche Versicherungsmediziner, die zumeist mehrere Mandate wahrnehmen.

Der beratende Arzt in der VVG-Privatversicherung verfügt nicht über eine rechtliche Stellung wie sie der Vertrauensarzt gemäss Artikel 57 KVG in der obligatorischen Krankenversicherung hat. Die Einführung eines «Vertrauensarztes» analog KVG wird von einigen Interessenvertretern diskutiert. Dieses Ansinnen stösst indes auf Ablehnung, gilt es doch als systemfremd. Während der Gesetzgeber den KVG-Vertrauensärzten eine weisungsungebundene Mittlerrolle zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Versicherern vorschreibt, berät der beratende Arzt im Rahmen der Risikoprüfung nach VVG nur eine Partei, die des Versicherers, auch wenn er keinen fachlichen Weisungen unterliegt. Es gibt im Gegensatz zum KVG (obligatorische Krankenversicherung) im VVG keine ausdrücklichen vorgängigen Bewilligungen eines Vertrauensarztes. Gegenüber obligatorischen Sozialversicherungen nimmt der Versicherte eine subordinierte Stellung ein; er kann hoheitliche Verfügungen anfechten und seine Begehren sozialgerichtlich

einklagen. Hingegen sind bei privatrechtlichen Verträgen Versicherter und Versicherer prinzipiell gleichgestellte Subjekte. Es gibt dort kein verwaltungsrechtliches Verfahren, sondern den Weg der Verhandlung und des Zivilrechts.

Aufgaben des beratenden Arztes in der Risikoprüfung

Die Versicherung benötigt eine medizinische Bewertung der Gefahr. Es geht um eine versicherungsmedizinische Einschätzung der Mortalität und Morbidität sowie des Arbeitsunfähigkeits- oder Invaliditätsrisikos – je nach verlangtem Versicherungsprodukt. Der Kunde der Versicherung wünscht eine rasche und vorbehaltlose Annahme durch die Versicherung. Freilich ist das nicht immer möglich. Oft fehlen nämlich Arztberichte, die notwendig sind.

Gesellschaftsärzte können der Versicherung Ablehnungen, Zurückstellungen oder andere Erschwernisse empfehlen. Unter Erschwernissen versteht man Prämienzuschläge, Vorbehalte – mit oder ohne Revision nach einem bestimmten Zeitraum – sowie Wartefristverlängerungen.

Die Kunden der Versicherung sind verpflichtet, die gesundheitlichen Risiken, die sie kennen bzw. kennen müssen und zu denen sie schriftlich befragt worden sind, korrekt anzugeben. Leider gibt es aber Antragssteller, die erhebliche Leiden, Behandlungen oder gar eine vorvertraglich bestehende Arbeitsunfähigkeit verschweigen. Dies entspricht einer Anzeigepflichtverletzung. Bei der Abklärung will die Versicherung häufig vom ärztlichen Berater wissen, was empfohlen worden wäre, hätte der Kunde die Gefahrstatsache vorvertraglich richtig angezeigt. Die Versicherung prüft so die Erheblichkeit von Falschdeklarationen. Anzeigepflichtverletzungen können die Kündigung nach Art. 6 Abs. 1 VVG des Versicherungsvertrags zur Folge haben. Hat das verschwiegene Risiko den Eintritt oder den Umfang eines bereits entstandenen Schadens beeinflusst, kann die Versicherung Leistungen verweigern. Wie dieser Beeinflussungszusammenhang – eine Anforderung der Reform des VVG ab 2006 – exakt definiert wird, ist Objekt des juristischen Diskurses (1). Ein überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalzusammenhang wie in der Unfall- oder Haftpflichtversicherung ist augenscheinlich nicht damit gemeint.

Qualifikation eines Gesellschaftsarztes

Mehrjährige klinische ärztliche Erfahrung, zumeist als Internist oder Allgemeinmediziner, ist eine sinnvolle Grundlage für ein Beratungsmandat. Kardiologische Untersuchungen z. B. muss ein Gesellschaftsarzt sehr gut kennen, ein EKG u. a. muss er unter erheblichem Zeitdruck beurteilen können. Gute bis sehr gute Kenntnisse der Epidemiologie und Statistik sind für den Zugang zu den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin unerlässlich. In Zeiten erfolgreicher Antidiskriminierungsklagen im Ausland (z. B. Urteil C-236/09 des Gerichtshofs der Europäischen Union: «Die Berücksichtigung des Geschlechts von Versicherten als Risikofaktor in Versicherungsverträgen ist eine Diskriminierung.») kann sich ein Versicherer vor Vorwürfen schützen, wenn seiner Tarifierung wissenschaftliche Evidenz zugrunde liegt. Schnelle Internet-Literaturrecherchen zu beherrschen, erleichtert die Arbeit des beratenden Arztes sehr. Gute Kenntnisse mindestens zweier Landessprachen der Schweiz sind vorteilhaft, denn es müssen Arztberichte in mehreren Sprachen gelesen werden. Wegen der Dominanz in der wis-

senschaftlichen Literatur sind zudem gute Englischkenntnisse erforderlich. Beratende Ärzte müssen die Verwendung von Risikoprüfungsmanualen beherrschen und die Underwriting-Richtlinien der Erst- oder Rückversicherer kennen, um mit den Underwritern verständlich kommunizieren zu können. Hohe Sozialkompetenz ist die Grundlage für geduldige Erläuterungen komplexer medizinischer Sachverhalte. Ein Flair für die Wissensvermittlung wird sehr geschätzt.

Hierzulande gibt es zwei wesentliche versicherungsmedizinische Ausbildungen, den Fähigkeitsausweis der Schweiz. Gesellschaft der Vertrauensärzte SGV und das Zertifikat Medizinischer Gutachter der Swiss Insurance Medicine SIM. Obgleich diese Qualifikationen überwiegend an Leistungsfällen orientiert sind, verschaffen sie dem Underwriting-Berater einen Überblick im komplexen Versicherungssystem. Die SIM bietet ausserdem, unterstützt von Erst- und Rückversicherern, periodisch Risikoprüfungseminare an.

Fallvignette

Sehr seltene Erkrankungen stellen für die Risikoprüfer eine grosse Hürde auf, weil sie kaum je in Tarifierungshandbüchern aufgeführt werden. Ferner sind Studien schwer zu finden.

Frau, 32 J: systemische Mastozytose seit 12. Lebensjahr. Bisher keine Arbeitsunfähigkeit. Beantragt Todesfalldeckung mit Prämienbefreiung nach 3 Monaten.

Die systemische Mastozytose ist nach einer britischen Statistik ein sehr seltenes Leiden: Prävalenz ca. 1:150 000 (2). Es gibt zwei verschiedene Verläufe: die indolente und die aggressive Form. Sie unterscheiden sich im Verlauf und der Behandlung gravierend. Die aggressive Form geht mit deutlich ungünstigerer Mortalität einher. Vorliegend bestand die günstigere indolente Form. Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko sind nur wenig erhöht.

Empfehlung des beratenden Arztes: Annahme Todesfalldeckung zu normalen Bedingungen als Grenzfall oder mit geringer Risikoprämie. Prämienbefreiung: normal tarifieren. Bei aggressiver Form: Ablehnung der Todesfalldeckung wegen massiver Übersterblichkeit; Prämienbefreiung entfällt

Kommunikation mit behandelnden Ärzten

Gelegentlich gelangt ein Gesellschaftsarzt mit behandelnden Ärzten in Kontakt. Das kann sinnvoll sein, wenn Arztberichte unklar sind. Bringen solche Gespräche Informationsgewinne und damit eine bessere Risikoeinschätzung, sind sie wertvoll. Beschwerden von Kunden über Vertragsbedingungen sollten keinen Anlass für Diskussionen zwischen Ärzten geben, sofern die Arztberichte inhaltlich zuverlässig sind. Findet bei kollegialen Gesprächen eine nachträgliche Relativierung attestierter gesundheitlicher Probleme statt, kann die Absicht, einem Patienten zu einer Versicherungsdeckung zu verhelfen, leicht zur Gefälligkeitsangabe missraten. Mehrheitlich sind sich behandelnde Ärzte freilich bewusst, dass wesentlich falsche Angaben standesrechtswidrig und strafbar sind.

Manche Ärzte sind trotz Vorliegen einer Vollmacht aus Datenschutzgründen nur bereit, dem «Vertrauensarzt» Berichte zuzustellen. Sie glauben, dass medizinische Daten nur Vertrauensärzten zugestellt werden dürften. Das ist falsch, da das VVG den Vertrauensarzt gar nicht kennt und KVG Art 57 eben nicht zur An-

wendung kommt. Die Berichte dienen primär den Underwritern zur Tarifierung und zur Ermöglichung des Geschäfts. Gesellschaftsärzte lesen solche Berichte nur, wenn sie beratend beigezogen werden. Der Datenschutz bleibt gewahrt, denn die medizinischen Underwriter dürfen die besonders sensiblen Kundengesundheitsdaten nur zweck- und verhältnismässig verwenden und gesichert aufbewahren. Die Zahl zugriffsberechtigter Personen ist zu begrenzen. Ausserhalb ihrer Teams haben Risikoprüfer über die ihnen bekannt gegebenen Gesundheitsprobleme der Kunden zu schweigen. Die Risikoprüfer teilen zudem nur den Kunden selbst mit, welche gesundheitlich bedingten Erschwernisse angebracht werden sollen.

Verhältnis zu Antragstellenden

Von direkten Kontakten zum Antragstellenden und zum Vertriebspersonal sollen Underwriting-Ärzte Abstand nehmen. Manche Antragstellende verlangen trotzdem den beratenden Arzt zu sprechen, vor allem, wenn sie mit erschwerenden Vertragsbedingungen unzufrieden sind. Sie verstehen z. B. Gründe für einen Vorbehalt nicht. Freilich kann ein medizinischer

Berater ohne Handlungsvollmacht weder für den Versicherer sprechen, geschweige denn mit dessen Kunden über Bedingungen verhandeln. Der Antragssteller ist überdies bekanntlich i. d. R. eines anderen Arztes Patient. Telefongespräche von Gesellschaftsärzten mit Kunden sind auch haftungsrechtlich problematisch, denn es besteht kein Behandlungsauftrag. Antragsteller könnten gleichwohl durch solche Kommunikation mit Risiken konfrontiert werden, die von ihren behandelnden Ärzten mit ihnen bislang nicht besprochen wurden. Ein simples Telefongespräch vermag einen ärztlichen Eingriff darzustellen – mit möglichen unabsehbaren Folgen für den Versicherungskunden. Behandelnde Ärzte würden dies wohl kaum goutieren. Darum raten wir von Diskussionen zwischen beratenden Ärzten in der Risikoprüfung und Antragstellern ab.

Fazit

Die Aufgaben des beratenden Arztes werden laufend interessanter und komplexer. Die Anforderungen wachsen. Die Versicherungsmedizin als eigenständiges Feld zu begreifen und gewisse Grundsätze einzuhalten, bewährt sich.

Literaturhinweise

1. Anzeigepflichtverletzung: Auswirkungen der Revision auf die Praxis. Eva Pouget-Hänseler. 1/2006 HAVE/REAS: 26-32
2. Lim KH, Tefferi A, Lasho TL, et al. Systemic mastocytosis in 342 consecutive adults: survival studies and prognostic factors. Blood. Jun 4 2009;113(23):5727-36.