

Medinfo
Mitteilungen zu
Themen der
Privatversicherer

Infoméd
Bulletin des assureurs
privés

Onkologie / Integrationsmanagement
Oncologie / Gestion de l'intégration

2013 / 1

Herausgeber

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
C.F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
CH-8022 Zürich
info@svv.ch
www.svv.ch

Redaktionsmitglieder

Dr. med. Bruno Soltermann, SVV, Vorsitz
Dr. sc. nat. ETH Beatrice Baldinger Pirotta, Swiss Re
Dr. med. Susanne Habicht, CSS Versicherung
Thomas Lack, Basler Versicherungen
Dr. med. Thomas Mall, Basler Versicherungen
Ingrid Schnitzer-Brotschi, Zurich Schweiz
Peter A. Suter, AXA Versicherungen AG
Dr. med. Urs Widmer, Swiss Re
Anton Zumstein, Helvetia Versicherungen

Druck

Länggass Druck AG Bern

Auflage

36 510 Expl.

Download

www.svv.ch / Publikationen / Versicherungsmedizin

Dr. med. Benno Röthlisberger

Familiäre Tumorerkrankungen..... 6

Professor Robert RubensCancer update: advances in treatment and
implications for insurance medicine..... 11**Dr. med. Andreas Armuss**Versicherbarkeit von Antragstellern nach Langzeit-
Remissionen von onkologischen Krankheiten..... 18**Dr. med. Christel Nigg**Arbeitsunfähigkeit aus internmedizinisch-
onkologisch-psychosomatischer Sicht..... 28**Dr. med. Bruno Soltermann**

Integrationsmanagement: KIMPA, ZAFAS, AUZ..... 40

Dr Bruno Soltermann

Gestion de l'intégration: CGIAM, ACCT et CIT 44

Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter

Übernahmeverschulden des Arztes 48

Redaktion

Fragebogen für die Evaluation des Medinfo 60

Evaluation d'Infoméd: questionnaire..... 62

Liebe Leserinnen und Leser

Als Hauptthema zum vorliegenden Medinfo haben wir die Onkologie gewählt. Vier Autoren beschreiben die Erkenntnisse aus Literatur und eigenen Erfahrungen in Bezug auf die neuen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie deren Auswirkungen auf die Versicherbarkeit in der Privatversicherung und auf die Arbeitsfähigkeit.

Mit Hilfe des koordinierten Integrationsmanagements der Privatversicherer mit den Ärztinnen und Ärzten sollte nebst einer optimalen Therapie auch die Reintegration in den Arbeitsprozess oder Tätigkeitsbereich möglichst rasch gewährleistet werden. Die dazu geschaffenen Mittel werden vorgestellt.

Da wir im Medinfo auch gerne über rechtliche Aspekte aufklären, wird in dieser Nummer der zivilrechtliche Begriff des Übernahmeverschuldens thematisiert. Dessen Parameter werden anhand von Urteilen aufgezeigt.

Zum Schluss möchten wir gerne Ihre Meinung zum Medinfo in Erfahrung bringen. Wir von der Redaktion sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den kurzen Fragebogen elektronisch oder auf Papier ausfüllen.

Nun wünsche ich Ihnen wiederum eine spannende Lektüre.

Freundliche Grüsse

Bruno Soltermann

Chères lectrices et chers lecteurs,

cette livraison d'Infoméd a l'oncologie pour thème principal. En se fondant sur leurs propres expériences et sur la littérature publiée à ce sujet, quatre auteurs font part des avancées actuelles quant aux nouvelles possibilités de diagnostic et de traitement ainsi que de leurs répercussions sur l'assurabilité chez les assureurs privés et sur la capacité de travail.

La coordination de la gestion de l'intégration par les assureurs privés avec les médecins devrait permettre non seulement d'assurer un traitement médical optimal, mais également d'offrir la possibilité d'une réinsertion aussi rapide que possible dans le processus de travail ou dans un domaine d'activités. Les moyens créés pour répondre à ces exigences vous sont présentés.

Infoméd traite régulièrement de certains aspects juridiques. Dans ce bulletin, c'est le concept de faute dans l'acceptation d'un mandat selon le droit civil qui est analysé à partir de divers paramètres sur la base d'arrêts judiciaires.

Votre opinion de lecteur sur Infoméd nous est précieuse. La rédaction vous serait très reconnaissante de prêter également attention au bref questionnaire, de le remplir et de nous l'envoyer par voie électronique ou postale.

Permettez-moi de vous souhaiter enfin une agréable et passionnante lecture.

Avec mes meilleures salutations

Bruno Soltermann

Familiäre Tumorerkrankungen

Dr. med. Benno Röhli Berger

Medizinische Genetik FMH und FAMH
Abteilungsleiter Medizinische Genetik
Zentrum für Labormedizin
Kantonsspital Aarau

Zusammenfassung

Das Vorliegen einer Mutation in einem Tumorsyndrom-Gen führt zu einem massiv erhöhten Tumorrisiko. Beim familiären Brust- und Eierstockkrebs z. B., welcher durch Mutationen im BRCA1- und im BRCA2-Gen verursacht wird, beträgt das Risiko für Frauen, im Laufe des Lebens an einem Brustkrebs zu erkranken, 80 % und das Risiko für Eierstockkrebs bis zu 50 %. Der Nachweis einer Mutation bei einer erkrankten Person ermöglicht es, bei weiteren Familienangehörigen Anlageträgerinnen mit einem sehr hohen Krebsrisiko von Nicht-Anlageträgerinnen mit einem durchschnittlichen Krebsrisiko zu unterscheiden.

Den Mutationsträgerinnen können in der Folge spezielle Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden.

Während heute genetische Untersuchungen nur in sehr beschränktem Umfang durchgeführt werden, wird es hoffentlich

in nicht allzu ferner Zukunft möglich sein, alle bekannten Tumorsyndrom-Gene bei sämtlichen Erwachsenen molekular-genetisch zu untersuchen und damit die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich zu erhöhen.

Résumé

La présence d'une mutation d'un gène impliqué dans un syndrome tumoral est associée à un risque tumoral massivement accru. Ainsi, par ex. pour le cancer du sein familial et le cancer des ovaires familial, en cas de mutations des gènes BRCA1 et BRCA2, le risque de développer un cancer du sein au cours de la vie s'élève à 80 % et le risque de développer un cancer des ovaires atteint jusqu'à 50 %. La mise en évidence d'une mutation chez une personne malade permet, parmi les autres membres de sa famille, de faire la distinction entre les porteurs de cette mutation présentant un risque de cancer très élevé et les non-porteurs présentant un risque de cancer moyen. Les porteuses de telles mutations peuvent par la suite se voir proposer des examens préventifs spécifiques. Alors qu'à l'heure actuelle, les examens génétiques sont uniquement pratiqués dans une mesure très limitée, il faut espérer

qu'il sera possible, dans un futur pas trop éloigné, d'examiner par des tests génétiques moléculaires tous les gènes connus pour être impliqués dans des syndromes tumoraux chez l'ensemble des adultes et ainsi, d'allonger considérablement l'espérance de vie des personnes touchées.

Von einem familiären Tumorsyndrom wird gesprochen, wenn ein Patient oder eine Patientin aufgrund einer erblichen Mutation in einem Krebsgen ein stark erhöhtes Risiko hat, an einem (oder verschiedenen) bestimmten Tumoren zu erkranken (z. B. Brustkrebs und Eierstockkrebs). Hinweise für das Vorliegen eines familiären Tumorsyndroms ergeben sich am einfachsten durch das Erstellen eines ausführlichen Stammbaumes. Typisch ist das gehäufte Auftreten von Tumoren in der Familie, ein vergleichsweise junges Erkrankungsalter, das Auftreten von mehreren Tumoren bei einem Patienten oder Spezielles wie z. B. das Auftreten von Brustkrebs bei einem Mann. Ergibt sich der Verdacht auf eine erbliche Tumorerkrankung, ist eine genetische Beratung des Patienten selbst und / odervon Angehörigen sinnvoll. Eine aktuelle Liste der auf familiäre

Tumorerkrankungen spezialisierten genetischen Beratungsstellen ist auf der Homepage der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) zu finden (1). Die genetische Beratung bei Verdacht auf ein familiäres Tumorsyndrom stellt eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar. Lässt sich im Rahmen der Beratung der Verdacht auf Vorliegen eines Tumorsyndroms erhärten, kann eine molekulargenetische Analyse zum Nachweis einer Mutation in einem bestimmten Tumorgen durchgeführt werden. Im Falle der häufigsten Tumorsyndrome (insbesondere familiärer Brust- und Eierstockkrebs und familiärer Dickdarmkrebs) müssen die Kosten für die nötigen Laboruntersuchungen von der Krankenkasse übernommen werden. Bei selteneren Formen ist das Einholen einer Kostengutsprache bei der Krankenkasse zu empfehlen. Seit der Aufnahme der sogenannten Orphan-Disease-Positionen in die Analysenliste am 1. April 2011 sind die Kriterien klar geregelt, aufgrund welcher die Kosten für die molekulargenetische Untersuchung von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Dies gilt nicht nur für erbliche Tumorsyndrome, sondern für sämtliche seltenen

Erbkrankheiten. Details dazu können auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) nachgelesen werden (2).

Die Identifizierung der verantwortlichen Mutation bei Verdacht auf ein familiäres Tumorsyndrom eröffnet weiteren Familienangehörigen die Möglichkeit einer sogenannten prädiktiven (vorhersagenden) Diagnostik. Es können dadurch Anlageträger mit einem sehr hohen Krebsrisiko von Nicht-Anlageträgern mit einem gegenüber der Durchschnittsbevölkerung nicht erhöhten genetischen Krebsrisiko unterschieden werden. Den Mutationsträgern können in der Folge spezielle Vorsorgeuntersuchungen und -massnahmen angeboten werden. Dadurch wird die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich gesteigert.

Beispiel: Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Das Risiko, im Laufe des Lebens an einem bösartigen Tumor zu erkranken, beträgt ca. 30%. Alleine das Risiko, an einem Mammakarzinom (Brustkrebs) zu erkranken, beträgt für Frauen ca. 8%. In der Schweiz leben aktuell über 70 000 Frauen mit der Diagnose eines Mamma-

karzinoms. Ein Fünftel der Frauen, welche an einem Mammakarzinom erkranken, ist zum Zeitpunkt der Diagnosestellung unter 50 Jahre alt. Über 1300 Frauen sterben jedes Jahr an den Folgen dieses Karzinoms (3). In den meisten Fällen bleibt die Ursache für die Entstehung des Mammakarzinoms ungeklärt. Bei ungefähr 5 % der Frauen, welche an einem Mammakarzinom erkranken, lässt sich als Ursache allerdings eine Keimbahn-Mutation im *BRCA1*-Gen (BRCA steht für BREast CANcer) oder im *BRCA2*-Gen nachweisen. Die Tumorveranlagung wird sogenannten autosomal dominant vererbt. Das heisst, dass die Veranlagung sowohl vom Vater wie von der Mutter geerbt werden kann und dass jeder Nachkomme einer Mutationsträgerin oder eines Mutationsträgers eine 50%ige Wahrscheinlichkeit hat, diese Tumorveranlagung zu erben. Das Vorliegen einer Mutation im *BRCA1*- oder im *BRCA2*-Gen führt bei Frauen zu einem massiv erhöhten angeborenen Risiko, im Laufe des Lebens an einem Mammakarzinom oder an einem Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) zu erkranken. Dieses Risiko beträgt für das Mammakarzinom bis zu 80% und für das Ovarialkarzinom bis zu 50%. Mit anderen

Worten: Jede zweite Frau mit einer Mutation im *BRCA1*-Gen wird im Laufe des Lebens an einem Ovarialkarzinom erkranken und sogar vier von fünf Frauen an einem Mammakarzinom. Mehr als die Hälfte dieser Frauen erkranken vor dem 50. Lebensjahr an einem Mammakarzinom, nicht wenige sogar vor dem 30. Lebensjahr. Erwähnt werden soll, dass Männer mit einer *BRCA2*-Mutation auch ein erhöhtes Risiko haben, an einem Mammakarzinom zu erkranken (ca. 7%). Ohne präventive Massnahmen ist die Lebenserwartung von Frauen mit einer *BRCA1/2*-Mutation massiv eingeschränkt (4). Deshalb wird Frauen mit einer nachgewiesenen *BRCA1/2*-Mutation, unabhängig davon, ob sie bereits an einem Mammakarzinom erkrankt sind oder nicht, als spezielle Früherkennungsmassnahme die Durchführung einer jährlichen Kernspintomografie (MRI) der Brust spätestens ab dem 25. Lebensjahr empfohlen. Damit lassen sich Tumoren zwar nicht verhindern, aber in einer grossen Mehrheit der Fälle in einem Frühstadium nachweisen; zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Lymphknoten vom Krebs befallen sind und noch keine Metastasen vorliegen (5). Alternativ kann als präventive Massnahme

eine prophylaktische Brustdrüsenentfernung (Mastektomie) durchgeführt werden. Bezüglich Ovarialkarzinom wird als Früherkennung teilweise eine transvaginale Ultraschalluntersuchung und eine Messung des Tumormarkers CA125 in peripherem Blut angeboten. Diese Massnahme zeigt allerdings lediglich einen sehr beschränkten Nutzen, weshalb sie keine Alternative zur prophylaktischen Eierstockentfernung (Salpingo-Ovarektomie) darstellt (6). Zum Glück sind Ovarialkarzinome im Gegensatz zu Mammakarzinomen bei Frauen mit einer *BRCA1*- oder *BRCA2*-Mutation vor dem 40. Lebensjahr selten, sodass eine normale Familienplanung möglich ist und die Ovarektomie erst nach Abschluss der Familienplanung durchgeführt werden kann.

Ausblick

Wie erwähnt, werden heute die Kosten für die molekulargenetische Suche nach einer Mutation in einem Krebsgen von der Krankenkasse übernommen, wenn aufgrund der Familiengeschichte und / oder der individuellen Geschichte ein begründeter Verdacht für das Vorliegen eines familiären Tumorsyndroms besteht. Dieser Ansatz

beruht auf einer reinen Kosten-Nutzen-Berechnung. Mit diesem Vorgehen können zwar die Kosten pro gefundene Mutation in einem akzeptablen Ausmass gehalten werden, dafür werden aber, v.a. aufgrund der heute meist kleinen Familien, die Hälfte der Frauen mit einer Mutation im *BRCA1*- bzw. *BRCA2*-Gen gar nicht identifiziert (7). Es ist abzusehen, dass in nicht allzu ferner Zukunft das Vorhandensein einer auffälligen Familiengeschichte keine Bedingung mehr für das Suchen nach einer Mutation in einem Tumorsyndrom-Gen sein wird. Vielmehr wird jeder die Möglichkeit haben, sämtliche bekannten Tumorsyndrom-Gene gleichzeitig (das sind Dutzende) auf Vorliegen einer Mutation abzuklären. In Tat und Wahrheit werden solche Analysen bereits heute angeboten (8).

Es ist zu hoffen, dass zur Finanzierung solcher sinnvoller genetischer Tests vernünftige Lösungen gefunden werden.

Literatur

1. <http://sakk.ch/en/download/183>
2. www.sgm.ch
3. Bundesamt für Statistik: www.krebs.bfs.admin.ch
4. Kurian AW et al., J Clin Oncol. 2010 Jan 10; 28(2):222–31
5. Stadler ZK and Kauff ND, Clin Oncol. 2010; 28(2):189–91
6. Evans DG et al., J Med Genet 2009 46: 593–597
7. Moller P et al., Eur J Cancer. 2007 Jul; 43(11):1713–7
8. <http://www.cegat.de>

Cancer update: advances in treatment and implications for insurance medicine

Professor Robert Rubens

Swiss Re, London

Summary

Survival of patients with cancer is steadily improving. This has been achieved largely as a result of improvements in the use of established anti-cancer treatments rather than in diagnostic techniques. Recently, agents with greater specificity against cancer have been developed and these are beginning to have an impact on survival. They include growth factor inhibitors, anti-angiogenic drugs and immunological approaches. This paper describes the implications of these developments for insurance medicine.

Introduction

The number of patients with cancer surviving for five or more years after its primary diagnosis has increased steadily

over the past four decades (table 1). For breast cancer, this has occurred largely as a result of advances in the use of systemic treatments and, to a lesser extent, from the detection of early tumours by mammographic screening which may or may not have caused clinical disease during life. The enhanced curability of Hodgkin's disease and testicular cancer is also attributable to better treatment. By contrast, the longer survival rates seen in melanoma and prostate cancer have arisen entirely from an increase in the diagnosis of early non-lethal cancers rather than from any advances in treatment. Lung cancer, unfortunately, has shown little change in mortality over this time period.

Table 1. Five-year relative survival rates for specific cancers by year of diagnosis (source: <http://seer.cancer.gov>)

Year of diagnosis:	1970	1980	1990	2000
Breast cancer	68%	77%	85%	91%
Hodgkin's disease	67%	75%	82%	87%
Testicular cancer	72%	92%	96%	96%
Malignant melanoma	68%	82%	90%	92%
Prostate cancer	63%	74%	90%	99%
Lung cancer	10%	14%	14%	16%

Significant progress has also been seen in the survival of children with cancer (table 2), but surviving five years does not, unfortunately, predict that a normal life expectancy will be achieved as mortality in five-year survivors remains significantly above normal for at least three decades (Moller *et al.*, 2001). Although late recurrence of the original cancer continues to be a cause of death for many years, this risk diminishes with time. How-

ever, second malignancies, often caused by the late effects of cancer treatment, become increasingly important as a cause of late mortality, an effect which persists for decades (Mertens, AC *et al.*, 2001). Nevertheless, despite this problem, insurers should expect increasing numbers of young adults with a history of childhood cancer to be applicants for life, disability and critical illness policies in the years ahead.

Table 2. Five-year survival rates for childhood cancer in the USA by year of diagnosis (Jemal A *et al.*, 2009)

Year of diagnosis	Five-year relative survival
1975–77	58%
1978–80	63%
1981–86	67%
1987–89	71%
1990–95	77%
1996–2004	80%

Improvements in the use of established anti-cancer treatments

Although major technical developments have been made in surgery and radiotherapy, it is advances in systemic treatment that have largely been responsible for the improved prognosis of many

malignancies. The underlying reason for this is that, when cancer presents as a localised tumour and is radically excised with the intention of cure, recurrence occurs in a proportion of patients because of the presence of occult metastatic disease at the time of primary diagnosis

which has been unable to be identified with currently available diagnostic tests. The aim of post-operative adjuvant systemic treatment with chemotherapy and /or endocrine therapy is to destroy these unidentified micrometastases and so attempt to prevent recurrence in patients who, according to relevant prognostic factors, are predicted to be at high risk of relapse. Over the past four decades, numerous clinical trials have confirmed the effectiveness of this approach, especially in the case of breast cancer

dead from breast cancer and the percentage dead from other causes. For the proportion dying as a result of breast cancer, the model estimates the reductions in deaths likely to be achieved from the use of adjuvant chemotherapy and /or endocrine therapy. The precise potential reduction in deaths varies according to the prognostic group. Overall mortality from breast cancer has dropped by some 25–30% as a consequence of the use of adjuvant systemic treatment.

Adjuvant! Online (<https://www.adjuvantonline.com/online>) is an internet service which uses data from the Surveillance, Epidemiology and End-Results (SEER) programme of the US National Cancer Institute to calculate potential risk reductions from the use of adjuvant systemic therapy determined from the statistical meta-analyses of the Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (*EBCTCG 1998a/b; Ravdin PM et al., 2001*). For a given age, state of general health and prognostic category of breast cancer, *Adjuvant! Online* provides the following proportions of patients expected ten years after primary treatment: the percentage alive, the percentage

New specific anticancer treatments

Cytotoxic chemotherapy entails the use of drugs which are not specific anticancer agents, but which can indiscriminately also damage normal healthy cells. They have therapeutic activity against cancer simply because they exploit kinetic difference between normal and cancerous cells. Normal cells, particularly those in the bone marrow, have the capability, more so than malignant cells, to recover rapidly from a dose of chemotherapy. There has, therefore, been much interest recently in the development of agents which have greater specificity against cancer. These new approaches include:

- growth factor inhibitors
- anti-angiogenic agents
- immunological approaches

Some examples of recent clinical trials of these agents follow.

Growth factor inhibitors

The first drug in this category to meet with major success was *imatinib* which blocks the *bcr-abl* mutation found in chronic myeloid leukaemia (CML) thereby inhibiting the tyrosine kinase growth factor encoded by the gene. In a clinical trial with cross-over design, 1106 patients with CML were randomised to receive either imatinib or a combination of cytosine arabinoside plus interferon (*Druker BJ et al., 2006*). At five years of follow-up, 69% of those randomised to imatinib remained on the drug. By contrast, only 3% of those on the combination persisted with that treatment. In the group initially randomised to imatinib, only 7% had transformed to the blast phase and their estimated 5-year survival was 89% (compared to 30%–55% for historical controls). Provided these early results persist in the long-term, the approach to underwriting applicants with CML will need to be revised. In malignant melanoma, approximately half of all cases possess a mutated

gene which is inhibited by *vemurafenib*. In a clinical trial, 675 patients with metastatic disease were randomised to receive either this agent or standard chemotherapy with dacarbazine (*PB Chapman et al., 2011*). The respective response rates were 48% and 5% with survival at six months being 84% and 64% ($P < 0.001$). These early results suggest that vemurafenib may have potential for adjuvant treatment for high risk localised melanomas.

Sunitinib is an inhibitor of tyrosine kinases including vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor. In a trial of 750 cases of previously untreated metastatic renal-cell carcinoma, patients were randomised to either sunitinib or standard treatment with interferon (*Motzer RJ et al., 2007*). The response rates were 31% and 6% ($P < 0.001$) with median progression-free survival rates of 11 and 5 months ($P < 0.001$) respectively; no significant difference in survival was evident at the time of this early analysis. By contrast with the above positive results, trials of the tyrosine kinase inhibitors *vandetanib*, *cediranib* and *sorafenib* have shown little effect in non-small cell lung cancer (*Morgensztern D & Herbst RS, 2012*).

Anti-angiogenic agents

To enable their growth, tumours need to develop a blood supply and this is achieved under the influence of angiogenic growth factors produced by the neoplastic cells. *Bevacizumab* is a monoclonal antibody which prevents the formation of new blood vessels (angiogenesis) by blocking the action of vascular endothelial growth factor. In a clinical trial, 878 cases of non-small cell lung cancer were randomised to receive either chemotherapy alone or with bevacizumab (*Sandler A et al., 2006*). The respective response rates were 15 % v 35 %, time to progression 4.5 v 6.2 months ($P < 0.001$) and median survival 10.3 v 12.3 months ($P = 0.003$). It remains to be seen whether or not this significant, but modest, result can be developed into a cost-effective treatment.

Immunological approaches

Hitherto, attempts to stimulate immune mechanisms against cancer have met with minimal success, but, recently, a positive result has been reported in metastatic melanoma. *Ipilimumab* is a monoclonal antibody which augments T-cell activation and proliferation. In a trial of 502 cases of metastatic melanoma, patients were randomised to receive standard chemo-

therapy with dacarbazine with or without ipilimumab (*Robert C et al., 2011*). The survival rates at 1, 2 and 3 years respectively were: 47.3 % v 36.3 %, 28.5 % v 17.9 % and 20.8 % v 12.2 % ($P < 0.001$). This positive result should lead to trials which test the possibility of ipilimumab improving survival after the surgical excision of poor-prognosis localised melanomas.

Impact of diagnostic techniques on outcomes

Anti-cancer treatments are only effective in a proportion of patients. They are expensive and often have severe side-effects. The development of diagnostic tests which could identify those patients who would respond to treatment and those who would not is, therefore, of considerable interest. The first major success in this field was the introduction of assays to determine whether or not breast cancer cells express receptors for oestrogenic hormones. Those that do so have a reasonable chance of responding to hormone treatments while those testing negative do not. Another recent example in breast cancer is the assay for the HER2-neu (c-erb-B2) receptors. If this is present, then the tumour may respond to the monoclonal antibody trastuzumab, par-

ticularly as a means of enhancing the response to cytotoxic chemotherapy.

Gene profiling (DNA microarrays) is a technique which uses multiple DNA probes to test for specific aspects of gene expression. A sample of cells is tested to find out which genes are or are not expressed. The aim is to identify specific treatments for individual patients by finding out which ones are most effective for a given combination of gene expression. Their current use is confined to research studies, but, as new drugs aimed at defined molecular targets such as growth factor inhibitors are introduced into clinical practice, the use of such tests will increase. While these tests do not improve the results from treatment per se, they contribute by assisting in avoiding the prescription of drugs to patients who predictably would not derive any benefit from them and so unnecessary adverse effects are prevented.

Conclusions

- Mortality from cancer has decreased from steady improvements in the use of long established treatments.
- New specific anticancer treatments are beginning to contribute to extending survival.
- Diagnostic advances:
 - have had relatively little impact on cancer mortality
 - assist in the selection of effective treatments and avoidance of ineffective ones
 - might have an adverse effect on critical illness insurance claims through the earlier detection of malignant disease.

Implications of advances in cancer treatment for insurance

- *Life cover*: with the improving survival prospects for patients with cancer, a reduction or, at least, delay in cancer death claims is to be expected.
- *Disability/income protection*: the longer survival being experienced by patients with cancer may give rise to an increased duration of disability claims from malignant disease.
- *Terminal illness policies*: newer agents, particularly the growth factor inhibitors, are beginning to lead to prolongation of life in cases of metastatic cancer, thereby creating difficulties in determining likely life expectancy in patients with advanced disease.
- *Impaired annuities*: the longer survival of patients with cancer

necessitates that caution is exercised by underwriters when applications for enhanced annuities are considered.

- *Critical illness insurance*: increasing numbers of cancer survivors should be expected to be applying for these policies.

References

1. Chapman PB et al.
2. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation
3. N Engl J Med 2011;364:2507–2516
4. Druker BJ et al.
5. Five-year follow-up of patients receiving imatinib for chronic myeloid leukemia.
6. N Engl J Med 2006;355:2408–17
7. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group
8. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of randomized trials.
9. Lancet 1998a;351:1451–1467
10. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group
11. Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of randomized trials.
12. Lancet 1998b;352:930–942
13. Jemal A et al.
14. Cancer statistics, 2009
15. CA Cancer J Clin 2009; 59: 225–249
16. Mertens AC et al.
17. Late mortality experience in five-year survivors of childhood and adolescent cancer: the childhood cancer survivor study.
18. J Clin Oncol 2001;19:3163
19. Moller TR et al.
20. Decreasing late mortality among five-year survivors of cancer in childhood and adolescence: a population-based study in the Nordic countries
21. J Clin Oncol 2001;19:3173–3181
22. Morgensztern D & Herbst RS
23. Multitargeted tyrosine kinase inhibitors in unselected patients with advanced non-small lung cancer (NSCLC)
24. J Clin Oncol. 2012;30:2805–808
25. Motzer RJ et al.
26. Sunitinib versus interferon alpha in metastatic renal-cell carcinoma
27. N Engl J Med 2007;356:115–124
28. Ravdin PM et al.
29. Computer program to assist in making decisions about adjuvant therapy for women with early breast cancer.
30. J Clin Oncol 2001;19:980–991
31. Robert C et al., nejm.org June 5, 2011
32. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma.
33. N Engl J Med 2011;364:2517–2526
34. Sandler A et al.
35. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small cell lung cancer
36. N Engl J Med 2006;355:2542–2550

Versicherbarkeit von Antragstellern nach Langzeit-Remissionen von onkologischen Krankheiten

Dr. med. Andreas Armuss

Senior medical consultant

Center of Competence Medical Underwriting
and Claims Consulting

Munich RE, Munich

Zusammenfassung

Die Risikoprüfung von Langzeitüberlebenden nach Krebserkrankungen stellt in der Versicherungsmedizin eine mehrfache Herausforderung dar. Zum einen sieht sich eine grosse Anzahl von Langzeitüberlebenden als «geheilt» an, da auch betreuende Ärzte das Rezidivrisiko zu Recht für sehr gering halten. Zum anderen wurden eine Reihe von Untersuchungen in den letzten Jahren zu Langzeitverläufen – mit einem Beobachtungszeitraum von bis zu 50 Jahren – nach Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen veröffentlicht. Diese Studien konnten belegen, dass das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auch im Langzeitverlauf nach einer Krebserkrankung signifikant erhöht sein kann. Dies ist meist auf Folgen der Therapie zurückzuführen, da für manche Krebsarten auch in Frühstadien extensive Chemo- und Strahlentherapieverfahren angewandt werden. Sowohl nach Kinderkrebserkrankungen als auch nach Krebserkrankungen im

Erwachsenenalter kann das Risiko, an einem Zweitmalignom zu erkranken, erhöht sein. Aber auch andere Ursachen, wie zum Beispiel kardiale Folgeerkrankungen, spielen bei der erhöhten Mortalität/Morbidität eine Rolle.

Résumé

L'évaluation du risque pour les personnes avec une longue durée de vie après un cancer constitue à plus d'un titre un défi pour la médecine des assurances. D'une part, un grand nombre de ces personnes se tiennent pour «guéries», vu que le médecin traitant estime avec raison que le risque de récurrence est très faible. Mais d'autre part, une série de recherches effectuées ces dernières années sur les évolutions à long terme (temps d'observation pouvant aller jusqu'à 50 ans) après diagnostic et thérapie de cancers a été maintenant publiée et ces études ont pu montrer que le risque de mortalité et de morbidité peut être accru de manière significative lors d'évolutions à long terme après un cancer. Cela est dû principalement aux suites de la thérapie, car le traitement de certains types de cancer fait appel à une chimiothérapie et à une radiothérapie intensives, même à un stade précoce.

Le risque d'être atteint par un second cancer peut être plus élevé après un cancer apparu aussi bien chez des enfants que chez des adultes. Mais d'autres causes comme par exemple des affections cardiaques consécutives peuvent jouer un rôle dans le risque accru de mortalité et de morbidité.

Einleitung

In der Risikoprüfung für Lebensversicherungsprodukte müssen sich Versicherungsmediziner und Risikoprüfer immer häufiger mit der Einschätzung von Langzeitüberlebenden nach einer Krebserkrankung befassen. In den letzten beiden Jahrzehnten ist es zu einer stetigen Verbesserung der 5- und 10-Jahres-Überlebensraten vieler Krebsarten gekommen. Jenseits dieser 5-/10-Jahresgrenze stellt sich häufig die Frage nach der Prognose für solche Antragsteller. Können sie zu normalen Versicherungsbedingungen angenommen werden? Oder ist auch nach Erreichen des 5- oder 10-Jahres-Überlebens nach Diagnose und Therapie das Risiko für ein Rezidiv oder eine Entwicklung anderer Komplikationen erhöht?

Antragsteller in der privaten Lebensversicherung kommen zu einem grossen

Teil aus der Altersgruppe der 20–60-Jährigen. Demnach muss man bei der Frage nach der Langzeitprognose bei jungen Antragstellern (20–30 Jahre) auch Kinderkrebskrankungen in die Beurteilung mit einbeziehen. Bei älteren Antragstellern kommen neben der Möglichkeit von Langzeitfolgen von Tumoren der Kindheit insbesondere Krebsarten zum Tragen, die bereits in jüngeren Jahren vorkommen und einen relativ raschen Anstieg der Inzidenz je Alter zeigen. Dies sind insbesondere der Brustkrebs, das maligne Melanom, bösartige Hodentumore sowie der M. Hodgkin. Sowohl Letzterer als auch der Hodenkrebs zeigen höhere Inzidenzraten bereits in der Altersgruppe der 15–30-Jährigen.

Langzeitfolgen von Kinderkrebskrankungen

Die häufigsten Kinderkrebskrankungen sind Leukämien, Non-Hodgkin-Lymphome sowie Hirntumore (insbesondere das Neuroblastom und Astrozytom) und das Nephroblastom. Die genannten Krebserkrankungen werden neben der chirurgischen Interventionsmöglichkeit bei Hirn- und Nierentumoren vor allem mit Strahlen- und / oder Chemotherapie behandelt. Ob sich hieraus Langzeit-

folgen auch mehr als 10 Jahre nach Ende der Therapie ergeben, wurde in den letzten Jahren in grösseren Studien untersucht. So werteten Reulen et al. anhand des britischen Krebsregisters die Mortalitätsdaten von fast 18 000 Patienten aus, die vor ihrem 15. Lebensjahr eine Krebserkrankung überlebt hatten (1). Mit einer standardisierten Mortalitätsrate von 3,1 (CI 2,5–3,9) war die Übersterblichkeit auch nach mehr als 45 Jahren Beobachtungszeitraum immer noch etwa zweifach erhöht. Eine Analyse der Ursache ergab eine erhöhte Sterberate, insbesondere durch Zweittumore und kardiale Komplikationen.

Gemessen am Anteil der zusätzlichen Sterbefälle kam es für Zweittumore zu einem stetigen Anstieg über den Beobachtungszeitraum. Nach mehr als 45 Jahren machten diese mehr als 50 % der zusätzlichen Sterbefälle aus.

Zweittumore werden grundsätzlich nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:

- Chemotherapie-assoziierte myelodysplastische Syndrome und akute Leukämien sowie
- bestrahlungsassoziierte solide Tumore

Erstere treten insbesondere nach Therapien mit alkylierenden Substanzen (Cyclophosphamid, Busulfan, Chlorambucil etc.) und Topoisomerase-II-Inhibitoren häufig innerhalb der ersten 10 Jahre nach Therapieende auf, aber auch im Langzeitverlauf bleibt das Risiko relativ gesehen deutlich erhöht. So fanden Nottage et al. (4) auch nach 15 Jahren noch eine Erhöhung der standardisierten Inzidenzrate von 3,5 (CI 1,9–6,0) für Leukämien.

Die Entwicklung solider Zweittumore zeigt einen eindeutigen Zusammenhang zu einer vorangegangenen Strahlentherapie. Häufig treten diese Tumore mit einer Latenz von mehr als 10 Jahren auf (5). Dabei ist meist ein Zusammenhang der Lokalisation mit dem Ort der Bestrahlung festzustellen. So tritt zum Beispiel nach der Therapie eines Morbus Hodgkin aufgrund der Hochdosisbestrahlung des Brustkorbes der Brustkrebs deutlich gehäuft auf (6), nach Bestrahlung von Gehirnneoplasien an gleicher Stelle andere Entitäten von Gehirntumoren (7) und die im Bestrahlungsareal befindliche Haut zeigt deutlich häufiger das Auftreten nicht-melanomatöser Hauttumore (8) wie z. B. dem Basalzellkarzinom.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machten in der Studie von Reulen et al. nach 45 Jahren etwa 26 % der zusätzlichen Sterbefälle aus. Die Hälfte davon entfiel auf kardiale Ursachen. Diese Beobachtung einer erhöhten kardialen Sterblichkeit ist auch in weiteren Studien an grossen Kohorten bestätigt worden (2, 3). In einer retrospektiven Untersuchung von fast 14 500 Überlebenden mit Kinderkrebskrankungen aus den USA wurde ein 5–6-fach erhöhtes Risiko im weiteren Verlauf von 30 Jahren des Lebens an einer Herzinsuffizienz, einem Myokardinfarkt, einem Herzklappenfehler oder einer Perikarditis zu erkranken, bestätigt. Für die Strahlentherapie konnte dabei eine eindeutige Dosis-Nebenwirkungsbeziehung herausgearbeitet werden: je höher die Strahlung, desto grösser das Risiko, an einer der genannten Komplikationen zu erkranken. Für Dosen höher als 15 Gray kam es zu einer 2–6-fachen Erhöhung des Risikos. Eine Anthrazyklin-Chemotherapie mit einer Dosis von mehr als 250 mg/m^2 liess das Risiko für eine Herzinsuffizienz, eine Herzklappenerkrankung oder eine Perikarditis etwa 2–5-fach steigen.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass für Überlebende von Tumorerkrankungen in der Kindheit eine weit ins Erwachsenenalter bestehende Erhöhung der Sterblichkeit beobachtet werden kann. Die Übersterblichkeit wird insbesondere durch das Auftreten von Zweitumoren und kardialen Komplikationen bestimmt.

Aufgrund der fortschreitenden Verbesserung der Bestrahlungstechniken und dosisangepasster Chemotherapie regime wird es in den nächsten Jahren vermutlich zu einem Rückgang dieser Übersterblichkeiten kommen. Für Antragsteller zum heutigen Zeitpunkt sind die genannten Ergebnisse aber als repräsentativ anzusehen, da die Einschlusszeiträume in die Studien (ca. 1970–2000) in das Kindesalter unserer heutigen Antragsteller fallen.

Langzeitfolgen von Krebskrankungen im Erwachsenenalter

Verglichen mit den Aspekten bei Überlebenden von Kinderkrebskrankungen, gibt es bei Langzeitüberlebenden von Krebsen im Erwachsenenalter Unterschiede: Bei Langzeitüberlebenden von Krebskrankungen im Erwachse-

nenalter spielt das Rezidiv der primären Krebserkrankung im Sinne der Prognose eine grössere Rolle als bei Krebserkrankungen in der Kindheit. Auch die verfügbaren Daten bezüglich Langzeitmortalität und -morbidity umfassen nicht so lange Zeiträume wie die Kinderkrebsstudien.

Doch auch im Erwachsenenalter können Zweitumore und Spätkomplikationen einer Strahlen- oder Chemotherapie auch noch nach Jahrzehnten auftreten. Im Folgenden sollen einzelne Krebsentitäten näher beleuchtet werden:

Brustkrebs

Der Brustkrebs ist der häufigste Tumor im weiblichen Erwachsenenalter, wobei die Wahrscheinlichkeit, an einem Brustkrebs zu erkranken, etwa mit dem 35. Lebensjahr signifikant ansteigt. Dementsprechend sind Antragstellerinnen mit einer Brustkrebsanamnese keine Seltenheit in der Risikoprüfung.

Der Brustkrebs ist hinsichtlich prognostischer Faktoren und den sich daraus ableitenden Therapiemöglichkeiten ein gut untersuchter maligner Tumor. Zu den klassischen Parametern wie Tumorgrö-

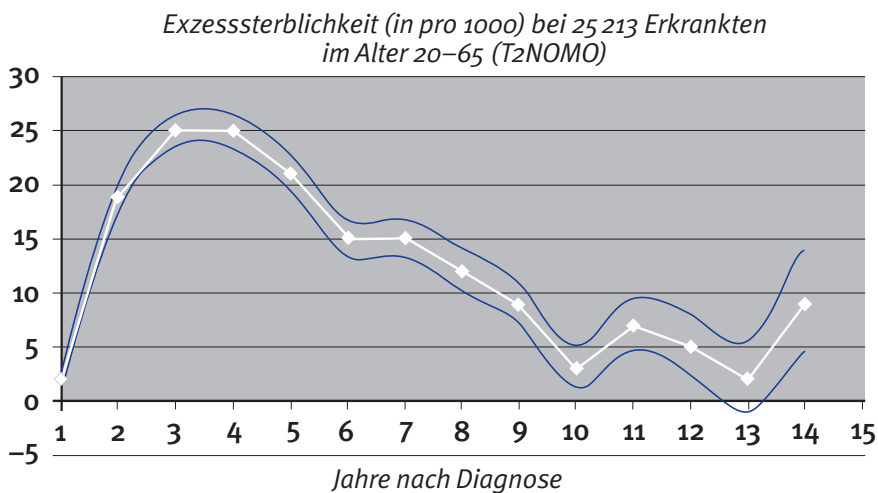
sse (T) und Lymphknotenbefall (N) haben der Hormonrezeptor- und der HER2/neu-Status seit mehreren Jahren Eingang in das Staging gefunden. Neben chirurgischer, Chemo- und Strahlentherapie haben sich dadurch auch neue therapeutische Optionen etabliert: die anti-hormonelle Therapie bei rezeptorpositiven und die Antikörper-Therapie (Trastuzumab) bei HER2/neu-positiven Karzinomen. Auch dadurch hat sich die Prognose des Brustkrebses in jüngster Zeit stetig verbessert. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die Sterblichkeit auch mehr als 10 Jahre nach Diagnose für viele Untergruppen erhöht bleibt. Grundsätzlich korreliert die Übersterblichkeit mit dem Staging, also je höher das Staging, desto höher die Sterblichkeit auch im Langzeitverlauf. Dies ist zum einen auf späte Rezidive (lokal oder als Metastasen), als auch auf langfristigen Folgen der zum Teil recht aggressiven Therapie zurückzuführen.

Aber auch lokale Brustkrebserkrankungen ohne Lymphknotenbefall oder Fernmetastasen sind im Langzeitverlauf von mehr als 5 oder 10 Jahren mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert. So zeigt eine Analyse der amerikanischen SEER-(Sur-

veillance, Epidemiology and End Result) Datenbank des National Cancer Institutes für das Staging T2 (bis zu 5 cm Grösse) No Mo bei circa 25 000 Fällen eine zwar fallende, aber immer noch deutliche Übersterblichkeit von etwa 20 / 1000 nach 5, und etwa 2 / 1000 nach 13 Jahren (Abbildung 1). Ursächlich sind auch hier späte Rezidive bzw. Folgen von Chemo- und Strahlentherapie zu nennen. So zeigen Untersuchungen erhöhte Leukämieraten nach Chemotherapie beim Brustkrebs (14), und gerade erst wurde eine Unter-

suchung zu kardialen Folgeerkrankungen nach Strahlentherapie beim Brustkrebs veröffentlicht (15): Es fand sich eine erhöhte Rate an Herzinfarkten, Notwendigkeit zur Myokardrevaskularisation und kardialen Todesfällen, beginnend etwa 5 Jahre nach Therapie. Auch nach mehr als 20 Jahren konnte diese Risikoerhöhung noch nachgewiesen werden.

Abbildung 1 (Blaue Linien entsprechen dem oberen und unteren Konfidenzintervall).



Malignes Melanom

Die Inzidenz des malignen Melanoms hat in den vergangenen Jahrzehnten weltweit dramatisch zugenommen. Die höchsten Inzidenzraten werden in der hellhäutigen Bevölkerung Australiens, Neuseelands, Südafrikas sowie in Europa und den USA beobachtet. Die Neuerkrankungsraten steigen in Mitteleuropa bereits mit dem 20. Lebensjahr an. Das Staging des malignen Melanoms ist im letzten Jahrzehnt häufig revidiert worden, da gross angelegte Studien immer bessere Informationen hinsichtlich prognostischer Parameter geliefert haben. So ist neben der Tumordicke auch das Vorhandensein von Ulzerationen und für T₁-Tumore die Mitoserate von prognostischer Bedeutung. Der Clark-Level (Eindringtiefe) ist als prognostischer Parameter nur noch von untergeordneter Relevanz. Während maligne Melanome mit einer Tumordicke von weniger als 1 mm ohne Ulzerationen und einer niedrigen Mitoserate eine sehr gute Prognose quo ad vitam haben, ist bereits das Stadium T_{1b} mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert. Diese erhöhte Sterblichkeit besteht auch über den 10-Jahre-Überlebenszeitraum hinaus. Eine Analyse der SEER-Daten für das Melanom-

Stadium 1b zeigt dabei bis 15 Jahre nach Diagnose eine geringere Überlebensrate als in der Vergleichsbevölkerung (Abbildung 2).

Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Spätrezidive – zu meist in Form von Lymphknotenmetastasen – auch nach mehr als 10 Jahren nach Diagnose keine Seltenheit sind. So ist es nicht verwunderlich, dass die Übersterblichkeit von Melanomen, die in einem frühen Stadium entdeckt wurden, zu einem nicht geringen Teil auf den Zeitraum nach > 10 Jahren nach Diagnosestellung fällt (9, 10).

Morbus Hodgkin

Der Morbus Hodgkin kommt im Erwachsenenalter in zwei Altersbändern gehäuft vor: im 3. und im 7. Lebensjahrzehnt. Aufgrund des jungen ersten Altersbandes ist der Morbus Hodgkin eine in der Risikoprüfung am häufigsten zu begutachtende Krebserkrankung. Die Therapie besteht zumeist aus einer Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie – wobei die empfohlene Therapie mit der Höhe des Tumorstadiums immer aggressiver wird. Während durch moderne Therapieschemata die Rezidivrate beim Mor-

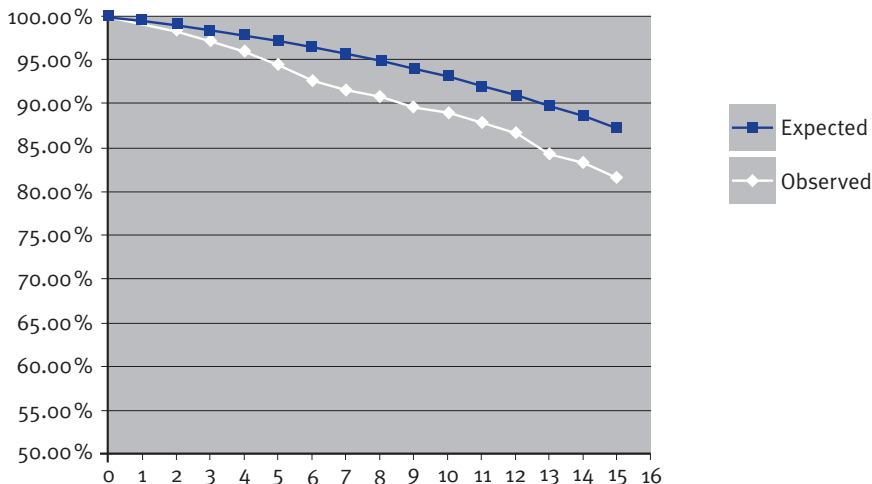


Abbildung 2: Melanom Langzeitüberleben, SEER (Alter 20–64, 1988–2004), Stadium T1b (= $\leq 1\text{mm}$, Clark III oder mit Ulzerationen, NoMo), N=4526

bus Hodgkin deutlich gesenkt werden konnte, ist insbesondere das Risiko der Entwicklung eines Zweitumors von prognostischer Relevanz. In einer bevölkerungsbasierten Studie aus Europa und den USA mit fast 33 000 Patienten war über 25 Jahre nach der Diagnose das Risiko für einen soliden Zweitumor um das 2,3-fache erhöht, was einem Anstieg des kumulativen Risikos auf fast 22 % entspricht. Vor allem Brust- und Lungen-

krebs sowie Neoplasien des Gastrointestinaltraktes waren für den Anstieg verantwortlich (11). Dies wirkt sich auf die Mortalität aus und ist selbst für frühe Stadien relevant: In einer Studie mit einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 12 Jahren bei Patienten <math>< 50</math> Jahren und einem Staging IA und IIB, war die Mortalität – je nach Altersgruppe – zwischen 4,7–8,1-fach erhöht (12).

Bösartige Hodentumore

Bösartige Hodentumore werden grundsätzlich nach dem Gewebe, aus dem sie hervorgehen, eingeteilt. Meist kommt es zu einer Entartung der Keimzellen,

wobei man hierbei Seminome und Nicht-Seminome unterscheidet.

Grundsätzlich wird in vielen Statistiken von einer hohen Wahrscheinlichkeit der kurativen Therapie berichtet und die behandelten Patienten werden häufig als geheilt angesehen. Neben der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und Entfernung befallener Lymphknoten sind oftmals auch die Chemo- und Strahlentherapie wichtige Therapieoptionen. Insofern stellt sich auch hier die Frage nach möglichen Langzeitnebenwirkungen.

Exemplarisch sei eine Studie zur Langzeitprognose bei Seminomen erwähnt: In der Untersuchung von Zagar et al. wurden fast 500 Patienten mit Seminom-Frühstadien mittels Strahlentherapie behandelt und nachbeobachtet (13). Die Ergebnisse dieser Studien waren ausserordentlich interessant: innerhalb der ersten 15 Jahre nach Diagnose zeigte sich keine Erhöhung der Mortalität im Vergleich zur Normalbevölkerung, danach stieg sie aber auf das fast 2-Fache an (SMR 1,85, CI 1,3–2,55). Die erhöhte Mortalität war auch hier durch Zweittumore und kardiale Erkrankungen verursacht.

Fazit

Viele Krebserkrankungen sind heutzutage – in Abhängigkeit vom Stadium – bei Diagnosestellung gut behandelbar. Innovationen bei Diagnose und Therapie haben die Prognose für viele Krebsformen stetig verbessert. Allerdings können die Nebenwirkungen der (teilweise aggressiven) Tumorthherapie die kurz- bis mittelfristig sehr guten Sterblichkeitsverläufe langfristig negativ beeinflussen. Diese erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsraten im Langzeitverlauf werden auch bei malignen Erkrankungen beobachtet, die in einem frühen Stadium diagnostiziert wurden. Ursache für die langfristig erhöhte Sterblichkeit sind zum einen Spätrezidive, aber auch das erhöhte Risiko für Zweittumore und kardiovaskuläre Erkrankungen. Dies ist insbesondere bei der Einschätzung in der Lebensversicherung mit zumeist lange laufenden Policenverträgen von Relevanz und sollte in der Risikoprüfung nicht unbeachtet bleiben.

Studien

1. Reulen R et al.: Long-term Cause-Specific Mortality Among Survivors of Childhood Cancer, *JAMA* 304(2):172–179 (2010)
2. Van der Pal H et al.: High Risk of Symptomatic Cardiac Events in Childhood Cancer Survivors, *J Clin Oncol* 30 (13):1429–1437 (2012)
3. Mulrooney D et al.: Cardiac outcomes in a cohort of adult survivors of childhood and adolescent cancer: retrospective analysis of the Childhood Cancer Survivor Study cohort, *BMJ* 339:b4606 (2009)
4. Nottage K et al.: Long-term risk for subsequent leukemia after treatment for childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Blood* 117 (23): 6315–8 (2011)
5. Bhatia S, Sklar C: Second cancers in survivors of childhood cancer. *Nat Rev Cancer* 2 (2): 124–32 (2002)
6. Kenney LB et al.: Breast cancer after childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Ann Intern Med* 141 (8): 590–7 (2004)
7. Neglia JP et al.: New primary neoplasms of the central nervous system in survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Natl Cancer Inst* 98 (21): 1528–37 (2006)
8. Watt TC et al.: Radiation-related risk of basal cell carcinoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Natl Cancer Inst* 104 (16): 1240–50 (2012)
9. Crowley NJ, Seigler HF: Late recurrence of malignant melanoma. *Ann Surg* 212:173–177 (1990)
10. Gamel J et al.: The long-term clinical course of patients with cutaneous melanoma. *Cancer* 95:1286–1293 (2002)
11. Dore G et al.: Second malignant neoplasms among long-term survivors of Hodgkin's disease: a population-based evaluation over 25 years, *J Clin Oncol* 20:3484–3494 (2002)
12. Ng A et al.: Long-Term Survival and Competing Causes of Death in Patients With Early-Stage Hodgkin's Disease Treated at Age 50 or Younger, *J Clin Oncol* 20:2101–2108 (2002)
13. Zagars G et al.: Mortality After Cure of Testicular Seminoma, *J Clin Oncol* 22:640–647 (2004)
14. Praga C et al.: Risk of acute myeloid leukemia and myelodysplastic syndrome in trials of adjuvant epirubicin for early breast cancer: correlation with doses of epirubicin and cyclophosphamide. *J Clin Oncol* 23: 4179–4191 (2005)
15. Darby S et al.: Risk of Ischemic Heart Disease in Women after Radiotherapy for Breast Cancer, *N Engl J Med* 368:987–98 (2013)

Arbeitsunfähigkeit aus internmedizinisch-onkologisch-psychosomatischer Sicht

Dr. med. Christel Nigg

Leitende Ärztin Klinik Susenberg
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
 Fähigkeitsausweis Psychosomatische und
 Psychosoziale Medizin SAPP
 Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV
 Zertifizierte medizinische Gutachterin SIM
 Beratende Ärztin AXA Winterthur

Zusammenfassung

Auf den ersten Blick scheint die gemeinsame Betrachtung der medizinisch-onkologisch-psychosomatischen Arbeitsunfähigkeit nicht statthaft, handelt es sich doch gerade bei den onkologischen Erkrankungen um schwere, teils lebensbedrohliche Krankheiten, bei den psychosomatischen Leiden eher um zwar belastende, aber nicht tödliche Erkrankungen. Bei näherer Beschäftigung mit dem bewusst so gewählten Titel wird klar, dass sich anhand dieser Diskussion besonders gut veranschaulichen lässt, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht unbedingt linear und übertragbar von vorhandenen Diagnosen abhängt, sondern vielmehr die Folge funktioneller Einschränkungen ist, die auf verschiedenen Ebenen vorhanden sein können. Im folgenden Artikel soll das systematische Heran-

gehen an die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit veranschaulicht werden, die Gemeinsamkeiten unabhängig von den zugrunde liegenden Diagnosen, aber auch die Unterschiede, die sich nicht zuletzt aus den strukturellen organischen Defekten ergeben. Verzichtet wird auf die detaillierte Beschreibung von strukturierten Assessment-Prozessen.

Generell muss darauf hingewiesen werden, dass die häufigsten und gleichzeitig umstrittensten Ursachen für länger dauernde Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung psychische Leiden und Erkrankungen des Bewegungsapparates sind – und nicht die internistischen oder onkologischen Diagnosegruppen.

Résumé

A première vue, il peut sembler inadmissible de considérer l'incapacité de travail sous l'aspect médical à la fois oncologique et psychosomatique, car les cancers sont des maladies graves qui peuvent parfois menacer le pronostic vital alors que les affections psychosomatiques peuvent être effectivement lourdes, mais ne sont pas mortelles.

Pourtant à se confronter de plus près avec l'intitulé de cette contribution choisi à dessein, il apparaît que cette approche et les discussions y relatives permettent de montrer de manière particulièrement claire que les diagnostics posés n'impliquent pas directement une limitation donnée de la capacité de travail, mais que celle-ci est plutôt la conséquence de limitations fonctionnelles pouvant se manifester à différents niveaux. L'auteure décrit la démarche systématique requise pour l'évaluation médicale de la capacité de travail, les points communs indépendamment des diagnostics posés, mais aussi les différences qui résultent souvent de lésions organiques structurelles. Elle renonce par contre à donner une description détaillée des procédures détaillées d'évaluation.

De manière générale, il faut signaler que les causes les plus fréquentes et aussi les plus sujettes à discussion de l'incapacité de travail de longue durée et de l'invalidité sont à trouver dans les troubles psychiques et dans les maladies de l'appareil locomoteur, et non pas dans les groupes de diagnostic en médecine interne ou oncologique.

Einleitung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gehört zu den schwierigen und häufig auch undankbaren Aufgaben des ärztlichen Alltags. Das hat mehrere Gründe. Die eigentliche ärztliche Tätigkeit umfasst vor allem die Betreuung von Patienten, das Stellen einer Diagnose, das Einleiten einer Therapie und natürlich die Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen. Das Ausstellen eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses bedeutet für den therapeutisch tätigen Mediziner einen abrupten Rollenwechsel, denn hier geht es nicht in erster Linie um die ärztliche Grundkompetenz, sondern hier wird der Arzt zu einem ökonomisch bedeutsamen Gatekeeper für finanzielle Leistungen. Die partnerschaftliche Ebene mit dem Patienten muss oftmals verlassen werden, um die gesetzlich und gesellschaftlich übertragene Aufgabe ordnungsgemäss zu erfüllen. Die ärztliche Ausbildung im Bereich Versicherungsmedizin und insbesondere Krankenschreibung ist nach wie vor rudimentär und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gründet häufig vor allem auf der subjektiven Beschwerdeschilderung von Patienten und nicht primär auf objek-

tivierbaren Faktoren. Der Arbeitgeber und – bei ungünstigen Verläufen – auch die Justiz sind weitere Beteiligte an diesem Prozess. Auf der anderen Seite ist das Ausstellen eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses eine hochwirksame therapeutische Massnahme, die wie alle Therapien Wirkungen, aber auch Nebenwirkungen zeigt. Die Diskussion der Arbeitsfähigkeit kann als Anlass dienen, die bisherigen medizinischen Massnahmen bezüglich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren und den Genesungsverlauf im Hinblick auf alltags- und berufsspezifische Anforderungen festzuhalten. Eine unkritische Krankschreibung wird im Gegensatz dazu jedoch beim Patienten zur Überzeugung führen, dass Schonung und Entlastung in jedem Falle erforderlich sind und Anstrengungen zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf führen.

Ist das Problem bei akuten Erkrankungen wie z. B. einer Grippe noch mit gesundem Menschenverstand zu lösen, gestaltet sich die Beurteilung bei länger dauernden oder chronischen Erkrankungen und Beschwerden deutlich komplexer.

Bei jeglicher Betrachtung dieses Themas ist die Grundlage der Zeugniserstellung der Artikel 6 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG). Dort findet sich der Begriff der Arbeitsunfähigkeit definiert – welcher, und das muss explizit betont werden, ein juristischer und kein medizinischer Begriff ist.

«Arbeitsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten – nicht mehr, nur noch beschränkt, nur noch mit der Gefahr der Verschlimmerung.» (1)

Relevant ist die bisher ausgeübte Tätigkeit, nicht die medizinisch-theoretische Einschränkung, die Gesundheitsstörung muss einen Grad mit Krankheitswert erreichen, d.h. sie muss struktureller Natur sein und oder eine Behandlung zur Folge haben. Bei längerem Bestehen muss auch eine andere zumutbare Tätigkeit ins Auge gefasst werden. Befindlichkeitsstörungen sind explizit keine Grundlage für das ärztlich attestierte Fernbleiben vom Arbeitsplatz, ebenso chronische Schmerzen.

Es würde den Rahmen des Artikels sprengen, auf die Schwierigkeiten in der Definition dieser Begrifflichkeiten einzugehen, Krankheitswert, Zumutbarkeit, Gesundheitsstörungen sind nicht immer eindeutig definierbare Größen. Bei Zugrundelegung der WHO-Definition von Gesundheit wären nicht mehr viele Arbeitnehmer störungsfrei. Ein weiterer Fallstrick sind die grundsätzlichen Unterschiede der zugrundeliegenden Modelle. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, vom amerikanischen Psychiater George Engel 1975 in einer bahnbrechenden Publikation eingeführt, bildet heute die Grundlage der modernen Betrachtungsweise von Krankheiten in der Medizin (2). Dem gegenüber wird in der Rechtsprechung bislang das biopsychische Krankheitsmodell für die Beurteilung herangezogen, sodass bereits im Grundsatz eine Uneinigkeit der Medizin und der Jurisprudenz in diesem Thema bestehen.

Wie sehr schön in den Arbeiten zum «Haus der Arbeitsfähigkeit» des finnischen Arbeitsphysiologen Prof. Juhari Ilmarinen gezeigt werden konnte, ist die Arbeitsbewältigungsfähigkeit neben der körperlichen und psychischen Gesund-

heit von Kompetenz, Werten, der Arbeit und dem Arbeitsumfeld abhängig und wird auch durch die Familie, Freunde und die Gesellschaft in einen sozialen Kontext gestellt (3). Natürlich spielen körperliche und seelische Defizite eine wichtige Rolle, aber sie sind nicht alleine entscheidend.

Uns als attestierenden Ärzten ist häufig nicht bewusst, welche Faktoren den Entschluss zur Ausstellung eines Zeugnisses triggern. Studien zeigen, dass in den meisten Fällen der Wunsch des Patienten nach einem Attest am Anfang des Entscheidungsprozesses steht. Die Sozialisation und Befindlichkeit des Arztes nehmen ebenso Einfluss wie die Dauer der Arzt-Patient-Beziehung und die Fachrichtung, die wir vertreten, und nicht zuletzt unser Geschlecht. Untersuchungen zeigen, dass Fachärzte seltener krankschreiben als Allgemein- und Hausärzte, was diesen wiederum häufig den Vorwurf der Parteilichkeit einbringt (4, 5, 6). Es sollte aber nicht vergessen werden, dass der Grundversorger häufig den Schwarzen Peter dauerhaft behält, während der Spezialist den Patienten nicht mehr oder nur noch selten zu Gesicht bekommt.

Diagnose und funktionelle Einschränkungen

In den letzten Jahren hat ein eindeutiger Paradigmenwechsel stattgefunden dahingehend, dass nicht mehr die ICD-10-Diagnose im Zentrum der Beurteilung steht, sondern die funktionellen Einschränkungen durch die vorliegende Pathologie. Eine Einschätzung der funktionellen Einschränkung ist nicht immer einfach, allerdings wurden Instrumente entwickelt, die zumindest Anhaltspunkte für die Objektivierung der funktionellen Defizite liefern. Ein wichtiges Instrument ist die International Classification of Function (ICF), die zwar in erster Linie für den Rehabilitationsprozess und die Wiedereingliederung entwickelt wurde, sich aber auch zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beziehen lässt (7). Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe, aber auch personenbezogene und Umweltfaktoren gehen in die ganzheitliche Beurteilung mit ein. Es ist zu erwarten, dass die Instrumente zur Beurteilung der auf eine spezifische Tätigkeit bezogenen funktionellen Einschränkungen in den kommenden Jahren sukzessive verfeinert werden.

Prognose und weiterer Verlauf

Nach wie vor ist jedoch die Diagnose von Bedeutung, wenn es um die Abschätzung der Prognose geht. So haben psychosomatische Erkrankungen bezüglich Mortalität eine benigne Prognose, was allerdings über die Morbidität und den Leidensdruck der Krankheitsbilder nicht hinwegtäuschen darf. Für chronische und invalidisierende internistische Erkrankungen gibt es bezüglich des weiteren Verlaufes teilweise valide Daten. So lässt sich die Funktionsabnahme der Lunge bei einer chronischen COPD sehr gut anhand der lungenfunktionellen Parameter abschätzen, das gleiche gilt für die Niereninsuffizienz anhand der Kreatininentwicklung. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bietet die Spiroergometrie einen guten Anhaltspunkt für die verbleibende körperliche Leistungsfähigkeit. Neuropsychologische Untersuchungen können die kognitiven Leistungsreserven im besten Fall quantifizieren und aufgrund des Musters auch Auskunft über mögliche Verbesserungen und Rehabilitationspotenzial geben. Bei allen Untersuchungen und Testinstrumenten, die von der Kooperation des Probanden abhängig sind,

spielt die Erfahrung des Untersuchers naturgemäss eine grosse Rolle in der Beurteilung.

Besondere Bedeutung erhält das Abschätzen der Prognose naturgemäss bei den Tumorerkrankungen. Je nach Tumorart und Krankheitsstadium sind Krebserkrankungen heutzutage nicht mehr immer mit Tod und schwerer Invalidation gleichzusetzen, sondern zeigen Verläufe wie andere chronische Erkrankungen. Detailkenntnisse der zukünftigen Entwicklung sind aufgrund des raschen Wandels therapeutischer Regimes und der vielen Studienresultate für den Grundversorger nicht immer abrufbar, aber hier kann der behandelnde Onkologe wertvolle Hilfestellung bieten. Während einer Krebsbehandlung werden sich viele Patienten verständlicherweise ausserstande sehen, ihrer Arbeit nachzugehen. Absolut unmöglich ist dies jedoch nicht, wie verschiedenste Beispiele zeigen. So kann die Fortsetzung der Arbeit zum Beispiel mit einem reduzierten Pensum beim Bewältigen der Tumordiagnose helfen, indem Struktur, Kontakt mit Kollegen und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns als Ressource dienen. Im Rahmen

von Eingriffen, Bestrahlungen und belastenden Chemotherapien wird jedoch eine geregelte Beschäftigung häufig verunmöglicht, da auch schwer messbare Symptome wie Inappetenz, Fatigue und anderes neben Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Arbeitsplatz und Tätigkeitsprofil

Neben der Kenntnis und der Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Arbeitsunfähigkeit gehört auch das Wissen um das Tätigkeitsprofil und den Arbeitsplatz der betroffenen Person grundlegend zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Konkrete Aufgaben über die Tätigkeit, Pensum und zeitliche Belastungsverteilung, Arbeitswege und spezielle Verhältnisse und Umstände sind von grosser Bedeutung für die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit. Auch allfällige Probleme, Konflikte am Arbeitsplatz oder im privaten Umfeld sowie grundlegende Schwierigkeiten sollten erfragt werden und in die Gesamtbeurteilung eingehen.

Die Bereitschaft des Arbeitgebers, den Arbeitnehmer zu unterstützen und gegebenenfalls einen Ersatzarbeitsplatz

anzubieten, lassen sich am besten im Rahmen eines Kontaktes zum Arbeitgeber eruieren. Schwierig ist die Situation besonders für Mitarbeitende der in der Schweiz zahlreichen, volkswirtschaftlich enorm wichtigen Kleinbetriebe und mittelständischen Unternehmen, besonders wenn es sich um Angestellte mit niedrigen Qualifikationen handelt. Hier sind der Kreativität auch beim besten Willen aller Beteiligten Grenzen gesetzt.

An dieser Stelle soll kurz noch auf eine vielleicht häufig zu wenig genutzte Unterstützungsmöglichkeit hingewiesen werden, das Case Management, das eine zusätzliche Aussensicht in diesen Prozess bringt. Der verantwortliche Fallmanager, in der Regel ein Repräsentant der Taggeldversicherung als erstes involviertes Sicherungssystem, versteht sich als Experte zur Steuerung von komplexen gesundheitlichen und sozialen Situationen, die notabene auch einen beträchtlichen Kostenaspekt haben. Allerdings muss auf die Sensibilität einer aktiven Einflussnahme des Kostenträgers auf die persönliche Lebenssituation des Betroffenen hingewiesen werden. Richtig eingesetzt kann das

Case Management einen wertvollen Beitrag zur Rehabilitation und beruflichen Reintegration über die professionellen und institutionellen Grenzen hinweg leisten.

Unterschiede zwischen psychosomatischen und internistischen Erkrankungen

Seit der Akzeptanz der psychosomatischen Erkrankungen als eine eigene Krankheitsentität wurden zumindest die offenen Stigmatisierungen und Diskreditierungen der Patienten weniger, wenngleich die Meinung, es handle sich um Simulanten, in bestimmten Kreisen immer noch virulent ist. Neuere Forschungen zeigen, dass auch bei psychosomatischen Krankheiten strukturelle und pathophysiologische Veränderungen nachweisbar sind, deren Auswirkungen aber häufig nicht zu präzisieren sind. Wenig hilfreich sind auch die Medienberichte, die Fälle von möglichem Sozialversicherungsbetrug bei den wenig objektivierbaren Leiden immer sehr gross aufgemacht publizieren und dabei genüsslich die Verfehlungen der Gutachter ausschlichten. Auch die Selbstversuche in mehreren deutschen Bundesländern, mit der reinen Schilde-

rung von Symptomen ein Zeugnis zu erhalten, zeigen die Schwierigkeit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf. Allerdings ist die ärztliche Tätigkeit nicht mehr zu leisten, wenn man seinen Patienten den ganzen Tag misstrauen muss.

Die Urteile des Schweizerischen Bundesgerichtes bezüglich der Behandlung chronischer Schmerzstörungen und anderer somatoformer Störungen unterstützen sehr klar, dass die Zusprache einer Invalidenrente im Rahmen dieser Diagnosen kaum Aussicht auf Erfolg hat. Insofern sollte vor allem der primär betreuende Mediziner unbedingt darauf hinwirken, diese Patienten unter allen Umständen im Arbeitsprozess zu halten, da trotz erheblicher Morbidität eine IV-Berentung in der Mehrzahl der Fälle abgelehnt werden wird. Das Wissen, dass eine mehr als 6-monatige Arbeitsunfähigkeit den Weg zurück verunmöglicht, sollte das Instrument der Krankschreibung möglichst restriktiv zum Einsatz bringen. Gleichzeitig bedarf der Patient der repetitiven Versicherung, dass Beschwerden und Arbeitsfähigkeit nicht automatisch gekoppelt sind, und dass Arbeit nicht mit

einem weiteren Gesundheitsschaden assoziiert ist. Ein wichtiger Schritt ist die aktive Suche nach einer zusätzlich vorhandenen psychischen Erkrankung, da hier häufiger Behandlungspotenzial verborgen liegt. Auf die Bedeutung der Förster-Kriterien soll nicht näher eingegangen werden. Allerdings sind in der letzten Zeit wieder mehr Bemühungen auch von juristischer Seite im Gange, auf diesem konflikthaften Terrain neue Wege zu gehen.

Klassische internistische Erkrankungen wie z. B. die koronare Herzkrankheit oder die COPD zeigen, wie bereits erwähnt, in der Regel strukturelle Defekte und messbare Funktionsausfälle, deren Ausprägung den funktionellen Einbußen zugeordnet werden kann. Allerdings erstaunt es immer wieder, dass Personen mit schweren Funktionseinbußen auch hier weiter ihrer Arbeit nachgehen. Nicht zu vernachlässigen ist, dass manche ernsthaften somatisch-internistische Erkrankungen mit unspezifischen Symptomen beginnen und andererseits die Zuordnung zum Formenkreis der psychosomatischen Leiden häufig einen längeren Abklärungszeitraum in Anspruch nimmt. Hier kann auch trotz ak-

tuell fehlendem Nachweis struktureller Defekte die Arbeitsfähigkeit zumindest vorübergehend beeinträchtigt sein. Während des Zeitraumes der diagnostischen Unklarheit sollten Arztberichte in jedem Fall eine möglichst objektive Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes liefern und im Umgang mit Versicherern oder beratenden Ärzten auf eine Aggravation in der Darstellung zugunsten des Patienten verzichten.

Onkologische Erkrankungen

Die Diagnose einer Krebserkrankung ist für alle Patienten in der Regel mit einer grossen akuten Belastung verbunden, einmal aufgrund einer potenziell tödlichen Bedrohung, andererseits durch die Dynamik, mit der rasche Entscheidungen für eingreifende Therapien wie Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlungen getroffen werden müssen. Eine positive Einschätzung von Prognose und Therapieerfolg kann diesen akuten Schock mildern, aber selten eliminieren. Eine Krankschreibung in dieser akuten Phase ist fast nie zu umgehen. Trotzdem sollte mit der ersten Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit nicht der Weg in Richtung IV-Rente eingeschlagen werden, sondern eine Kommunikation erfolgen,

die als Behandlungserfolg auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit betont. Eine vorausschauende Planung, die von einer Zustandsverbesserung ausgeht, hilft auch bei der Bewältigung der Erkrankung. Andererseits gibt es schwer messbare Einschränkungen, die auch nach erfolgreicher Tumorbehandlung mit einer Restitutio ad integrum weiterhin andauern. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Symptom der «Fatigue». Diese Form der Müdigkeit, deren Ursache und Auswirkungen aktuell Forschungsgegenstand sind, scheint auch mit Willensanspannung nicht oder nur schwer überwindbar zu sein. Unter dieser speziellen Müdigkeit leiden nicht nur Patienten mit aktiven Tumorleiden, sondern auch Patienten nach Chemotherapie und Bestrahlung, selbst wenn diese Behandlungen erfolgreich sind und Patienten onkologisch als geheilt angesehen werden können. Auch wenn depressive Symptome fehlen, kann dieses Symptom je nach Tätigkeit eine Wiederaufnahme der Arbeit stark erschweren, obwohl es wenig fassbar erscheint.

Sicher ist die Festlegung der Arbeitsfähigkeit in der Onkologie sehr anspruchsvoll. Zur Verdeutlichung der gros-

sen individuellen Bandbreite werden nachfolgend zwei Patientenbeispiele kurz beschrieben:

Eine 1953 geborene Patientin erhält im Jahr 2001 die Diagnose eines Mammakarzinoms, welches initial brusterhaltend operiert werden kann. In der Folge werden Chemotherapie und eine Hormontherapie initiiert, trotzdem erleidet die Patientin ein Rezidiv, welches eine radikale chirurgische Intervention erforderlich macht, anschliessend erfolgt eine Radio- und weitere Chemotherapie. Es kommt zu Lymphknotenmetastasen und in der Folge auch zu einer systemischen Metastasierung. Der Verlauf geht über 12 Jahre – die Patientin ist während dieser Zeit in ihrem Beruf als medizinische Praxisassistentin weitestgehend arbeitstätig – mit reduziertem Pensum, mit Krankheitsabwesenheiten, aber ohne IV-Berentung, die ihr sicher spätestens beim Rezidiv ohne Weiteres zugesprochen worden wäre.

Offensichtlich waren die Funktionseinbussen durch die chronische Erkrankung nicht so ausgeprägt, dass sie zu einem Verlust der zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit notwendigen Fertigkeiten

geführt hätten. Im Gegenteil wurde die Unterstützung durch den Arbeitgeber und die Kollegen immer als eine Ressource erlebt.

Im Gegensatz dazu ein junger Mann, 22-jährig, der wegen eines bösartigen Hodentumors operiert und bestrahlt werden musste – und in der Folge eine 100%ige IV erhielt. Fünfzehn Jahre später wird im Rahmen einer IV-Revision die Rente in Frage gestellt – der Patient ist über all die Jahre gesund und rezidivfrei geblieben – aber nach so langer Invalidisierung kaum noch wiedereingliederungsfähig.

Gerade bei Tumorerkrankungen mit eher besserer Prognose sollte die Berentung wenn überhaupt nur zeitlich befristet erfolgen.

Schlussfolgerung

Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist ein komplexer Prozess, der unter anderem auch von der gesundheitlichen Verfassung des Arbeitnehmers abhängig ist. Ein möglichst objektives Herangehen an die Frage der medizinisch verantwortbaren Arbeitsfähigkeit sollte im Interesse aller an diesem Prozess Beteiligten

sein. Unabhängig von dem Krankheitsetikett sind die strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen, die daraus resultierenden Einschränkungen in Bezug auf die angestammte oder mögliche Tätigkeit wenn möglich mittels konkreter Assessments näher zu beschreiben. Kenntnis der Verläufe und der Prognose sollten die Beurteilung abrunden. Problematisch bleibt der Einfluss von medizinfremden, aber trotzdem interferierenden psychosozialen Belastungsfaktoren, mangelnde Ausbildung, fehlendes Arbeitsplatzangebot, die den behandelnden Arzt immer wieder in schwer lösbare Konflikte bringen, vor allem wenn er durch eine spezielle Zusatzweiterbildung ein Experte im Bereich psychosomatischer und psychosozialer Medizin ist. Essentiell ist bereits im Rahmen jedweder Diagnosestellung und Behandlungsstrategie die aktive Planung der Arbeitsfähigkeit und deren Erhaltung – damit Krankengeld und IV ihrem ursprünglichen Zweck dienen und nicht als Entschädigung für gesundheitliche oder menschliche Schicksalsschläge.

Abschliessend möchte ich den dänischen Physiker Nils Bohr (1885–1962) zitieren: «Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen.»

Literatur

1. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Januar 2012)
2. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129–136
3. Prof. Juhani Ilmarinen, JIC Ltd, Gerontology Research Centre University of Jyväskylä, Finnish Institute of Occupational Health (1970–2008)
4. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;18(2): 81–6
5. Hussey S et al. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004;328(7431): 88–92
6. Risi G: Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis – ein patientengesteuerter Prozess, *Care Management* 2008;1: Nr. 6
7. International Classification of Functioning Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Schaufelberger D: Einführung von Case Management in Versicherungen – Entwicklung, Implementierung und betriebliche Verankerung von Case Management am Beispiel einer Taggeldversicherung, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Integrationsmanagement: KIMPA, ZAFAS, AUZ

Dr. med. Bruno Soltermann

Chefarzt SVV, C.F. Meyer-Strasse 14

Postfach 4288, 8022 Zürich

bruno.soltermann@svv.ch

Zusammenfassung

Ziel aller Bestrebungen von Ärztinnen und Ärzten, Arbeitgebern und Versicherern muss sein, ihren Patientinnen und Patienten/Arbeitnehmenden/Versicherten nebst einer optimalen Therapie auch die Reintegration in den Arbeitsprozess oder Tätigkeitsbereich möglichst rasch zu gewährleisten. Mit Hilfe des koordinierten Integrationsmanagements der Privatversicherer mit der Ärzteschaft KIMPA sowie den zertifizierten Arbeitsfähigkeits-assessorinnen und Arbeitsfähigkeits-assessoren ZAFAS und den differenzierten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen AUZ sollte dies noch besser gelingen.

KIMPA = Koordiniertes Integrations-Management der Privatversicherer mit der Ärzteschaft

Die privaten Unfallversicherer möchten das Integrationsmanagement fördern. Dafür sollen Gespräche und Zusammenarbeit zwischen Versicherungsfachleuten resp. Case Managern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in-

tensiviert werden. Dass dies mit vermehrtem Zeitaufwand verbunden ist, steht ausser Zweifel. Darum haben die Privatversicherer Leistungspositionen geschaffen, welche es allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten erlaubt, Aufwendungen für Besprechungen und Koordination im Zusammenhang mit Case Management separat und ausserhalb von Tarmed abzurechnen.

Folgende Leistungspositionen beinhalten KIMPA:

- **601-KIMPA** Case Management Pauschale Arzt, erste Stunde
- **602-KIMPA** + Case Management Pauschale Arzt, jede weiteren 15 Min.
- **603-KIMPA** Wegentschädigung Arzt, pro 5 Min.
- **604-KIMPA** Dringlichkeitspauschale Arzt oder ZAFAS
- **605-KIMPA** Detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis
- **606-KIMPA** Arbeitsfähigkeitsabklärung beim ZAFAS, pro 15 Min.
- **607-KIMPA** Aktenstudium, Nachbearbeitung, pro 5 Min.

Die einzelnen Leistungen des KIMPA-Tarifs sind auf der Webseite des Schweizerischen Versicherungsverbandes

www.svv.ch unter «Medizin > Formulare» sowie auf der Website der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG www.zmt.ch unter «Integrations-Management» aufgeschaltet.

Die einzelnen Leistungen liegen auch in französischer und italienischer Sprache vor. Diese Leistungen beinhalten Besprechungen in der Praxis sowie auch beim Versicherer oder beim Arbeitgeber und die allfällige dazugehörige Wegentschädigung. Das Aktenstudium im Rahmen von Wiedereingliederungsmassnahmen oder die Ausstellung eines detaillierten Arbeitsunfähigkeitszeugnisses sind auch tarifiert. Muss eine Fallbesprechung auf Einladung des Versicherers innerhalb von zehn Arbeitstagen erfolgen, so kann hierfür auch eine Dringlichkeitspauschale abgerechnet werden.

All diese Leistungen dürfen nur nach vorgängiger Absprache mit dem Versicherer verrechnet werden.

Es steht den Krankenversicherern, den Krankentaggeldversicherern und Haftpflichtversicherern frei, sich für ihre Integrationsmassnahmen ebenfalls auf diesen Leistungen des KIMPA-Tarifes abzustützen.

ZAFAS = Zertifizierte Arbeitsfähigkeits-assessorinnen und Arbeitsfähigkeits-assessoren

Bei den ZAFAS handelt es sich um Ärztinnen und Ärzte, welche den zertifizierten Lehrgang der Swiss Insurance Medicine SIM besucht haben und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei unklaren Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen unterstützen und entlasten.

Als zertifizierte Arbeitsfähigkeitsassessorinnen und -assessoren ZAFAS gelten nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche auf der ZAFAS-Liste stehen, die auf der Webseite der Swiss Insurance Medicine SIM www.swiss-insurance-medicine.ch publiziert und aktualisiert ist.

Das Dienstleistungsspektrum der ZAFAS beinhaltet die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich und bei einer angepassten Tätigkeit aufgrund der Einschränkungen und Aktivitäten sowie der mentalen Belastbarkeit und Ressourcen anhand der medizinischen Situation und unter Berücksichtigung der Arbeitsanforderungen.

Es eignen sich insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeit unter drei Monaten bei einer unklaren medizinischen Situation und Arbeitsprognose sowie fraglicher Angemessenheit bisheriger Massnahmen für eine ZAFAS-Beurteilung.

Im Rahmen des KIMPA wurde eine spezielle Leistungsposition auch für die Arbeitsfähigkeitsabklärung bei zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessorinnen und -assessoren ZAFAS geschaffen. Zudem kann die Dringlichkeitspauschale in Rechnung gestellt werden, wenn eine Abklärung durch eine oder einen ZAFAS innerhalb von drei Tagen durchgeführt werden muss.

Wird eine ZAFAS-Abklärung auf Wunsch des Versicherers durchgeführt, so wird die Leistung vom Versicherer abgegolten. Wird die ZAFAS-Abklärung vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin verlangt, so ist dies vorgängig mit dem Versicherer abzusprechen. Willigt der Versicherer ein, so schuldet dieser das Honorar.

Wird die Abklärung vom Arbeitgeber angeordnet, so schuldet er das Arzthonorar.

AUZ = Arbeitsunfähigkeitszeugnisse

Die Swiss Insurance Medicine SIM hat vier verschiedene Dokumente für die differenzierte Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung erarbeitet, welche von der Plattform www.medforms.ch heruntergeladen werden können:

- **Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis für Kurzabsenzen** von einigen wenigen Tagen.
- **Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis (Taggeldkarte)** für mehr als eine Woche Absenz, in welcher der Arbeitgeber eine rudimentäre Arbeitsplatzanforderung angeben kann, die dem Arzt bereits eine differenziertere Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung als mit dem AUZ für Kurzabsenzen ermöglicht.
- **Die Arbeitsplatzbeschreibung**, in welcher der Arbeitgeber eine differenzierte Stellenbeschreibung abgeben kann, die dann als Grundlage für das detaillierte ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis dient.

- **Das detaillierte Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Arbeitgeber.** Wie der Titel sagt, ist dieses AUZ in erster Linie für den Arbeitgeber gedacht, der seinen Arbeitnehmer möglichst rasch wieder ins Berufsleben integrieren kann. Die Honorierung von 65.00 CHF durch den Arbeitgeber ist mit dem Arbeitgeberverband abgesprochen. Wird die Ausstellung des detaillierten Arbeitsunfähigkeitszeugnisses vom Versicherer dem Arzt oder der Ärztin in Auftrag gegeben, so wird das Honorar vom Versicherer erstattet.

Diese Arbeitsunfähigkeitszeugnisse weisen den grossen Vorteil auf, dass nicht mehr nur eine Prozentzahl für die geschätzte Arbeitsunfähigkeit angegeben wird, von der man nicht weiss, was sie genau bedeutet. Denn was heisst z. B. 50 % Arbeitsunfähigkeit: Arbeit nur am Vormittag bei voller Leistung? Arbeit nur am Nachmittag bei voller Leistung? Arbeit ganztags bei halber Leistung? Es gäbe noch viele Varianten.

Diese Arbeitsunfähigkeitszeugnisse lassen die differenzierte Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung zu. Mit dem Wissen der Arbeitsplatzanforderung kann der be-

handelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin die zeitliche und belastungsmässige Komponente gesondert beurteilen. Damit wissen Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitgeber genau, was leistungsmässig möglich ist und können sich entsprechend einstellen. Damit verschwinden auch die Diskussionen, wie die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung bei Teilzeitangestellten zu handhaben ist.

Verschiedene kantonale Ärztesellschaften und Arbeitgeberverbände haben Zusammenarbeitserklärungen abgegeben und verwenden entsprechende Arbeitsunfähigkeitszeugnisse. Es ist zu hoffen, dass sich dies in allen Regionen der Schweiz durchsetzt.

Gestion de l'intégration: CGIAM, ACCT et CIT

Dr Bruno Soltermann

médecin-chef de l'ASA, C.F. Meyer-Strasse 14,
case postale 4288, 8022 Zurich,
bruno.soltermann@svv.ch

Résumé

Le but de tous les efforts des médecins, des employeurs et des assureurs doit être non seulement de garantir à leurs patients, leurs employés ou leurs assurés, un traitement médical optimal, mais également d'offrir la possibilité d'une réinsertion aussi rapide que possible dans le processus de travail ou dans un domaine d'activités. La coordination de la gestion de l'intégration par les assureurs privés avec les médecins (CGIAM) ainsi que les évaluations effectuées par les assessseurs certifiés de capacité de travail (ACCT) et les certificats différenciés d'incapacité de travail (CIT) sont des moyens permettant de mieux répondre à ces exigences.

CGIAM = Coordination de la Gestion de l'Intégration par les Assureurs privés avec les Médecins

Les assureurs accidents privés souhaitent encourager la gestion de l'intégration. Il est opportun dans ce but d'intensifier la communication et la collaboration

entre les experts en assurances ou les case managers d'une part et les médecins traitants d'autres. Il est clair que cette coordination implique un surplus de travail pour les médecins. Afin d'en rendre compte, les assureurs privés ont créé des positions tarifaires qui permettent aux médecins traitants de facturer séparément et non selon Tarmed les tâches nécessitées par les entretiens et la coordination en rapport avec le case management.

La CGIAM comprend les positions tarifaires suivantes :

- **601-CGIAM** Case management forfait médecin, première heure
- **602-CGIAM** + Case management forfait médecin, par quart d'heure supplémentaire
- **603-CGIAM** Indemnité de déplacement médecin, par tranche de 5 minutes
- **604-CGIAM** Forfait d'urgence médecin ou ACCT
- **605-CGIAM** Certificat détaillé d'incapacité de travail
- **606-CGIAM** Déclaration de capacité de travail pour ACCT, par tranche de 15 minutes
- **607-CGIAM** Etude de dossier, suivi, par tranche de 5 minutes

Les prestations du tarif sont disponibles sur le site Internet de l'Association Suisse d'Assurances sous www.svv.ch, rubrique « Médecine > formulaires » ainsi que sur le site Internet du Service central des tarifs médicaux LAA, www.zmt.ch, rubrique « Gestion de l'Intégration ».

Les prestations existent également en langues allemande et italienne.

Les positions tarifaires comprennent les entretiens dans le cabinet ainsi que chez l'assureur ou chez l'employeur et l'indemnité de déplacement éventuel. Le tarif inclut également l'étude de dossier dans le cadre de mesures de réinsertion ou l'établissement d'un certificat détaillé d'incapacité de travail. Si la discussion d'un cas doit avoir lieu dans les dix prochains jours ouvrables sur demande de l'assureur, un forfait d'urgence peut être en outre facturé. Le décompte de toutes ces prestations n'est possible qu'après accord préalable avec l'assureur.

Les assureurs-maladie, indemnités journalières et responsabilité civile peuvent également s'ils le souhaitent se baser sur le tarif CGIAM pour leurs mesures d'intégration.

ACCT = Assesseur Certifié de Capacité de Travail

Les ACCT sont les médecins qui ont suivi la formation continue sanctionnée par un certificat de la Swiss Insurance Medecine. Leur rôle est de soutenir et de décharger les médecins traitants en cas d'évaluations difficiles de l'incapacité de travail.

Sont reconnus comme assesseurs certifiés ACCT uniquement les médecins présents sur la liste ACCT (ZAFAS) publiée et actualisée sur le site Internet de la Swiss Insurance Medecine www.swiss-insurance-medicine.ch.

Sur la base de la situation médicale et sous considération des exigences de travail, les assesseurs ACCT ont pour tâche d'examiner l'incapacité de travail au poste de travail d'origine ou à un poste adapté en tenant compte des limitations de la capacité, des tâches à accomplir, de la tolérance mentale aux efforts ainsi que des ressources.

Un examen ACCT est particulièrement indiqué pour les patients en incapacité de travail de moins de trois mois dont la situation médicale et le pronostic de

reprise de travail ne sont pas clairs et pour lesquels l'adéquation des mesures prises entretemps est mise en question.

Une position tarifaire spéciale a été créée dans le cadre de CGIAM pour l'examen de la capacité de travail effectué par un assesseur certifié de capacité de travail ACCT. Un forfait d'urgence peut être en outre facturé lorsqu'un examen doit être effectué en l'espace de trois jours par un assesseur ACCT.

L'assureur prend en charge l'indemnisation, si l'examen ACCT est effectué sur sa demande.

Avant de faire procéder à un examen ACCT, le médecin traitant doit en discuter au préalable avec l'assureur qui prend en charge l'honoraire s'il a donné son accord.

Si l'examen ACCT est ordonné par l'employeur, celui-ci prend en charge les honoraires du médecin.

CIT = Certificat d'Incapacité de Travail

La Swiss Insurance Medicine SIM a élaboré quatre formulaires différenciés pour l'évaluation de l'incapacité de tra-

vail. Ils peuvent être téléchargés sur la plateforme www.medforms.ch/index_fr.html:

- **Le Certificat d'incapacité pour absence brève** de quelques jours
- **Le Certificat d'incapacité de travail (carte d'indemnités journalières)** pour plus d'une semaine d'absence dans lequel l'employeur peut faire une description rudimentaire des exigences du poste de travail, ce qui permet au médecin d'effectuer une évaluation plus différenciée qu'avec le CIT pour absence brève.
- **La Description du poste de travail** dans lequel l'employeur peut donner une description différenciée du poste de travail et dont se sert ensuite le médecin pour effectuer un certificat médical détaillé de l'incapacité de travail.

- **Le Certificat détaillé d'incapacité de travail pour l'employeur** élaboré en premier lieu pour l'employeur qui a la possibilité de réinsérer aussi rapidement que possible ses employés dans la vie professionnelle. L'honoraire de 65 francs versé par l'employeur a été fixé en accord avec l'Union patronale. Si l'assureur demande au médecin d'effectuer un certificat détaillé d'incapacité de travail, il est également redevable de l'honoraire.

Le grand avantage de ces certificats d'incapacité de travail réside dans le fait que l'incapacité de travail n'est plus exprimée sous forme d'un pourcentage difficile à interpréter. Car que signifie effectivement 50 % d'incapacité de travail : travail le matin seulement le matin à plein rendement ? ou l'après-midi à plein rendement ? ou toute la journée à mi-rendement ? On peut encore s'imaginer bien d'autres variantes.

Ces certificats d'incapacité de travail permettent d'effectuer une évaluation différenciée de la capacité / incapacité de travail. En prenant connaissance des exigences particulières du poste de travail, le médecin traitant est en mesure

d'évaluer de manière spécifique les variables relatives à l'effort demandé et à la rapidité d'exécution. Cela permet aux patients ainsi qu'aux employeurs de connaître exactement les capacités concrètes de travail et ainsi de s'adapter à la situation, ce qui met fin notamment aux discussions sur l'évaluation de l'incapacité de travail des employés à temps partiel.

Diverses sociétés cantonales de médecins et associations d'employeurs ont décidé de collaborer dans ce domaine et utilisent ces certificats d'incapacité de travail. On peut espérer que l'exemple sera suivi bientôt dans toutes les régions de la Suisse.

Übernahmeverschulden des Arztes

Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter

Wissenschaftliche Mitarbeiterin asim, Basel
Rechtskonsultantin Schweizerische Mobiliar
Versicherungsgesellschaft, Bern

Einleitung

Die Verfasserin des vorliegenden Beitrages erörtert den Begriff des «Übernahmeverschuldens» und setzt sich mit zwei Aspekten dieser Form des Verschuldens auseinander: einerseits dem Übernahmeverschulden des Arztes bei der Behandlung von Patienten und andererseits dem Übernahmeverschulden des Gutachters für die nicht gehörige Erfüllung des Auftrages.

Der zivilrechtliche Begriff des Übernahmeverschuldens steht hier im Brennpunkt. Ziel des Beitrages ist es, die Leser für dieses Thema zu sensibilisieren und die Parameter des Übernahmeverschuldens anhand von Urteilen aufzuzeigen.

Das Übernahmeverschulden des Arztes spielt zunehmend in haftpflichtrechtlichen Diskussionen eine tragende Rolle. Um die Tragweite des Übernahmeverschuldens darstellen zu können, ist ein rechtsvergleichender Ansatz unerlässlich.

In einer aktuellen Publikation zum Thema «Das vertragliche Übernahmeverschulden» stellt die Verfasserin Gloor Simone folgendes fest: «Das Übernahmeverschulden hat bisher weder in der Literatur noch in der Rechtsprechung viel Beachtung erhalten.» In Deutschland aber ist die Rechtsprechung zum Übernahmeverschulden vielfältig.

Das Schweizerische Bundesgericht hat im Arzthaftungsrecht – wie zum Beispiel das wichtige Urteil BGE 117 Ib 197 zeigt – rechtsvergleichende Aspekte in die Rechtsprechung einfließen lassen. In diesem Urteil hat das Bundesgericht explizit auf die Rechtsprechung des deutschen Bundesgerichtshofes hingewiesen. Aus rechtsvergleichender Optik werden im vorliegenden Beitrag mit Blick nach Deutschland einzelne Urteile zum Übernahmeverschulden besprochen.

1. Übernahmeverschulden des Arztes

Der beauftragte Arzt hat für die Folgen seiner Vertragsverletzung einzustehen, wenn ihm ein Verschulden vorzuwerfen ist. Es gilt der objektivierte Fahrlässigkeitsmassstab. Demnach sind die «typischen Kenntnisse und Fähigkeiten eines Angehörigen des betroffenen

Berufes oder der in Frage stehenden Gruppe von Verkehrsteilnehmern» massgebend (Fellmann, Berner Kommentar, Art. 398 OR, Rz. 469).

Ein Übernahmeverschulden ist dann gegeben, wenn ein Arzt eine Behandlung eines Patienten übernimmt, «obwohl er dazu aufgrund unzureichenden Fachwissens, fehlender apparativer Ausstattung oder körperlicher Unfähigkeit (Müdigkeit, Krankheit) nicht in der Lage ist» (Laufs / Kern, Handbuch des Arztrechtes, 4. Auflage 2010). Von Übernahmeverschulden spricht man auch dann, wenn «der Haftpflichtige sich nicht oder zu wenig um die möglichen Folgen seines Verhaltens kümmert bzw. die Lage falsch einschätzt oder seine Fähigkeit, Herr der Lage zu sein, überschätzt (...)» (Brehm, Berner Kommentar, Art. 41 OR, Band VI, 2006, Rz. 183). Ein Arzt hat zu überprüfen, ob er die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzt, den Patienten so zu behandeln, wie es dem jeweiligen ärztlichen geforderten Standard entspricht.

Gemäss Fellmann liegt ein Übernahmeverschulden vor, wenn «jemand eine Tätigkeit übernimmt, die seine Kräfte oder

Fähigkeiten übersteigt» (Fellmann, Berner Kommentar, OR Art. 398, Rz. 474).

Sobald ein Arzt mit dem Vorwurf des Verschuldens respektive Übernahmeverschuldens konfrontiert ist, steht auch der Vorwurf der ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung im Raum. Sowohl das Verschulden, in concreto das Übernahmeverschulden, als auch die ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung werden nach objektiven Kriterien beurteilt. Das Verschulden deckt sich mit der Missachtung der ärztlichen Sorgfaltspflicht im Vertragsrecht. Das Bundesgericht dazu in einem älteren Urteil BGE 67 II 22 aus dem Jahre 1941: «Comme une faute engageant sa responsabilité le médecin qui, insuffisamment préparé en matière chirurgicale, procède sans avoir demandé l'appui, ni même l'avis d'un chirurgien, à une opération dont la nécessité, à dire d'experts, n'était pas nettement démontrée. Il aggrave sa faute si, des complications graves et très peu fréquentes s'étant produites à la suite de son intervention, il ne fait pas immédiatement appel à un spécialiste.» Die Aussage des Bundesgerichts aus dem Jahre 1941 zum Übernahmeverschulden hat nach wie vor Gültigkeit.

Das Bundesgericht hat in BGE 124 III 155, 164 ein Übernahmeverschulden des Beklagten – es handelte sich um keinen Arzthaftungsfall – angenommen und wie folgt umschrieben: «... weil sie wegen ungenügender fachlicher Qualifikation der für den Kläger zuständigen Angestellten nicht in der Lage war, die eingegangenen Verpflichtungen – Beratung und Aufklärung des Klägers – mit der nötigen Sorgfalt zu erfüllen (...). Die Bedeutung des Übernahmeverschuldens liegt hier vielmehr darin, dass nach dem objektivierten Verschuldensbegriff des schweizerischen Rechts der Beklagten der Einwand verwehrt ist, sie sei aufgrund des Ausbildungs- und Wissensstandes ihrer Angestellten gar nicht in der Lage gewesen, sachgerecht zu beraten und aufzuklären, und könne sich damit exkulpieren (...). Wer sich als Spezialist anbietet, kann sich grundsätzlich nicht mit der Begründung entlasten, der Vertragspartner hätte das Fehlen von Spezialkenntnissen erkennen müssen. Damit wäre er bloss zu hören, wenn der Partner den Mangel an Fachwissen und fachlichen Fähigkeiten tatsächlich gekannt und die daraus resultierenden Risiken bewusst in Kauf genommen hätte. Dafür fehlen im vorliegenden Fall indes jede Anhaltspunkte.»

2. Formen des Übernahmeverschuldens

1. Spezialkenntnisse

Im konkreten Fall stellt sich für den behandelnden Arzt, wie zum Beispiel einen Allgemeinmediziner, die Frage, ab welchem Zeitpunkt ein Spezialist eines bestimmten Fachgebietes heranzuziehen ist. Genügen die Kenntnisse oder Fertigkeiten des behandelnden Arztes nicht dem gebotenen Facharztstandard, so hat er einen entsprechenden Facharzt hinzuzuziehen oder den Patienten einem Facharzt zu überweisen. Dem Arzt wird beim Übernahmeverschulden vorgeworfen, dass er sich zur Übernahme einer medizinischen Handlung entschlossen hat, obwohl er die Situation fachlich nicht beherrschen konnte.

2. Versorgungsstufe

Ein weiterer Aspekt des Übernahmeverschuldens ist dann gegeben, wenn die räumlichen und apparativen Voraussetzungen in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus nicht gegeben sind, um bestimmte medizinische Behandlungen durchführen zu können. Das kann dann der Fall sein, wenn ein Hausarzt einen Risikopatienten, welcher durch einen Spezialisten behandelt werden müsste,

nicht in ein Spital mit einer höheren Versorgungsstufe weiterverweist. Wenn im konkreten Fall die apparative Ausstattung eines Spitals nicht ausreichend ist, dann muss der Patient in ein Spital mit einer höheren Versorgungsstufe verlegt werden (deutsches Urteil des obersten Bundesgerichtshofes: BGHVIZR 200/88 vom 30.5.1989, NJW 1989 2321, VersR 1989, 851).

3. Übernahmeverschulden – bei einzelnen Fachdisziplinen

1. Übernahmeverschulden des Arztes im medizinischen Notfall

Im Notfall trifft den Arzt die Pflicht zur Behandlung. Die Frage stellt sich, ob es im medizinischen Notfall überhaupt ein Übernahmeverschulden des Notfallarztes geben kann. Gemäss dem Oberlandesgericht Karlsruhe wird die unterlassene Alarmierung als Übernahmeverschulden angesehen, wenn der behandelnde Arzt, in concreto der Notfallarzt, im Krankenhaus die Alarmierung oberärztlicher oder chefärztlicher Hilfe unterlässt und er die Behandlung weiterführt, obwohl er erkannt hat, dass seine fachlichen Fähigkeiten nicht ausreichen. Das Oberlandesgericht Karlsruhe kam zum Schluss,

die Beurteilung des Übernahmeverschuldens eines Notfallarztes ist grosszügiger als bei anderen Fallkonstellationen zu handhaben (OLG Karlsruhe VersR 1990, 53). Letztendlich ist der Einzelfall massgebend.

2. Übernahmeverschulden im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe

Können Ärzte – wie zum Beispiel bei einer Risikoschwangerschaft – mit den vorhandenen Mitteln in der Klinik keine lege-artis-Behandlung gewährleisten, dann obliegt es der Behandlerseite, die Schwangere zu informieren, dass sie in eine besser ausgestattete Klinik zu überweisen ist. Unterlässt ein Arzt eine rechtzeitige Überweisung, trifft ihn ein Übernahmeverschulden. Entweder wird die Patientin an einen ausgewiesenen Spezialisten überwiesen oder in eine mit entsprechender medizinischer Ausstattung ausgerüstete Klinik.

In einem deutschen Urteil wurden der Klinikbetreiber und dessen Chefarzt zum Schadenersatz verurteilt, weil die Schwangere trotz erkennbarer Geburtsrisiken nicht in eine für die Versorgung von Frühgeburten spezialisierte Peri-

natalzentrum verlegt worden ist (Oberlandesgericht OLG Oldenburg vom 6.2.2008 – 5 U 30/07, VersR 2008, 924).

Das Oberlandesgericht Hamm (Urteil vom 30.5.2005 (3 U 297/04) GesR 2005, 462) befand, ein Arzt habe ein schweres Übernahmeverschulden zu verantworten, weil er den Eindruck erweckt hat, in seiner Praxis sei auch eine Not-Section möglich. Der Arzt haftet dann für schweres Übernahmeverschulden und in der Folge für die schweren gesundheitlichen Schäden eines Kindes, wenn diese auf eine unterbliebene Not-Section zurückzuführen sind und die Entbindung des Kindes bei entsprechender Aufklärung in einem Spital hätte vorgenommen werden müssen.

In einem aktuellen Urteil aus dem Jahr 2010 des Oberlandesgerichts (OLG) Oldenburg ging es um eine Behandlung einer Patientin durch einen Belegarzt in einem Belegkrankenhaus. Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz liegt ein «gespaltener Krankenhausvertrag» vor. Einerseits ist ein Behandlungsvertrag zwischen Belegarzt und Patienten über die medizinische Behandlungsleis-

tungen gegeben und andererseits ein Vertrag zwischen Spital und Patienten über die weiteren medizinischen Leistungen. Eine Haftung betrifft den Krankenhausträger insofern, als weitere medizinische Leistungen im Zusammenhang mit der Krankenhausstruktur betroffen sind. Das OLG Oldenburg bestätigte mit vorliegendem Urteil, dass der Krankenhausträger nicht haftet, wenn der Belegarzt ein Fehlurteil trifft. Der Beklagten zu 1 (der Krankenhausträger) wurde vorgeworfen, dass sie die Mutter der Klägerin stationär aufgenommen habe, obwohl eine ausreichende medizinische Betreuung nicht gewährleistet werden konnte. Die Beklagte zu 1 hätte eine Überweisung der Mutter der Klägerin in ein Perinatalzentrum sicherstellen müssen. Das Gericht befand, dass der Beklagten 1 nicht vorzuwerfen ist, dass das Verbleiben in der Klinik fehlerhaft gewesen sei. Denn der verantwortliche Belegarzt (Beklagte 2) habe zu beurteilen, ob die Ausstattung des Krankenhauses ausreichend ist, um die erforderlichen Behandlungsmassnahmen durchführen zu können. Eine Pflichtverletzung des Krankenhausträgers könnte allenfalls in einer mangelnden Organisation liegen. Auch hier kommt der Aspekt des Über-

nahmeverschuldens zum Tragen. Im konkreten Fall befand das Gericht, dass der Krankenhausträger zu einer Überprüfung des Belegarztes nicht verpflichtet gewesen ist. Denn das würde zu weit führen und würde die Anforderungen an einen Krankenhausträger überspannen (OLG Oldenburg, Beschl. v. 8.11.2010 – 5 U 89/10, MedR (2011) 29: 592–594).

3. Anfängeroperation

Gemäss deutscher Lehre zum Arzthafungsrecht gehört es zur Pflicht des Arztes «eine ärztliche Behandlung nur aufgrund hinreichender, allgemeiner und spezieller Fachkenntnisse vorzunehmen und sich durch ständige Weiterbildung auf seinem Fachgebiet auf dem wissenschaftlichen neuesten Stand zu halten» (Geiss / Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Auflage 2009). Die Anforderungen an den Arzt sind streng. Übernimmt der Arzt trotz unzureichender Fähigkeiten oder fehlender apparativer Ausstattung eine Behandlung, so kann ihm ein Übernahmeverschulden angelastet werden. Ein junger Assistenzarzt haftet im Sinne eines Übernahmeverschuldens, wenn er ausgehend von seiner fachlichen Kompetenz Bedenken hätte haben müssen und eine Gefährdung des Patienten hätte

voraussehen müssen (Urteil deutscher Bundesgerichtshof, BGH, NJW 1994 3008).

4. Ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung

Die Massstäbe zur ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung sind nahezu identisch mit denen des objektivierten Fahrlässigkeitsbegriffs (Wiegand Wolfgang, Basler Kommentar, Art. 1–529 OR, Art. 97 OR, Rz. 43). In diesem Zusammenhang nachfolgend Ausführungen zur ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung.

Gemäss dem Bundesgericht schuldet der Arzt keinen Erfolg. Denn «die Besonderheit der ärztlichen Kunst liegt darin, dass der Arzt mit seinem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken hat, was aber nicht heisst, dass er diesen auch herbeiführen oder gar garantieren müsse; denn der Erfolg als solcher gehört nicht zu seiner Verpflichtung, gleichviel ob er als Beamter oder als Beauftragter des Patienten handelt» (BGE 120 Ib 411). Im selben Urteil kam das Bundesgericht zum Schluss, der Arzt haftet für jede Pflichtverletzung. Denn seine Haftung beschränkt sich nicht auf grobe Verstösse gegen

Regeln der ärztlichen Kunst. «Der Arzt hat Kranke stets fachgerecht zu behandeln, zum Schutze ihres Lebens oder ihrer Gesundheit insbesondere die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten, grundsätzlich folglich für jede Pflichtverletzung einzustehen» (BGE 120 Ib 411).

Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten nach dem anerkannten und gesicherten Standard der medizinischen Wissenschaft zu behandeln. Der Arzt schuldet dem Patienten eine fachgerechte, mit der berufstypischen Sorgfalt ausgeführte Behandlung. Verstösst er gegen die Regeln und Standards der ärztlichen Wissenschaft, liegt eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung vor. Das Bundesgericht konkretisiert im Urteil BGE 120 Ib 411: «Eine Pflichtverletzung ist (daher) nur dort gegeben, wo eine Diagnose, eine Therapie oder ein sonstiges ärztliches Vorgehen nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und damit ausserhalb der objektivierten ärztlichen Kunst steht». Der Arzt «handelt unsorgfältig, wenn sich sein Vorgehen nicht nach den durch die medizinische Wissenschaft aufgestellten und generell anerkannten Regeln richtet

und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft nicht entspricht» (BGE 130 IV 7).

Die Einhaltung des Behandlungsstandards kann nur der medizinische Sachverständige beurteilen. Dem Sachverständigengutachten kommt damit eine erhebliche Bedeutung zu. Der Sachverständige kann im konkreten Fall bei der Beurteilung eines Arzthaftungsfalles aber auch zum Schluss kommen, dass ein schicksalshafter Verlauf gegeben ist und der Behandlerseite kein Vorwurf einer ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung gemacht werden kann.

Um einen medizinischen Qualitätsstandard als Mediziner erfüllen zu können, unterliegt dieser einer stetigen Weiterbildungspflicht. Der Arzt habe sich – so das Bundesgericht – über die Fortschritte und Entwicklungen auf seinem fachlichen Spezialgebiet weiterzubilden und sich darüber zu informieren. Der Arzt, dessen medizinische Behandlungen nicht dem allgemeinen fachlichen Wissensstand entsprechen und ausserhalb der objektivierten ärztlichen Kunst liegen, handelt somit sorgfaltswidrig. Und hier liegt die Schnittstelle zum Übernahmeverschulden.

Der Arzt ist verpflichtet, «sich auf seinem Fachgebiet regelmässig weiterzubilden. In führenden Fachzeitschriften publizierte neue Erkenntnisse muss er zeitnah im Berufsalltag umsetzen, wenn sie wissenschaftlich gesichert sind» (Oberlandesgericht Koblenz, Urteil vom 20.6.2012 (5 U 1450 / 11); BGE 105 II 284 = Pra 69 Nr. 135). Insbesondere Spezialisten haben sich auf ihrem Fachgebiet weiterzubilden.

Ob eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt, ist basierend auf der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht «nach dem Sachverhalt, wie er sich nachträglich dem Experten oder dem Richter darstellt» zu beurteilen. «Massgebend ist vielmehr, was der Arzt im Zeitpunkt, in dem er sich für eine Massnahme entschied oder eine solche unterliess, von der Sachlage halten musste» (BGE 115 Ib 175).

5. Übernahmeverschulden des Gutachters in seiner Gutachtertätigkeit

Nicht nur dem behandelnden Arzt kann ein Übernahmeverschulden vorgeworfen werden, sondern auch ein Mediziner, der als Gutachter tätig ist, kann sich dem Vorwurf des Übernahmeverschuldens

aussetzen. Beim Übernahmeverschulden eines Gutachters ist eine nicht gehörige Erfüllung einer vertraglich vereinbarten Leistung erfolgt.

Ein Vertrag zwischen einem Sachverständigen, hier Gutachter, und seinem Auftraggeber unterliegt dem Auftragsrecht im Sinne des Art. 394 ff. OR (Fellmann, Berner Kommentar Art. 394 OR, Rz. 164). Vom beauftragten Gutachter darf erwartet werden, dass er «die ihm übertragene Aufgabe aufgrund seiner berufsspezifischen Sachkunde mit der gebotenen und vertragsgemäss geschuldeten Sorgfalt ausführen werde» (Fellmann, Berner Kommentar Art. 389 OR, Rz. 350). Auch hier wird die geschuldete Sorgfalt sowohl unter dem Aspekt der Vertragsverletzung als auch unter dem Aspekt des Verschuldens geprüft.

Der entscheidendste Faktor beim Übernahmeverschulden eines Gutachters ist dessen fachliche Qualifikation. Gemäss Bögli «ist dabei nicht nur die Kompetenz des Gutachters an sich, also seine Ausbildung, sein Kenntnisstand und damit natürlich sein spezielles Fachwissen (medizinische Disziplin) von Bedeutung,

sondern es gilt auch, seine Wirkungsstätte und hierarchische Stufe zu berücksichtigen.»

Kernpunkt sind die Anforderungen an einen Gutachter in seinem Spezialgebiet. In einem solchen Fall kommt nur ein Arzt mit der Ausbildung, dem Wissen und der Kenntnis in diesem Spezialgebiet als Gutachter in Frage. Bei einem Chirurgen zum Beispiel sind die spezifischen Sorgfaltsanforderungen anders als bei einem Allgemeinpraktiker (Fellmann, Berner Kommentar Art. 398 OR, Rz. 486).

Der Auftraggeber kann bei Übernahmeverschulden des Auftragnehmers Schadenersatz verlangen. Vorausgesetzt, dem Auftraggeber ist ein Schaden durch die nicht gehörige Erfüllung der vereinbarten vertraglichen Leistung entstanden. Der Auftraggeber kann jedoch bei einem Minderwert des Gutachtens das Honorar herabsetzen. Gattiker und Honseil zeigen jedoch auf, dass Schadenersatzansprüche gegenüber Gutachtern geringe Erfolgsaussichten hätten. Es gehe um die nachträgliche Beurteilung von gutachterlichem Ermessen. Denn «wenn tatsächlich eine Schlechterfü-

lung vorliegt, ist es effizienter, ein zweites, sorgfältig erstelltes Gutachten einzuholen». Es gehe vor allem darum, möglichst auf dem effizientesten Weg ein qualifiziertes Gutachten zu erlangen.

Information: Vous trouverez la version française de cette contribution sur le site Internet de l'ASA :

<http://www.svv.ch/fr/publications/informed-bulletin-des-assureurs-privés>

Fussnoten

1. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des ärztlichen Handelns wird im Beitrag nicht behandelt. Zu beachten ist, dass die ordnungsgemässe Aufklärung des Patienten eine Voraussetzung für die rechtmässige Einwilligung des Patienten in die ärztliche Heilbehandlung ist und die Straflosigkeit des Arztes zur Folge hat.
2. Wie eingangs darauf hingewiesen wurde, werden im vorliegenden Beitrag auch deutsche Urteile zum Übernahmeverschulden aus rechtsvergleichender Optik besprochen.

Literaturverzeichnis

1. Brehm Roland, Berner Kommentar, Band VI, Obligationenrecht. 1. Abteilung: Allgemeine Bestimmungen. 3. Teilband 1. Unterteilband: Die Entstehung durch unerlaubte Handlungen, Art. 41–61 OR, 2006.
2. Fellmann Walter, Berner Kommentar, Band VI, 2. Abt. 4. Teilband, 1992, Art. 394–406 OR, 1992.
3. Geiss / Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Auflage 2009.
4. Honsell Heinrich (Hrsg.); Vogt Nedim Peter (Hrsg.); Wiegand Wolfgang (Hrsg.), Basler Kommentar, Art. 1–529 OR. Obligationenrecht, 5. Auflage 2011, Art. 97, Rz. 43.
5. Laufs / Kern, Handbuch des Arztrechtes, 4. Auflage 2010.
6. Michel Bögli, Die Anforderungen an das medizinische Gutachten aus Sicht des Ärzte- und Spitalhaftpflichtversicherers, in: Personen-Schaden-Forum 2006, Zürich.

Sehr geehrte Damen und Herren
Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ab 1941 wurde die Ärzteschaft in der Schweiz über Themen in der Lebensversicherung informiert, wobei der Fokus auf die Aspekte der Risikoprüfung gelegt wurde. Im Jahre 2011 wurde das Themenspektrum geöffnet und seither ist Medinfo als Mitteilungsheft der Privatversicherer zu medizinischen Themen sämtlicher Personenversicherungen sowohl im Risiko- wie auch im Schadenbereich offen. Nebst den Themen der Lebensversicherer konnten Sie also auch solche der Unfall-, Kranken-, Krankentaggeld- und Personenhaftpflichtversicherer vorfinden.

Sie können sämtliche Ausgaben seit 2000 unter <http://www.svv.ch/de/publikationen/medinfo-mitteilungen-zu-themen-der-privatversicherer> einsehen.

Nun möchten wir gerne wissen, wie die Neuausrichtung bei Ihnen ankommt und welche Interessen Sie haben. Daher bitten wir Sie, den kurzen Fragebogen auszufüllen.

Sie können den nachstehenden Fragebogen ausfüllen und per Post oder per Fax schicken oder direkt elektronisch auf der SVV-Webseite unter www.svv.ch/medinfo ausfüllen.

Wir bitten Sie um Ihre Antworten bis zum 15. Juli 2013.

Besten Dank für Ihr Mitwirken und
freundliche Grüsse

Das Redaktionsteam des Medinfo

Postadresse:

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Frau Barbara Guggisberg
Assistentin Personenversicherung
C.F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
8022 Zürich

Faxnummer:

044 208 28 96

Fragebogen für die Evaluation des Medinfo

1. Das Medinfo lese ich

- immer
- teilweise
- selten bis nie

2. Ich lese jeweils

- alle Artikel vollständig
- nur einzelne Artikel vollständig
- meistens nur die Zusammenfassungen

3. Die Themenvielfalt im Medinfo

- gefällt mir und sollte beibehalten werden
- gefällt mir nicht, denn es sollte wieder auf die Lebensversicherer fokussiert werden
- gefällt mir nicht, denn es sollte auf die Leistungsprüfung im Unfall-, Kranken- und Haftpflichtbereich fokussiert werden
- anderes: bitte unter Punkt 6 beschreiben

4. Am meisten interessieren mich (mehrere Antworten möglich)

- Beiträge aus dem Leistungsbereich
- Beiträge aus der Risikoprüfung
- Beiträge aus versicherungsrechtlicher Sicht
- Beiträge aus versicherungsökonomischer Sicht

5. Das Medinfo ist eine wertvolle Hilfe für meine Arbeit

- ja
- teilweise
- nein

6. Bemerkungen und Kommentare zum Medinfo

Madame, Monsieur,
Chères et chers collègues,

Depuis 1941, le corps médical est informé de certains aspects de l'assurance-vie et en particulier de l'évaluation du risque sous ses différentes formes. Infoméd a élargi l'éventail des thèmes en 2011 et s'est développé comme bulletin de communication des assureurs privés sur des sujets à caractère médical en rapport avec toutes les assurances de personnes dans les domaines aussi bien des risques que des sinistres. Les contributions proviennent, en plus des assureurs-vie, également des assureurs accidents, maladie, indemnités journalières et responsabilité civile de personnes.

Tous les bulletins d'infoméd à partir de l'année 2000 sont disponibles sous <http://www.svv.ch/fr/publications/infomed-bulletin-des-assureurs-privés>.

Nous vous serions reconnaissants de pouvoir connaître votre opinion et recevoir un feedback sur cette évolution du bulletin. Vous trouverez un bref questionnaire dans l'infoméd actuel et pouvez le renvoyer rempli par fax ou par poste. Il est également possible de remplir le questionnaire directement sur notre site Internet sous www.svv.ch/infomed.

Nous vous prions de répondre jusqu'au 15 juillet 2013.

Merci bien de votre collaboration.
Avec nos meilleures salutations

L'équipe rédactionnelle d'Infoméd

Adresse postale:

Association Suisse des Assureurs ASA
Barbara Guggisberg
Assistante dpt Assurance de personnes
C.F. Meyer-Strasse 14
Case postale 4288
8022 Zurich

Numéro de fax:

044 208 28 96

Evaluation d'Infoméd: questionnaire

1. Je lis Infoméd

- toujours
- souvent
- rarement, jamais

2. Je lis

- tous les articles en entier
- seulement certains articles en entier
- pour la plupart seulement le résumé

3. La diversité des thèmes d'Infoméd

- me plaît et devrait être maintenue
- ne me plaît pas, car il faudrait de nouveau mettre l'accent sur les assureurs-vie
- ne me plaît pas, car il faudrait mettre l'accent sur l'examen des prestations dans les assurances accidents, maladie et responsabilité civile
- autre avis à donner svp sous point 6

4. M'intéressent surtout les contributions (plusieurs réponses possibles)

- relatives au domaine des prestations
- relatives à l'évaluation du risque
- du point de vue du droit des assurances
- du point de vue de l'économie des assurances

5. Infoméd est une aide précieuse pour mon travail

- oui
- en partie
- non

6. Remarques et commentaires sur Infoméd

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni

Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

C.F. Meyer-Strasse 14

Postfach 4288

CH-8022 Zürich

Tel. +41 44 208 28 28

Fax +41 44 208 28 00

info@svv.ch

www.svv.ch