

Medinfo
Mitteilungen zu
Themen der
Privatversicherer

Infoméd
Bulletin des assureurs
privés

Facetten der
Vorsorgeuntersuchungen
Facettes de la détection précoce

2011/2

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

35 400 Expl.

Download

www.svv.ch / Publikationen / Versicherungsmedizin

PD Dr. med. David Fäh

Chancen und Risiken von Routine-Check-ups8

Karl Groner, Zurich LebenBedeutung der medizinischen Untersuchungen für die Risikoprüfung
in der Personenversicherung 26**Oliver Stich, Underwriter**

Der praktische Fall aus der Lebensversicherung 38

Dr. med. Marcel Jost / Dr. med. Claudia Pletscher

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz 42

Andrea Thalmann-Manser / Marion Parry Meier

Risikomanagement für Ärzte 56

Andrea Thalmann-Manser / Marion Parry Meier

Gestion des risques pour les médecins 62

Swiss Insurance Medicine SIM

Forum Risikoprüfung in der Personenversicherung 68

Liebe Leserinnen und Leser

Die spontanen und äusserst positiven Rückmeldungen zur letzten Ausgabe des Medinfo, worin wir zum ersten Mal ein medizinisches Thema aus den verschiedensten Blickwinkeln der Versicherungsbereiche beleuchtet haben, zeigen uns, dass unsere Entscheidung richtig war. Vielen Dank all denen, die uns geschrieben haben.

Das vorliegende Medinfo befasst sich mit den Vorsorgeuntersuchungen, welche auch immer wieder zu grossen Diskussionen Anlass geben. Bei den Lebensversicherern sind solche Untersuchungen für die Risikoprüfung wichtig und auch entscheidend, um risikogerechte Verträge abschliessen zu können.

Im ersten Beitrag zeigt PD Dr. Fäh klar auf, wo die Chancen und Gefahren von Check-ups liegen, und weist unmissverständlich darauf hin, dass auch bei Check-ups das Gespräch enorm wichtig ist und die Ärzteschaft die zu untersuchenden Personen nicht nur aus einer pathogenetischen, sondern auch aus einer salutogenetischen Perspektive betrachten sollte.

Die Risikoprüfung in den verschiedenen Versicherungssparten wird von Karl Groner dargelegt. Er erklärt die Wichtigkeit der medizinischen Untersuchung, welche mitverantwortlich ist für das Funktionieren der freiwilligen Personenversicherung, und zwar sowohl für den Versicherten wie auch für das Versichertenkollektiv und den einzelnen Versicherten. An einem Fallbeispiel mit einer Vorsorgeuntersuchung wird von Oliver Stich die Denkweise der medizinischen Risikoprüfung konkret aufgezeigt.

Der grosse Bereich der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen wird von den Dres. Marcel Jost und Claudia Pletscher vorgestellt. Diese Untersuchungen sind in der Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken, helfen diese doch Risikofaktoren zu erkennen, Gegenmassnahmen einzuleiten, biologische Monitorings durchzuführen und Berufskrankheiten früh zu erfassen.

Im letzten Artikel klären Andrea Thalmann-Manser und Marion Parry Meier sorgfältig darüber auf, welche Massnahmen im Sinne des Risikomanagements die Ärztinnen und Ärzte treffen sollten, damit es nicht zu unangenehmen Überraschungen kommt.

Ganz zum Schluss finden Sie noch das Programm zum Forum Risikoprüfung in der Personenversicherung vom 31. Mai 2012, zu dem ich Sie ganz herzlich einlade. Im Forum werden spezielle Themen der beiden Medinfo-Ausgaben des Jahres 2011 vertieft.

Ich wünsche Ihnen eine lehrreiche und interessante Lektüre.

Freundliche Grüsse

Bruno Soltermann

Chères lectrices et chers lecteurs,

Dans le précédent bulletin Infoméd, nous avons pour la première fois abordé un sujet médical tel qu'il est appréhendé dans les domaines d'assurance les plus divers. Les réactions spontanées et très positives que nous avons reçues confirment que cette nouvelle approche est bienvenue. Un grand merci à tous ceux qui nous ont écrit.

Le présent bulletin est consacré aux examens préventifs qui donnent régulièrement lieu à d'intenses discussions. Ils jouent un rôle décisif pour les assureurs vie, car un tel examen leur permet d'évaluer le risque et de conclure des contrats d'assurance qui en tiennent compte au plus près.

Dans la première contribution, Dr Fähr démontre que le check-up selon les circonstances peut être opportun, mais aussi présenter des risques. Il met clairement l'accent sur l'importance de l'entretien lors de la consultation. Celle-ci doit être l'occasion pour le médecin de se concentrer non seulement sur les pathologies potentielles du patient mais aussi les facteurs pouvant contribuer à sa santé.

Karl Groner explique ensuite en quoi l'examen médical participe au bon fonctionnement des diverses branches de l'assurance facultative des personnes, et ce pour tous les acteurs impliqués: les assureurs, le collectif des assurés et chaque personne assurée. A l'aide d'un exemple d'une personne soumise à un examen préventif, Oliver Stich montre concrètement selon quelle perspective l'évaluation du risque sur le plan médical a été effectué.

L'important domaine de la médecine du travail ne saurait plus se passer des examens préventifs. Dres Marcel Jost et Claudia Pletscher en présentent le vaste champ d'application dans le monde du travail. Ils permettent d'identifier les facteurs de risque, de prendre des contre-mesures adéquates, d'effectuer un monitoring biologique et sont un instrument efficace de détection précoce des maladies professionnelles.

Dans le dernier article, Andrea Thalmann-Manser et Marion Parry Meier recommandent des précautions et des mesures que devraient prendre les médecins dans le cadre de la gestion du risque afin d'éviter des surprises désagréables.

Nous présentons en fin de bulletin le programme du forum, qui aura lieu le 31 mai 2012, sur l'évaluation du risque dans les assurances de personnes, forum auquel je vous convie très cordialement. Ce sera l'occasion d'approfondir des sujets particuliers traités dans les deux éditions d'Infoméd en 2011.

Je vous souhaite une lecture intéressante et instructive.

Avec mes meilleures salutations

Bruno Soltermann

Chancen und Risiken von Routine-Check-ups

PD Dr. med. David Fäh

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Universität Zürich

Hirschengraben 84

8001 Zürich

david.fah@uzh.ch

Um die Lesbarkeit des Texts zu verbessern, wird nur die männliche Form benutzt (z. B. Arzt, Patient), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person beinhaltet. Ebenso wird der Begriff «Patient» auch für scheinbar Gesunde verwendet, die den Arzt besuchen und auch als «Klienten» bezeichnet werden könnten.

Résumé

Qu'une personne apparemment en bonne santé aille consulter son médecin peut être tout à fait raisonnable. A condition que les examens effectués lors d'un check-up apportent plus de bien que de mal, et ce en présence d'une évidence médicale suffisante. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires par exemple, l'examen des facteurs de risque est simple et peut être profitable. Mais pour ce qui est de la prévention du cancer, il n'existe que peu d'examens à ce point probants que le médecin doive recommander un mode vie à faible risque. Les examens préventifs sûrs sont pour la plupart simples à effectuer et peu chers. Toutefois lors d'un check-up, ce sont l'entretien avec le patient ainsi

que la force de conviction du médecin qui comptent surtout. Celui-ci peut effectivement en profiter pour l'encourager à adopter un comportement sain ou à modifier en partie ses habitudes. L'entretien peut également mettre à jour d'autres aspects pertinents, à approfondir le cas échéant. Dans ces conditions seulement, le médecin peut établir un profil de risque individuel et formuler des recommandations ad hoc. Le check-up devrait être l'occasion de considérer globalement la vie du patient, car la santé ne se résume pas seulement à ne pas souffrir de maladie ou d'infirmité, mais à jouir d'un «état de bien-être physique, psychique et social complet».

Zusammenfassung

Dass ein scheinbar Gesunder zum Arzt geht, kann Sinn machen. Voraussetzung dafür ist, dass die im Rahmen des Check-ups durchgeführten Untersuchungen mehr nutzen als schaden und dass dafür genügend Evidenz vorliegt. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen können vergleichsweise einfach untersucht und angegangen werden. Zur Krebsvorbeugung gibt es nur wenige empfehlenswerte Untersuchungen, wes-

halb der Arzt hier den Fokus auf einen risikoarmen Lebensstil richten sollte. Vorsorgeuntersuchungen, die gesichert sind, sind meist einfach durchführbar und kostengünstig. Das wichtigste beim Check-up ist aber das Gespräch und die Überzeugungskraft des Arztes. Dieser kann die Gunst der Stunde nutzen, um gesundheitsförderndes Verhalten zu unterstützen oder Verhaltensänderungen zu erzielen. Das Gespräch kann auch Hinweise darauf geben, ob weitere Abklärungen nötig und sinnvoll sind. Nur so kann der Arzt ein individuelles Risikoprofil erstellen und massgeschneiderte Empfehlungen abgeben. Der Check-up sollte die Möglichkeit bieten, das Leben des Patienten in seinem gesamten Spektrum zu beleuchten. Denn Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, sondern ein «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens».

Muss ein Gesunder zum Arzt?

Wer gesund ist, muss nicht zum Arzt. Für unsere Grosseltern war das logisch. Doch was heisst gesund? Und wie wissen wir, ob wir gesund sind? Vor hundert

Jahren waren Risikofaktoren ein Fremdwort, Gesundheit und Genesung in Gottes Hand. Und der war nicht immer gnädig. Wahrscheinlich hätten nicht wenige Grossväter und -mütter noch einige erfüllte Jahre erlebt, wären sie wegen ihres unerkannten Bluthochdrucks nicht an einem Hirnschlag verstorben. In der Schweiz ist es heute für viele selbstverständlich, zum Arzt zu gehen, auch wenn sie kein Gebrechen plagt. Schliesslich muss auch das Auto regelmässig in die Kontrolle, auch wenn es scheinbar problemlos läuft. Nur wenige machen sich aber Gedanken darüber, ob das, was der Arzt untersucht, auch Sinn macht und nur zum Wohle der eigenen Gesundheit geschieht. Denn Diagnosen haben Folgen, die nicht immer absehbar sind. Im Lichte zunehmenden Kostendrucks und steigender Krankenkassenprämien stellt sich auch die Frage nach der Effizienz von Check-ups. Können sie Krankheiten und deren Folgekosten vorbeugen oder führen sie nur zu weiteren unnötigen Untersuchungen und Behandlungen? Nicht zu vergessen die möglichen psychischen Konsequenzen: Wiegen Vorsorgeuntersuchungen Besorgte in Sicherheit oder schüren sie unnötig Angst? Vorteile und Risiken eines medizinischen

Box 1. Mögliche Chancen und Risiken von Routine-Check-ups

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Gelegenheit für eine ausführliche Anamnese • Anlass zum Aufbau einer längerfristigen Arzt-Patienten-Beziehung • Anlass zur Durchführung gesicherter Vorsorgeuntersuchungen • Erfassung von «asymptomatischen» Risikofaktoren • Anlass, Lebensstil zu verändern • Beruhigung bei psychosomatischen Beschwerden • Information über Verlauf von Risikofaktoren • Auffrischung des Impfstatus • Unabhängige Beratung bezüglich Ernährung, Bewegung und Stressmanagement • Gesundheitsinteressierte sind eher bereit, den Lebensstil zu verändern • Bestätigung: Gesundheitsbewusste in ihrem Handeln verstärken und unterstützen • Möglichkeit für einen Fitness-Test • Zunehmend wichtiger Faktor für den Wirtschaftsstandort Schweiz 	<ul style="list-style-type: none"> • «Überdiagnose» • «Pathologisierung» von Gesunden • Unnötiges Schüren von Angst • Unnötiges Durchführen von Behandlungen • Risiken durch mögliche Folgebehandlungen (z. B. Operationen) • Scheinbare Sicherheit in Bezug auf Nicht-vorhanden-Sein von Risikofaktoren und Krankheiten suggerieren • Ungleichheiten in der Bevölkerung fördern: Personen, die Check-ups am nötigsten brauchen, kommen nicht in den Genuss • Folgekosten für das Gesundheitswesen generieren • Ungenügende wissenschaftliche Evidenz vieler Untersuchungen • «Eulen nach Athen tragen» • Verstärkung einer möglichen Einbildung, nicht gesund zu sein • Ineffizienz

Check-ups sollten mit Bedacht abgewogen werden, denn schlimmstenfalls passiert nicht einfach nichts (Box 1).

Das Wichtigste ist das Gespräch

Heute steht Ärzten eine Fülle an technischen Geräten zur Verfügung, und diese setzen sie auch entsprechend häufig ein. Die vielen Möglichkeiten bringen aber auch manche einen vermeintlich gut informierten Patienten dazu, den Arzt zu einer Untersuchung zu drängen. Oft ist es auch Mangel an Zeit oder Musse, welche den Arzt dazu bringt, lieber eine zusätzliche Laboruntersuchung als eine gründliche Anamnese durchzuführen. Dabei besteht für viele Risikofaktoren, die erfragt werden können, gute Evidenz. Gerade der Lebensstil birgt etliche Risiken und bietet bei den Meisten Optimierungspotenzial. Da chronische Krankheiten eine erbliche Komponente haben, sollte auch einer Familienanamnese Zeit gewidmet werden. Ein ausführliches Gespräch kann

«Ärzte sollten ihre Patienten nicht nur aus einer pathogenetischen, sondern auch aus einer salutogenetischen Perspektive betrachten»

auch Hinweise auf zugrundeliegende Erkrankungen und damit Anlass für spezifische Zusatzuntersuchungen geben. Nicht vergessen werden sollten Fragen zum seelischen Befinden und zu Stresssymptomen.

Grundsätzlich sollten Mediziner den Patienten nicht nur aus einer pathogenetischen, sondern auch aus einer salutogenetischen Perspektive betrachten und beurteilen: Sie sollten sich nicht nur fragen, was ihn krank macht oder machen könnte. Besonders im Rahmen eines Routine-Check-ups ist es meist sinnvoller, sich zu fragen, was ihn gesund und glücklich hält. Dann

ist es Aufgabe des Arztes, die Ressourcen des Patienten zu prüfen und nötigenfalls zu stärken. So kann regelmäßige körperliche Aktivität nicht nur helfen, Stress abzubauen, sondern auch die Widerstandskraft dagegen stärken. Um ein möglichst breites Spektrum an Risiko- und Schutzfaktoren abzudecken, sollte alleine für Anamnese mindestens eine Stunde eingerechnet

werden. In vielen Fällen ist eine weitere Stunde für die Besprechung der Befunde nötig und sinnvoll. Nur so ist es möglich, ein individuelles Risikoprofil zu erstellen und massgeschneiderte Empfehlungen bezüglich weiteren Abklärungen und Lebensstilveränderungen abzugeben.

Häufig fehlende Evidenz oder gegenteilige Empfehlung

Für einige häufig durchgeführte Untersuchungen bei Gesunden gibt es heute nur ungenügende Evidenz oder sie bringen wenig oder keinen Nutzen. Dazu gehört beispielsweise die Messung des PSA und anderer Krebsmarker oder Untersuchungen von Hormonen oder Vitaminen ohne konkreten Verdacht. Problematisch sind auch Ganzkörperuntersuchungen mit PET oder MRI. Erhebt der Arzt einen scheinbar pathologischen Befund, steht er unter Zugzwang. Jedoch kann er selten sicher beurteilen, ob eine Behandlung wirklich nötig ist oder nur Risiken birgt und Mehrkosten verursacht. Auch für einfachere Untersuchungen wie EKG oder LUFU gibt es bei Gesunden mit günstigem Risikoprofil nicht genügend Evidenz, die eine Durchführung rechtfertigen würde. Bei

den meisten Asymptomatischen macht auch eine Osteoporose-Abklärung wenig Sinn. Vorsicht ist auch angebracht bei neuen klinischen Risikofaktoren: Bei vielen von ihnen ist unklar, ob sie ursächlich mit der Entstehung von Krankheiten verbunden sind. Homocystein beispielsweise wurde lange als «Cholesterin des 21. Jahrhunderts» gehandelt. Klinische Studien konnten jedoch beweisen, dass eine Senkung von Homocystein durch Vitamineinnahme das Risiko für Herzinfarkt und Hirnschlag nicht zu reduzieren vermochten. Homocystein ist also ein Marker, aber kein Risikofaktor (1–6).

Fundierte Vorsorgeuntersuchungen: Empfehlungen, aktueller Stand

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) gibt Empfehlungen zu Vorsorgeuntersuchungen ab. Weil diese dem Forschungsstand unterliegen, können sie sich kontinuierlich verändern. Dies bedeutet, dass sich Ärzte laufend informieren müssen, wollen sie auf dem neuesten Stand bleiben. Die USPSTF gibt auch an, welcher Nutzen zu erwarten ist (Klasse I: Nutzen > Schaden, bis Klasse III: kein Nutzen oder schädlich) und wie gut die Evidenz (Grad A: gesichert, bis Grad

E: ungenügend) dafür ist (5). Grundsätzlich macht eine Vorsorgeuntersuchung dann Sinn, wenn:

- die gesuchte Krankheit ein bedeutendes und häufiges Gesundheitsproblem ist.
- die Krankheit in einer frühen Entstehungsphase einfach und sicher erkannt werden kann.
- für die Krankheit Diagnostik und Therapie breit verfügbar und die Kosten dafür vertretbar sind.

Die Bemühungen der USPSTF, Vorsorgeuntersuchungen nach wissenschaftlicher Beweislage zu beurteilen, ist loblich. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die USPSTF auch Empfehlungen herausgibt, die unter Fachleuten umstritten sind. Dazu gehört beispielsweise die Mammographie. USPSTF-Empfehlungen mit Evidenzgraden A oder B sind in Tabelle 1 zusammengefasst, zusätzliche Herz-Kreislauf-Untersuchungen in Tabelle 2 (6). Zu jedem Check-up gehört, dass Risikofaktoren für häufige chronische Erkrankungen erfasst und besprochen werden. In der Schweiz machen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Krebs rund

zwei Drittel aller Sterbefälle aus (7). Da diese Erkrankungen vor allem in höherem Alter auftreten, macht ein Check-up bei älteren Personen deutlich mehr Sinn als bei jüngeren. Unter www.epss.ahrq.gov kann der Arzt rasch und einfach abschätzen, welche Untersuchungen er durchführen sollte und welche nicht.

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Hierzulande erleiden jährlich 30 000 Menschen ein akutes koronares Ereignis und 12 500 einen Hirnschlag. Im 2008 waren Herz-Kreislauf-Krankheiten für rund 135 000 Hospitalisationen verantwortlich. Obwohl sie im Verhältnis zu anderen Todesursachen an Bedeutung verloren haben, sind Herz-Kreislauf-Krankheiten nach wie vor die häufigste Todesursache in der Schweiz. Möglicherweise ist die starke Abnahme der Mortalität von Hirnschlag und Herzinfarkt in der Schweiz eine Folge einer intensiveren Früherkennung der damit verbundenen Risikofaktoren. Tatsächlich hat die medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck und Dyslipidämie in der Schweiz zugenommen. Das präventive Potenzial einer möglichst frühen Erfassung der wichtigsten Risikofaktoren ist aber noch nicht

ausgeschöpft. Ein grosser Teil der Herz-Kreislauf-Krankheiten wäre vermeidbar. Die hauptsächlich vermeidbaren Risikofaktoren sind neben dem Rauchen, körperlicher Inaktivität und Adipositas auch Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Dyslipidämie.

Individuelles Risiko

Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöht das Risiko für ein Ereignis in synergistischer Art und Weise. Sind drei Risikofaktoren anstatt nur einer vorhanden, erhöht sich das Risiko um deutlich mehr als den Faktor 3. Der Arzt sollte die Anzahl und die Konstellation der Risikofaktoren bei der Beurteilung berücksichtigen. Mit Hilfe von Kohortenstudien konnten Forscher Algorithmen entwickeln, die eine Risikoabschätzung erlauben. Diese Tests berücksichtigen neben Alter und Geschlecht die klassischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Dyslipidämie, Rauchen und Diabetes und berechnen daraus das prozentuale 10-Jahres-Risiko für ein Ereignis (www.agla.ch, <http://www.bnk.de/transfer/framingham.htm>). Obwohl diese Tests ziemlich zuverlässig den Anteil Personen mit hohem Herz-Kreislauf-Risiko in einer

Bevölkerung vorhersagen können, können Sie bei der individuellen Einschätzung danebenliegen. Trotzdem macht es Sinn, diese Tests bei allen durchzuführen, denn sie bestätigen und motivieren Personen mit niedrigem Risiko, weiterhin gesund zu leben. Menschen mit hohem Risiko zeigen sie das theoretische Reduktionspotenzial auf. Risikorechner können für den Arzt also ein Werkzeug sein, um seine Patienten vom Nutzen einer Lebensstilveränderung zu überzeugen.

Rauchstopp

Rauchen ist ein Risikofaktor, der sich vergleichsweise einfach eliminieren lässt. Im Verhältnis dazu senkt ein Rauchstopp das Risiko zu erkranken oder zu sterben erheblich. Das gilt nicht nur für Hirnschlag oder Herzinfarkt, sondern auch für fast alle Krebsformen und viele andere Krankheiten. Ein Check-up ist eine gute Gelegenheit, um den Patienten von einem Rauchstopp zu überzeugen. Diagnosen wie Hypercholesterolämie oder Bluthochdruck bieten «Gelegenheitsfenster», in denen Betroffene besonders gewillt und fähig sind, mit dem Rauchen aufzuhören (8). Eindrücklich für manchen Raucher ist auch

die Berechnung des geschätzten Herz-Kreislauf-Risikos. Besonders bei älteren Rauchern verringert sich dieses um den Faktor 2 oder mehr, wenn der Raucherstatus aus der Berechnung genommen wird (www.agla.ch). Auch das Argument, dass sich ein Rauchstopp nur bei jüngeren Personen, die noch nicht so lange rauchen, lohnt, konnte entkräftet werden. Selbst bei einem 60-jährigen Raucher erhöht ein Rauchstopp die Lebenserwartung um 3 Jahre.

Gewichtskontrolle

Überschüssiges Körpergewicht erhöht das Risiko für verschiedene Krankheiten (9). Meistens werden Übergewicht und Adipositas mit dem Body-Mass-Index (BMI) definiert. In der Schweiz scheint Übergewicht (BMI 25–29.9 kg/m²) nicht mit einem erhöhten Sterberisiko verbunden zu sein. Ab einem BMI von 30 kg/m² steigt das Sterberisiko hingegen kontinuierlich an. Verglichen mit Nichtrauchern mit einem BMI zwischen 20 und 22.4 kg/m² haben adipöse Nichtraucher ein etwa zweifach, adipöse Raucher ein 3 bis 4.5-fach höheres Sterberisiko (9). Studien aus anderen Ländern zeigen, dass bei älteren Menschen der BMI, der mit dem geringsten Erkrankungs- und

Sterberisiko verbunden ist, nicht im normalgewichtigen Bereich liegt, sondern zwischen 25 und 29.9 kg/m² (9).

Sind die Risikofaktoren im grünen Bereich, gibt es aus gesundheitlicher Sicht keinen Anlass, um eine Gewichtsreduktion anzustreben. Da diese in den meisten Fällen nicht nachhaltig ist und starke Gewichtsschwankungen mehr schaden als nutzen, sollten sich Ärzte darauf konzentrieren, das Gewicht zumindest konstant zu halten. Bei den meisten Menschen steigt das Gewicht mit dem Älterwerden normalerweise automatisch und eine Stabilisierung ist in vielen Fällen das sinnvollste. Der Arzt sollte deshalb bereits bei Normalgewichtigen Risikosituationen für eine Gewichtszunahme ausloten und die Betroffenen entsprechend beraten. In diesem Sinne ist die wirkungsvollste Massnahme gegen Adipositas, diese erst gar nicht entstehen zu lassen. Bei Adipositas Klasse II und III sind konservative Ansätze zur Gewichtsreduktion meist erfolglos, weshalb bei Patienten mit Wunsch zur Gewichtsabnahme die bariatrische Chirurgie offen besprochen werden sollte. Die Kriterien für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen wurden per Anfang 2011 gelockert. Bei Adipösen ist eine

regelmässige Kontrolle der damit verbundenen Risikofaktoren ebenso wichtig wie die Beratung bezüglich eines gesunden Lebensstils. Bei vielen verbessern sich die Risikofaktoren durch mehr Bewegung und eine ausgewogenere Ernährung, auch wenn das Körpergewicht nicht sinkt. Allerdings fordert es vom Arzt Zeit und Erfahrung herauszufinden, wo und wie eine Person ihre Kalorienaufnahme nachhaltig senken und ihren -verbrauch erhöhen kann.

Ernährung, Alkoholkonsum und Bewegung

Unabhängig vom Körpergewicht birgt die Ernährung Präventionspotenzial, vor allem bei der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass eine mediterrane Ernährungsweise nicht nur für eine erfolgreiche Gewichtskontrolle geeignet ist, sondern auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Krebs senken kann. Diese Ernährungsweise entspricht auch weitgehend der DASH-Diät, die nachweislich Blutdruck und Blutfettwerte verbessert (www.dashdiet.org). Regelmässiger, aber moderater Alkoholkonsum senkt das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankhei-

ten und Diabetes, während episodischer, exzessiver Konsum das Gegenteil bewirkt. Zu bedenken ist aber das generell erhöhte Risiko für Krebs, Unfälle und Sucht, das mit jedem Alkoholkonsum verbunden ist. Deshalb gehört neben der konsumierten Menge an alkoholischen Getränken auch das Trinkmuster und das Suchtpotenzial des Konsums zur Anamnese eines Check-ups. Bei manchen Personen kann auch eine Reduktion der Salzzufuhr den Blutdruck senken und damit verbundene Risiken mindern.

Wer sich regelmässig und intensiv bewegt, senkt sein Erkrankungsrisiko im Vergleich zu körperlich Inaktiven deutlich. Dies gilt nicht nur für Herz-Kreislauf-Krankheiten, sondern für die meisten chronischen Erkrankungen. Die meisten Menschen in der Schweiz bewegen sich aber zu wenig, um davon zu profitieren. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Patienten von den Vorteilen körperlicher Aktivität zu überzeugen, nicht nur was die Senkung von Krankheitsrisiken anbelangt, sondern auch bezüglich Wohlbefinden und Lebensqualität. Die wichtigsten Aspekte eines Herz-Kreislauf-protectiven Lebensstils sind in Box 2 zusammengefasst.

Box 2. Aspekte eines Herz-Kreislauf-protectiven Lebensstils

Aspekt	Ziel
Rauchen	Rauchstopp, falls nötig, mit weiterer Unterstützung. Mit Rauchen verbundene Erhöhung des Herz-Kreislauf-Risikos und weitere Nachteile aufzeigen.
Alkohol	Massvollen Konsum tolerieren, da er mehr gesundheitliche Vor- als Nachteile hat. Potenzial für Missbrauch / Sucht abklären.
Körpergewicht	Gewichtszunahme verhindern. Mögliche Risikosituationen für Gewichtszunahme ausloten. Mit Übergewicht verbundene Risikofaktoren im Auge behalten. Bei starkem Übergewicht operative Massnahmen nicht ausschliessen.
Bewegung im Alltag	Potenzial eruieren, beispielsweise auf dem Weg von und zur Arbeit. Bewegungsmeidendes Verhalten erkennen und Alternativen vorschlagen.
Gezielte Bewegung in der Freizeit	Passende Formen besprechen, die auch Spass bereiten. Vorteile (nicht nur gesundheitliche) von regelmässiger körperlicher Aktivität aufzeigen.
Ernährung	Mit Esstagebuch Schwächen in Ernährung und Essverhalten erkennen, Annäherung an die mediterrane Ernährung. Individuelle Beratung.
Psychosomatische Beschwerden	Nach möglichen Auslösern suchen, Lösungen besprechen.
Einnahme von Supplementen, Medikamenten oder Drogen	Mögliche Risiken erörtern.
Familienanamnese	Nach Fällen von Diabetes, Herzinfarkt und Hirnschlag in der Familie fragen, Augenmerk auf das Alter bei Diagnose richten.
Weiteres	Beispielsweise Zahnfleisch untersuchen, Fragen zu möglicher Schlafapnoe stellen.

Diabetes mellitus

In der Schweiz haben wahrscheinlich 5–6% der Männer und 4–5% der Frauen Diabetes (10). Die Prävalenz nahm besonders bei älteren Menschen und bei Männern zu. Weil die Schweizer Bevölkerung immer älter wird, gewinnt die routinemässige Kontrolle des Blutzuckers an Bedeutung. Auch die Familienanamnese ist wichtig, weil Typ-2-Diabetes eine starke genetische Komponente hat. In der Schweiz bleibt Diabetes wahrscheinlich bei 25–35% unerkannt. Schätzungsweise kommt zu jedem Diabetes-Patienten nochmals eine Person mit einem erhöhten Blutzuckerspiegel unterhalb des Schwellenwertes für die Diagnose von Diabetes hinzu. Diese Personen haben ein erhöhtes Diabetes-Risiko. Deshalb sollte der Arzt schon bei Werten unterhalb der Diabetesschwelle Lebensstilveränderungen erzielen. Dies gilt besonders bei positiver Familienanamnese und wenn die Blutzuckerwerte im Steigen begriffen sind. Rauchstopp, Gewichtskontrolle, Anpassungen in der Ernährung

Wer sich regelmässig und intensiv bewegt, senkt sein Erkrankungsrisiko deutlich

und vor allem mehr Bewegung können diesen Prozess verlangsamen oder gar stoppen.

Krebs

Jährlich erkranken in der Schweiz über 19 000 Männer und über 16 000 Frauen an Krebs, und 8 500 Männer und 7 000 Frauen sterben daran. Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Krankheiten die zweithäufigste Todesursache. In der Schweiz steigt die Inzidenz einiger Krebsformen, und von vielen stagniert sie auf hohem Niveau. Hingegen sank die Mortalität der meisten Krebsformen in den vergangenen Jahren (www.nicer.org). Anders als bei

Herz-Kreislauf-Krankheiten gibt es bei Krebs keine einfachen klinischen Untersuchungen und Messungen, die eine individuelle Risikobeurteilung erlauben. Selbst bei Untersuchungen wie Abtasten der Brust, der Hoden und der Prostata und der Untersuchung der Haut durch den Arzt ist unklar, ob sie zur Krebsvorbeugung sinnvoll sind, und derzeit spricht mehr gegen als für eine Messung und

Box 3. Schutzfaktoren im Lebensstilbereich, die Krebs vorbeugen
(www.nicer.org, www.wcrf.org)

- Auf Rauchen verzichten
- Keinen Alkohol trinken
- Normalgewicht halten
- Energiedichte Nahrung limitieren
- Zuckergehaltige Getränke meiden
- Rotes Fleisch und Fleischprodukte reduzieren
- Konsum von Früchten und Gemüse
- Faserreiche Kost
- Salzkonsum reduzieren
- Vorsicht bei Vitamin-Supplementen
- Schimmel meiden
- Körperlich aktiv sein
- Vernünftig mit der Sonne umgehen
- Radonexposition minimieren
- Risiken am Arbeitsplatz so gering wie möglich halten
- Infektion mit Papilloma- und Hepatitisviren vorbeugen

Beurteilung des PSA, der Durchführung von Thorax-Röntgenbildern und der Selbstuntersuchung der Brust (5). Auch Genanalysen machen nur in Einzelfällen Sinn. Hingegen kann eine gezielte Befragung Hinweise auf eine Krebserkrankung

liefern. So sollten beispielsweise ungewollter Gewichtsverlust oder plötzliche Veränderungen der Stuhlgewohnheiten hellhörig machen. Da Krebs eine starke erbliche Komponente hat, ist die Familienanamnese wichtig.

Die Abklärung von allgemeinen Risikofaktoren deckt Präventionspotenzial im Lebensstilbereich auf. Rauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für praktisch alle Krebsformen, und ein Rauchstopp gehört bei Rauchern zur wichtigsten Präventionsmaßnahme. Weitere Schutzfaktoren sind in Box 3 zusammengefasst. Obwohl eine individuelle Einschätzung kaum möglich ist, ist es legitim, dem Patienten aufzuzeigen, dass er mit einem entsprechenden Lebensstil sein Krebsrisiko erheblich senken kann.

Weitere häufige Risiken und Beschwerden

Der Druck am Arbeitsplatz nimmt stetig zu, und auch im Privaten wird das Zusammenleben komplizierter. Dieser Aspekt darf deshalb nicht vergessen werden. Viele Menschen leiden deshalb an Burnout oder an einer latenten Depression, die sich oft auch in Form von körperlichen Beschwerden bemerkbar machen. Indizien dafür sind Rückenbeschwerden,

Tabelle 1. Empfehlungen für Vorsorgeuntersuchungen mit Evidenzgraden A oder B, nach (5)

Empfehlungen	Bemerkungen
Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK)	
Rauchen und dadurch verursachte Krankheiten, Beratung und Intervention	Alle nach Raucherstatus fragen und Rauchern Rauchstopp-Interventionen anbieten; Beratung mit Nachdruck bei schwächeren Rauchenden
Adipositas, Screening	Intensive Beratung und Verhaltensintervention, um nachhaltigen Gewichtsverlust bei Adipösen zu fördern
Typ-2-Diabetes, Screening	Asymptomatische Erwachsene mit Blutdruck konstant über 135 / 80 mmHg
Hoher Blutdruck, Screening	Alle
Dyslipidämie, Screening	Männer zwischen 20 und 35 Jahren und Frauen über 20 mit erhöhtem Risiko für koronare Herzkrankheit; alle Männer über 35 Jahre
Aneurysma der Bauchaorta	Einmaliges Screening mit Ultraschall bei Männern zwischen 65 und 75, die jemals geraucht haben
Aspirin zur Vorbeugung von HKK	Wenn der potentielle Nutzen einer Reduktion des Herzinfarkt-Risikos (Männer zwischen 45 und 79 Jahren) oder des Risikos für ischämischen Hirnschlag (Frauen zwischen 55 und 79 Jahren) den potenziellen Schaden gastrointestinaler Blutungen überwiegt
Krebs	
Brustkrebs, Screening	Mammographie-Screening alle zwei Jahre bei Frauen zwischen 50 und 74 Jahren
Prädisposition für Krebs der Brust und der Eierstöcke, Einschätzung des genetischen Risikos und Test für BRCA-Mutation	Frauen mit positiver Familienanamnese bezüglich Risiko für schädliche Mutationen in BRCA1- und BRCA2-Genen, genetische Beratung und Evaluation eines BRCA-Tests
Gebärmutterhalskrebs	Frauen zwischen 21 und 65 Jahren, die sexuell aktiv waren und eine Zervix haben

Colorektalkarzinom	Erwachsene zwischen 50 und 75 Jahren mit Test für okkultes Blut im Stuhl, Sigmoidoskopie oder Colonoskopie
Andere nichtübertragbare Krankheiten	
Osteoporose, Screening	Frauen über 65 Jahre und Frauen über 60 Jahre mit erhöhtem Risiko für osteoporotische Frakturen
Alkoholabusus, Screening und Beratung bezüglich Verhalten	Alle
Depression, Screening	Wenn professionelle Unterstützung vorhanden ist zur Gewährleistung von akkurater Diagnosestellung, effektiver Behandlung und Nachsorge
Übertragbare Krankheiten	
Sexuell übertragbare Krankheiten, Beratung	Alle sexuell Aktiven mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten
Syphilis	Personen mit erhöhtem Risiko und alle Schwangeren
Gonorrhoe	Sexuell aktive Frauen (auch Schwangere) unter 26 Jahren und solche mit erhöhtem Infektionsrisiko
Hepatitis-B-Virus-Infektion	Schwangere Frauen bei erster vorgeburtlicher Kontrolle
HIV-Screening	Alle mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Ansteckung und alle Schwangeren
Chlamydieninfektion	Sexuell aktive Frauen (auch Schwangere) unter 25 Jahren und andere asymptomatische Frauen mit erhöhtem Infektionsrisiko
Übriges	
Folsäuresupplementierung	Frauen, die eine Schwangerschaft planen (400 – 800 µg Folat / Tag)
Eisenmangelanämie, Screening	Routinemässig bei asymptomatischen Schwangeren

Schlaf- oder Verdauungsstörungen, Libidoverlust, unspezifischer Schwindel, Kopfschmerzen oder chronische Müdigkeit und Erschöpfung. Differentialdiagnostisch kommt für Letzteres auch eine Eisenmangelanämie oder eine Hypothyreose in Betracht, weil diese – besonders bei Frauen – häufig sind. Bei Männern ist indes eine Schlafapnoe nicht selten. Rückenschmerzen sind oft auch Folge von mangelnder Bewegung oder schlechter Ergonomie am Arbeitsplatz. Bei manchen manifestiert sich Stress auch in Form von psychosomatischen Symptomen wie Episoden von Tachykardie, Schwindel oder Stechen in der Brust.

Ein Check-up sollte auch Gelegenheit bieten, den Impfstatus zu überprüfen. Bei Erwachsenen sollten Diphtherie und Tetanus alle 10 Jahre aufgefrischt werden. In manchen Fällen kann bei erwachsenen Frauen eine HPV-Impfung indiziert sein. Vor allem für häufig Reisende macht die Triple-Impfung mit zusätzlichem Polio-Impfstoff Sinn. Je nach Exposition oder bereits durchgemachten Erkrankungen sollten beispielsweise auch Impfungen gegen FSME, MMR, Hepatitis, Gelbfieber oder Tollwut diskutiert werden (www.infovac.ch). Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken

bei Personen ab 65 Jahren werden zwar empfohlen, sind aber unter Experten umstritten. Schliesslich gehört zum Check neben der Erfassung der Sehschärfe auch die Messung des Augen-drucks zur Glaukom-Früherkennung.

Tabelle 2. Empfehlungen für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten mit Evidenzgraden A oder B, nach (6)

Empfehlungen	Bemerkungen
HKK-Risiko-Scores berechnen, Resultat beurteilen, entsprechende Beratung	Alle asymptomatischen Erwachsenen ohne Vorgeschichte einer koronaren Herzkrankheit
Messung des C-reaktiven Proteins (CRP)	Männer (unter 50) und Frauen (unter 60) mit mittlerem HKK-Risiko, bei älteren Personen gelten zusätzliche Einschränkungen
Messung des glykosylierten Hämoglobins (HbA _{1c})	Asymptomatische Erwachsene ohne Diabetes
Mikroalbuminurie	Erwachsene mit Bluthochdruck oder Diabetes
Echokardiographie zur Untersuchung einer linksventrikulären Hypertrophie (LVH)	Asymptomatische Erwachsene mit Bluthochdruck
Intima-Media-Dicke (IMT) der Halsschlagader; Knöchel-Arm-Index (ABI); Belastungs-EKG; Computer-Tomographie zur Beurteilung von koronarem Kalzium (CAC)	Asymptomatische Erwachsene mit mittlerem HKK-Risiko
Erfassung der Familienanamnese bezüglich HKK	Bei allen asymptomatischen Erwachsenen

Referenzen

1. Wüscher V. Der Routine-Check-up: Versuch einer Einschätzung. Teil 1 & 2. Schweiz Med Forum. 2008; 8: 497–500; 517–520.
 2. Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher H, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. Swiss Med Wkly. 2002; 132: 363–373.
 3. Rank B. Executive physicals — bad medicine on three counts. N Engl J Med. 2008; 359: 1424–1425.
 4. Hunziker S, Hengstler P, Zimmerli L, Battegay M, Battegay E. Der internistische Check-up. Internist (Berl). 2006; 47: 55–65, quiz 66–57.
 5. Guide to Clinical Preventive Services, 2010–2011: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 10–05145, August 2010. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>
 6. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA et al. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2011; 56: e50–103.
 7. Bundesamt für Statistik. Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004 Neuenburg: Bundesamt für Statistik; 2008.
 8. Keenan PS. Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. Arch Intern Med. 2009; 169: 237–242.
 9. Faeh D, Braun J, Tarnutzer S, Bopp M. Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. Eur J Epidemiol. 2011; 26: 647–655.
- Bopp M, Zellweger U, Faeh D. Routine Data Sources Challenge International Diabetes Federation Extrapolations of National Diabetes Prevalence in Switzerland. Diabetes Care. 2011 Nov; 34(11): 2387-9.

Eine erweiterte Referenzliste ist unter http://www.davidfaeh.ch/fileadmin/media/pdf_norm/Referenzen_erweiterte_liste.pdf abrufbar.

Bedeutung der medizinischen Untersuchungen für die Risikoprüfung in der Personenversicherung

Karl Groner, Zurich Leben

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

Résumé

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

Zusammenfassung

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

Weshalb braucht es die Risikoprüfung?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Möglichkeiten der Risikoprüfung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tersuchung durch Laboruntersuchungen, EKG und allenfalls bildgebende Untersuchungen ergänzt.

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

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

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

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

Risikoprüfung in den verschiedenen Versicherungssparten

Einzellebensversicherung

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

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

(* Beispiel Zurich Leben.)

Kollektiv-Lebensversicherung (berufliche Vorsorge nach BVG)

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

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

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

Kollektive Krankentaggeldversicherung

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

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

Private Krankenversicherung

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

Wer beurteilt die medizinischen Informationen?

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

Wie werden erhöhte Risiken kompensiert?

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

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

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

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

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

Lässt sich der Wert der medizinischen Untersuchung quantifizieren?

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

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

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

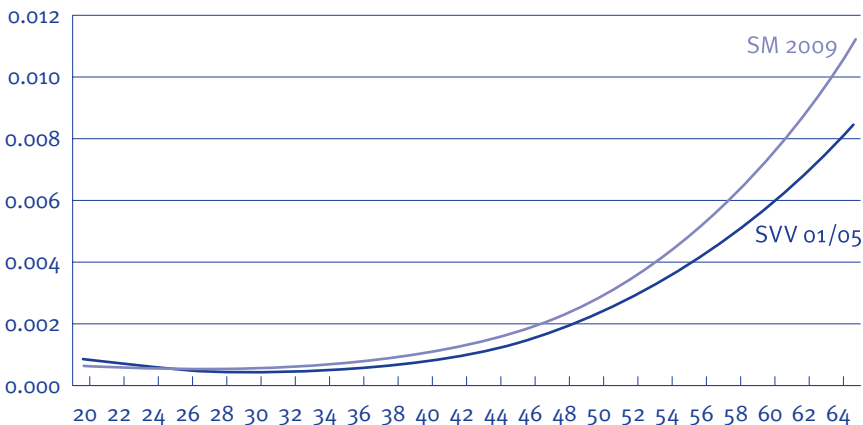
Die besseren statistischen Werte sind sicher zu einem grossen Teil auf die Risikoprüfung zurückzuführen. Der spezifisch auf medizinische Untersuchungen entfallende Anteil kann nicht beziffert werden, ist aber sicher wesentlich. Selbstverständlich beeinflussen auch andere Faktoren die Sterblichkeit. Bekanntlich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

tendenziell häufiger Versicherungen ab und versichert durchschnittlich höhere Leistungen.

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

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

Abbildung 1:



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

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

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

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

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

weshalb sich der Test bei tiefen Versicherungssummen nicht lohnt.

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

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

Der praktische Fall aus der Lebensversicherung: Erhöhtes PSA

Oliver Stich, Underwriter

AXA Winterthur

Antragsteller

Ein 56-jähriger Mann stellt folgenden Antrag für eine Lebensversicherung in der freien Vorsorge auf Endalter 65. Der Antragsteller ist als selbständig erwerbender Wirtschaftsberater (Consulting) tätig.

- Erlebensfallversicherung
CHF 80 000, Dauer 9 Jahre
- Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit CHF 8803, Wartefrist 3 Monate, Dauer 9 Jahre

Die Erlebensfallversicherung dient zur Kapitalbildung. Im Todesfall wird das angesparte Kapital und der bis dahin angesammelte Bonus ausbezahlt. Für den Versicherer besteht im Todesfall kein eigentliches Risiko.

Die Prämienbefreiung sichert bei Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person die volle oder teilweise Befreiung von der Prämienzahlung und dadurch die unveränderte Weiterführung der Vorsorge.

Medizinischer Befund

Für den Versicherungsabschluss musste eine ärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Dies nicht aufgrund der Höhe der beantragten Leistungen, sondern weil im Kumul mit bestehenden Lebensversicherungen bei der gleichen Lebensversicherungs-Gesellschaft im Bereich Erwerbsunfähigkeit gewisse Limiten überschritten wurden.

Als Grundlage für die medizinische Risikoeinschätzung diente die Anamnese sowie die körperliche Untersuchung, ergänzt durch diverse Laborwerte sowie Ruhe- und Belastungs-EKG.

Die Angaben des Kunden zur Anamnese und der klinische Status waren unauffällig, ebenso die Leberwerte, das Lipidprofil, Blutsenkung und das Kreatinin. Auch das grosse Blutbild und der Urinstatus wiesen keine pathologischen Befunde auf. Ruhe- und Belastungs-EKG waren unauffällig.

Im Rahmen des Versicherungsuntersuchungs wurden folgende PSA-Werte gemessen:

PSA gesamt: 6.41 ug / L

(Referenz gemäss Labor 0.00–2.5 ug / L)

PSA frei: 0.68 ug / L

(Referenz gemäss Labor 0.00–0.25 ug / L)

PSA frei / PSA tot: 10.6%

(Referenz gemäss Labor 11.0–40.0%)

Der untersuchende Arzt vermerkte, dass bereits vor 7 Jahren (Alter 49) ein PSA gesamt von 3.7 ug / L gemessen wurde, der Patient aber damals keine weiteren Kontrollen wünschte. Zu den aktuell gemessenen PSA-Werten äusserte sich der untersuchende Arzt nicht. Die rektale Palpation war unauffällig.

Beim behandelnden Arzt wurde schriftlich nach weiteren diagnostischen Schritten nachgefragt. Die Abklärungen ergaben, dass der Patient über die erhöhten PSA-Werte informiert und ihm eine urologische Evaluation empfohlen worden waren. Der Patient sei jedoch nicht bereit, sich weiteren Abklärungen oder Untersuchungen im Zusammenhang mit dem erhöhten PSA zu unterziehen.

Versicherungsmedizinische Risikoeinschätzung

Der Versicherer sieht sich hier mit der Situation konfrontiert, dass ein erhöhter PSA-Wert vorliegt, hinter dem sich eine harmlose Prostataerkrankung oder aber ein Prostatakarzinom verbergen könnte. In diesem konkreten Fall war der Kunde nicht zu einer weiteren Abklärung bereit, sodass über die Ursache der Laborveränderung keine weiteren Aussagen getroffen werden können.

Für das weitere Vorgehen des Versicherers kommen zwei Varianten infrage:

- 1) Der Antrag wird zurückgestellt, bis die Ursache der PSA-Werterhöhung abgeklärt ist. Dies würde wahrscheinlich zum Verlust des Geschäftes führen, da von Seiten des Patienten keine Bereitschaft für weitere Massnahmen signalisiert wurde.
- 2) Es erfolgt eine Evaluation, ob mit geeigneten Massnahmen wie z. B. Vorbehalt, Prämienzuschläge das Risiko für die möglichen Ursachen eines erhöhten PSA ausgeglichen werden können.

Während bei vorliegendem Fall die Rückstellung des Antrages das übliche Vorgehen eines Lebensversicherers darstellt, ist die Prüfung einer Versicherbarkeit mit erschwerenden Bedingungen hier eher als «experimentell» zu betrachten. Ob der Versicherer diese Variante prüfen will, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Risikobereitschaft des Versicherers
- Höhe des beantragten Risikos
- Art der auszuschliessenden Erkrankung und deren Abgrenzbarkeit im Leistungsfall
- Empfehlungen des Rückversicherers

Bei der Erwägung eines Vorbehaltes müsste vom «worst case», also von einem Prostatakarzinom ausgegangen werden. Grundsätzlich empfehlen die Tarifierungsrichtlinien der Rückversicherungs-Gesellschaft, das Erwerbsunfähigkeits-Risiko bei bekanntem und behandeltem Prostatakarzinom mit einem Vorbehalt auszugleichen, dies jedoch abhängig vom klinischen Stadium, der Histologie, dem Gleason Score und der Dauer seit Behandlungsabschluss. Ungünstige Fälle wie z. B. ein T4-Tumorstadium, Lymphknotenbefall oder Metastasen führen generell zur Ablehnung.

Hinsichtlich der beantragten Versicherungsprodukte steht der Versicherer hier konkret nur im Bereich Erwerbsunfähigkeit (Prämienbefreiung) im Risiko, eine eigentliche Todesfalldeckung besteht nicht.

Wissend um die Unwägbarkeiten bei vorliegendem Fall wurde hier im Sinne eines Einzelfalles wie folgt entschieden:

- Vorbehalt für Erkrankungen der Prostata insbesondere Prostatakarzinom und alle Folgen und Komplikationen einschliesslich Rezidiv, Metastasierung und Behandlungsfolgen (z. B. Operation, Chemo-, Strahlentherapie oder sonstige Therapiemassnahmen)
- Zuschlag 50% auf die Prämienbefreiung
- Erhöhung der Wartefrist für die Prämienbefreiung von 3 Monaten auf 2 Jahre

Dem Antragsteller wurde eingeräumt, dass nach Vorlage einer urologischen Abklärung der Entscheid überprüft werden könne.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz

Dr. med. Marcel Jost

Chefarzt Arbeitsmedizin, Suva Luzern

Dr. med. Claudia Pletscher

Leiterin Arbeitsmedizinische Vorsorge, Suva Luzern

Résumé

La Suva procède à près de 80 000 examens préventifs en médecine du travail selon les prescriptions de l'Ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnels (OPA). Actuellement en Suisse, ce sont plus de 260 000 travailleurs dans 19 000 entreprises environ qui profitent de cette prévention. Les examens préventifs se font sous la forme de quelque 40 programmes comprenant notamment la prévention médicale ciblée des troubles de l'ouïe effectuée avec 5 bus en tournée, appelés «audiomobiles». La division Médecine du travail de la Suva a pour fonction de décider de l'aptitude, de l'inaptitude ou de l'aptitude conditionnelle au travail chez les travailleurs dans toutes les entreprises de Suisse.

Zusammenfassung

Im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge werden in der Schweiz auf-

grund der Vorschriften der Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten VUV durch die Suva rund 80 000 Untersuchungen durchgeführt. In die Vorsorge aufgenommen werden Arbeitnehmende mit speziellen Risiken, wobei gegenwärtig über 260 000 Arbeitnehmende in rund 19 000 Betrieben erfasst werden. Die Vorsorgeuntersuchungen erfolgen in rund 40 Programmen, unter anderem auch mit Gehöruntersuchungen auf den 5 Audiomobilen der Suva, massgeschneidert auf die spezifischen Gefährdungen. Die Arbeitsmedizin der Suva ist für die Arbeitnehmenden in allen Betrieben der Schweiz für die Frage der Eignung und den Erlass einer Nichteignungsverfügung oder bedingten Eignungsverfügung zuständig.

Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen werden in der Schweiz aufgrund der Vorschriften der Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) durchgeführt (1, 2). Die Suva unterstellt einen Betrieb, einen Betriebsteil oder einen Arbeitnehmenden durch Verfügung den Vorschriften über die Arbeitsmedizini-

sche Vorsorge, bestimmt die Art der Untersuchungen, überwacht deren Durchführung und nimmt zur Eignung der Arbeitnehmenden Stellung. Die Unterstellung erfolgt zur Verhütung von Berufskrankheiten sowie zur Verhütung von in der Person der Arbeitnehmenden liegenden Unfallgefahren. Die Arbeitsmedizinische Vorsorge stellt damit eine Ergänzung der technischen Massnahmen der Berufskrankheiten- und Berufsunfallverhütung dar.

Ziele der Arbeitsmedizinischen Vorsorge und Unterstellungskriterien der Suva

Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen haben folgende Ziele (3–5):

- Erkennen von Arbeitnehmenden mit individuellen Risikofaktoren und einem damit verbundenen erhöhten Berufskrankheiten- oder Berufsunfallrisiko
- Frühzeitige Erfassung von beginnenden Berufskrankheiten
- Erkennen unzulässiger innerer Belastungen und Beanspruchungen vor dem Ausbruch einer Berufs-

krankheit durch ein biologisches Monitoring

- Frühzeitige Diagnose von Berufskrankheiten mit langer Latenzzeit durch nachgehende Untersuchungen auch nach Ende der Exposition – beispielsweise von durch berufliche Faktoren verursachten Krebserkrankungen
- Identifizieren von nicht bekannten oder erkannten Berufskrankheitsrisiken anhand kollektiver Auswertungen
- Erkennen allgemeiner medizinischer Probleme und Einleiten von angepassten Massnahmen.

Zu diesem Zweck werden Arbeitnehmende mit speziellen Risiken in die Arbeitsmedizinische Vorsorge aufgenommen. Spezielle Risiken liegen in folgenden Situationen vor:

- Spezielle Einwirkungen: Darunter sind beispielsweise Einwirkungen hoch toxischer oder krebserzeugender Arbeitsstoffe, Einwirkungen durch Arbeitsstoffe, die zu einer unmittelbaren Gefährdung der Arbeitnehmenden führen können, Expositionen mit gleichzeitig mehre-

ren Arbeitsstoffen oder Einwirkungen von Stoffen ohne Grenzwerte und ohne eingehende toxikologische Bewertungsmöglichkeit beim Menschen zu verstehen. Auch Überschreitungen von Grenzwerten oder Interventionswerten können Anlass zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen geben.

- **Spezielle Auswirkungen:** Anlass zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen geben auch Situationen, in denen eine spezielle Gefährdung von Arbeitnehmenden besteht. Beispiele sind die Möglichkeit einer besonderen Gefährdung bereits kurz nach Aufnahme einer Tätigkeit wie beispielsweise bei Überdruckerarbeiten, beim Tauchen oder bei Hitzearbeiten, die Möglichkeit der Verursachung von nicht reversiblen Krankheitsbildern wie Pneumokoniosen, anderen Atemwegserkrankungen oder Intoxikationen durch Schwermetalle sowie Expositionen, die nach einer Latenzzeit zu malignen Tumoren führen könnten. Besonders geeignet sind Vorsorgeuntersuchungen bei Arbeitnehmenden, bei denen beginnende

Berufskrankheiten durch Röntgenaufnahmen, Laboranalysen, Lungenfunktionsprüfungen oder Gehörprüfungen bereits in einem frühen Stadium vor dem erstmaligen Auftreten von Beschwerden erkannt werden können.

- **Spezielle Betriebsverhältnisse:** Diese ergeben sich im Einzelfall bei der Beurteilung der Arbeitsplätze.
- **Spezielle rechtliche Verpflichtungen:** Neben der VUV, welche beispielsweise bei Arbeiten mit Überdruck bereits vor der ersten Aufnahme einer Tätigkeit eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung verlangt, beinhalten auch die Strahlenschutzverordnung und die Kranverordnung Bestimmungen über die Arbeitsmedizinische Vorsorge.

Gegenwärtig werden über 260 000 Arbeitnehmende in rund 19 000 Betrieben im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge untersucht. Pro Jahr werden rund 80 000 Untersuchungen durch die Suva durchgeführt oder organisiert, wovon rund 40 000 Gehöruntersuchungen auf den Audiomobilen der Suva.

Ablauf der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Arbeitnehmende werden bei Eintritt respektive in bestimmten Situationen wie bei Tauchern, Arbeitnehmenden im Überdruck sowie Hitzearbeiten bereits vor der Arbeitsaufnahme sowie später in regelmässigen Intervallen untersucht. Gemäss Artikel 74 der VUV kann die Suva Untersuchungen auch nach Aufgabe der gesundheitsgefährdenden Arbeit anordnen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Nachuntersuchungen werden bei Arbeitnehmenden durchgeführt, welche gegenüber krebserzeugenden Stoffen exponiert gewesen sind, wie in den Programmen Asbest, aromatische Amine, Benzol, Vinylchlorid und Teer.

Nach einer Unterstellung eines Betriebes oder Betriebsteils unter die Vorschriften der Arbeitsmedizinischen Vorsorge veranlasst die Suva die Einladung zur Untersuchung. Die Betriebe sind dafür verantwortlich, dass die Vorsorgeuntersuchungen beim Betriebsarzt oder einem gemeinsam mit der Suva bestimmten, geeigneten Arzt durchgeführt werden. Die Fachärztinnen / Fachärzte der Abteilung Arbeitsmedizin beurteilen

die Untersuchungsbefunde und nehmen zum weiteren Vorgehen – wie allfälligen weiteren Abklärungen – und zur Eignung der Arbeitnehmenden Stellung. Die Daten der ärztlichen Untersuchungen verbleiben in der Suva und unterstehen den Vorschriften des Datenschutzes. Eine Eignungsmitteilung geht an den Betrieb; der Betrieb erhält auch die Angabe, wann die nächste Untersuchung durchzuführen ist.

Untersuchungsprogramme

Die Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge stellen keinen allgemeinen Check-up dar, sondern sie beinhalten eine Anamnese, die körperliche Untersuchung, Laborbefunde wie Blut- und Urinanalysen sowie weitere Untersuchungen wie Röntgen oder Lungenfunktionsprüfungen, welche massgeschneidert der möglichen Gefährdung von Arbeitnehmenden bei bestimmten Expositionen entsprechen. Für Arbeitnehmende mit chemischen Einwirkungen bestehen beispielsweise Untersuchungsprogramme für Chemiarbeit, organische Lösungsmittel, Blei und atemwegsreizende Stoffe. Arbeitnehmende mit Staubexpositionen werden

nach den Programmen Quarzstaub, Hartmetallstaub, Giessereien und allgemeine Stäube untersucht. Programme nach Einwirkungen gegenüber krebs-erzeugenden Stoffen werden – wie erwähnt – auch nach Ende der Exposition weitergeführt, so dass Arbeitnehmende mit Expositionen gegenüber Asbest, aromatischen Aminen, Benzol, Vinylchlorid oder Teer / Pech auch nach Ende der beruflichen Tätigkeit untersucht werden. Arbeitnehmende mit bestimmten physikalischen Einwirkungen werden im Rahmen der Vorsorge untersucht, wie Arbeitnehmende in Druckluft (Tauchen, Arbeiten in Überdruck), mit Hitzearbeit, mit Exposition zu ionisierenden Strahlen sowie bei Lärmexposition.

Als Beispiel kann die Arbeitsmedizinische Vorsorge auf den AlpTransit-Baustellen dargestellt werden. Die Arbeitnehmenden auf diesen Baustellen sind verschiedenen Gefährdungen ausgesetzt. Die Einwirkung von Quarzstaub kann zu einer Staublung, einer Silikose führen. Selten sind Arbeitnehmende im Untertag auch gegenüber Asbest exponiert. Bei ungenügender Lüftung können Abgasemissionen von Fahrzeugen und Maschinen oder aus Sprengschwaden

zu gesundheitlichen Gefährdungen führen, nämlich durch Einwirkung von Kohlenmonoxid, Ammoniak oder Nitrosen. Einwirkungen durch Bauchemikalien wie Epoxidharze oder Polyurethansysteme können Allergien der Atemwege oder der Haut verursachen, andere Bauchemikalien wie alkalische Beschleuniger können zu Verätzungen führen. Nicht zu vergessen sind Russpartikel von Dieselmotorabgasen, welche zu Atemwegsreizungen führen können. Weitere Beanspruchungen ergeben sich durch die körperliche Belastung, Lärm, Vibrationen sowie die Schichtarbeit. Ein besonderes gesundheitliches Risiko waren bei den Vortriebsarbeiten der AlpTransit-Baustellen die klimatischen Verhältnisse. Durch die hohe Überdeckung wurden in den zentralen Bauabschnitten Gesteinstemperaturen von 40 bis 50 Grad Celsius erreicht. Durch Wassereinbrüche, Wasserzutritte sowie den Einsatz von Wasser als Entstaubungs- und Kühlmittel bestand zudem eine hohe Luftfeuchtigkeit. Neben der Beurteilung der Klimaverhältnisse und technischen, organisatorischen und personenbezogenen Massnahmen für die Verhütung von Hitzeerkrankungen wurden die Arbeitnehmenden arbeitsmedizinisch un-

tersucht. Auf einer Grossbaustelle der AlpTransit Lötschberg mit 800 untersuchten Arbeitnehmenden beispielsweise konnte die Eignung bei 70 Arbeitnehmenden, das heisst bei knapp 10 %, erst aufgrund zusätzlicher fachärztlicher Untersuchungen beurteilt werden. Diese Untersuchungen betrafen vor allem Probleme von Herz / Kreislauf sowie von Lunge / Atemwegen. Aufgrund der Ergebnisse der weiteren Abklärungen musste bei 12 Arbeitnehmenden eine Nichteignungsverfügung erlassen werden, bei der Hälfte im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen, bei der anderen Hälfte im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den als geeignet beurteilten Arbeitnehmenden sind trotz der festgestellten Befunde keine gesundheitlichen Probleme aufgetreten. Die Notwendigkeit der weiteren Abklärungen, die Zahl der Nichteignungsverfügungen sowie der günstige Verlauf bei den als geeignet beurteilten Arbeitnehmenden zeigen den Nutzen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge für die Arbeitnehmenden dieser Baustelle auf.

Die Vorsorgeprogramme werden regelmässig überprüft und aktualisiert. So sind in den letzten Jahren die Untersu-

chungsprogramme für Asbestexposition, Quarz, Giessereien, inhalative Noxen und Tauchen überarbeitet worden (6). Neu wurden Untersuchungsprogramme für Einwirkungen durch Beryllium, polychlorierte Biphenyle (PCB), Nanopartikel sowie Hitzearbeit an industriellen Arbeitsplätzen ausgearbeitet und eingeführt.

Bis zum Jahr 2011 war eine wirksame arbeitsmedizinische Vorsorge für Arbeitnehmende mit Asbestexposition nur zur Erkennung und Überwachung von gutartigen Asbestberufskrankheiten und deren Folgen möglich. Eine wirksame arbeitsmedizinische Vorsorge für die Verringerung der Sterblichkeit durch Mesotheliome ist leider auch heute noch nicht möglich. Im Jahr 2011 wird aufgrund der Ergebnisse des National Lung Cancer Screening Trial (NLST), welche im August 2011 publiziert worden sind, die Arbeitsmedizinische Vorsorge für ehemals asbestexponierte Arbeitnehmende mit einem Computertomographie-Screening ergänzt. Der NLST hatte aufgezeigt, dass durch ein jährliches CT-Screening von Personen mit deutlich erhöhtem Lungenkrebsrisiko unter den definierten Studienbedingungen die lungenkrebs-

spezifische Mortalität um 20 % gesenkt werden kann (7). Aufgrund der NLST-Studie kann bei Personen mit deutlich erhöhtem Lungenkrebsrisiko die Anwendung der Low Dose-Spiral-Computertomographie das Sterblichkeitsrisiko senken. Die gegenüber einem üblichen Röntgenbild höhere Strahlenbelastung scheint in Anbetracht der besseren und früheren Erkennbarkeit krankhafter Befunde vertretbar. Die Suva empfiehlt deshalb Personen im Alter von 55 bis 75 Jahren ein CT-Screening, wenn durch die Exposition gegenüber Asbest allein oder durch Asbest und Rauchen kombiniert ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko vorliegt, das den Einschlusskriterien des NLST (Rauchen von 30 Paket-Jahren) entspricht.

Biologisches Monitoring

Arbeitnehmende werden bei Einwirkungen beispielsweise durch Blei, Quecksilber, Cadmium, Kobalt, Toluol, Xylol, Styrol, Trichlorethen oder Methylethylketon im Rahmen des biologischen Monitoring überwacht. Unter biologischem Monitoring versteht man die Beurteilung der Exposition von Arbeitnehmenden gegenüber chemischen Arbeitsstoffen

durch Bestimmung des Arbeitsstoffes, von Metaboliten oder eines körpereigenen Parameters, der durch den Arbeitsstoff beeinflusst wird, im biologischen Material wie Blut, Urin oder Ausatemungsluft. Durch das Biomonitoring kann die innere Belastung durch einen Arbeitsstoff oder eine Beanspruchung als Reaktion des Organismus auf den Arbeitsstoff beurteilt werden. Dabei geht man von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Konzentration des Arbeitsstoffes in der Luft und der Wirkung am Zielorgan aus, welche für die Mehrzahl der Arbeitnehmenden gültig ist. Beim biologischen Monitoring werden alle Aufnahmewege eines Arbeitsstoffes erfasst, also nicht nur Inhalation, sondern auch die Aufnahme über die Haut oder den Magen-Darm-Trakt (8–11).

Die bei den Arbeitnehmenden erhobenen Konzentrationen von Arbeitsstoffen oder Metaboliten werden mit dem biologischen Arbeitsstofftoleranzwert (BAT-Wert) verglichen. BAT-Werte werden wie die MAK-Werte (Maximale Arbeitsplatzkonzentration) in der Grenzwertliste der Suva im Einvernehmen mit der Grenzwertkommission der Suissepro publiziert (12). Der BAT-Wert beschreibt

die arbeitsmedizinisch-toxikologisch abgeleitete Konzentration eines Arbeitsstoffes, seiner Metaboliten oder eines Beanspruchungsindikators im entsprechenden biologischen Material, bei dem im allgemeinen die Gesundheit eines Beschäftigten auch bei wiederholter und langfristiger Exposition nicht beeinträchtigt wird. BAT-Werte beruhen auf einer Beziehung zwischen der äusseren und inneren Belastung oder zwischen der inneren Belastung und der dadurch verursachten Wirkung des Arbeitsstoffes. Der BAT-Wert gilt als überschritten, wenn bei mehreren Untersuchungen einer Person die mittlere Konzentration des Parameters oberhalb des BAT-Wertes liegt. Messwerte über dem BAT-Wert müssen arbeitsmedizinisch-toxikologisch bewertet werden. Gegenwärtig werden in der Schweiz pro Jahr rund 10 000 biologische Analysen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge durchgeführt.

Medizinische Gehörschadenprophylaxe

Berufslärmexponierte Personen werden periodisch auf ihre Eignung für Arbeiten im Lärm untersucht und über das per-

sönliche Hörvermögen, die Gefährdung bei Arbeiten im Lärm und die entsprechenden prophylaktischen Massnahmen informiert (13). Die Suva führt die Gehöruntersuchungen auf fünf Audiomobilen durch. Gegenwärtig werden rund 40 000 Arbeitnehmende pro Jahr untersucht. Das Untersuchungsintervall beträgt rund 5 Jahre; bei besonderen Befunden werden zusätzliche Gehöruntersuchungen nach der Hälfte dieses Intervalls durchgeführt. Eine Pflicht zur Untersuchung besteht für Arbeitnehmende, die bei ihrer Arbeit Lärmpegeln L_{EX} von 88 dB(A) oder mehr ausgesetzt sind. Anrecht auf die Untersuchung haben alle Arbeitnehmenden, die bei Lärmexpositionspegeln L_{EX} zwischen 85 und 87 dB(A) arbeiten. Auf dem Audiomobil werden die Arbeitnehmenden mit einem Film über die Gefährdung durch Lärm und die Schutzmassnahmen informiert. Nach einer Befragung findet eine Hörprüfung zur Beurteilung des individuellen Hörvermögens in einer schallarmen Kabine mit einem Reinton-Audiometer statt. Die individuelle Hörschwelle wird für die Frequenzen 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 und 8000 Hz bestimmt. Das Audiogramm wird im Vergleich zur Altersreferenzkurve erstellt

und mit dem Arbeitnehmenden besprochen. Seit 2011 wird bei besonderen Indikationen auf dem Audiomobil zudem eine Videootoskopie durchgeführt, damit die ORL-Fachärzte über zusätzliche Kriterien für die Eignungsbeurteilung verfügen. Nach einer persönlichen Information der Arbeitnehmenden wird auch Zustand und Wirksamkeit des Gehörschutzes überprüft und der Arbeitnehmende über dessen korrekte Anwendung instruiert.

Die medizinische Berufsunfallprophylaxe

Die medizinische Berufsunfallprophylaxe hat zum Ziel, bei Arbeitnehmenden mit Gesundheitsproblemen, die zu einer erheblich erhöhten Unfallgefährdung führen könnten, die Eignung für die aktuelle Tätigkeit zu beurteilen (14). Gemäss Art. 79 der VUV haben Durchführungsorgane der Arbeitssicherheit, Versicherer und Arbeitgeber der Suva Arbeitnehmende zu melden, bei denen sie die Vorschriften über den Ausschluss für individuell anwendbar halten, das heisst bei denen eine erhöhte Unfallgefährdung aufgrund gesundheitlicher Probleme zu vermuten ist. Gefährdende

Arbeiten sind vor allem Arbeiten mit Absturzgefahr sowie Arbeiten mit der Gefahr, bei Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen von einer laufenden Maschine erfasst zu werden, Arbeiten, bei denen eine nahende Gefahr mit den Augen oder dem Gehör erkannt werden muss, und Arbeiten, bei denen bei einer Gefahr eine rasche Flucht möglich sein muss. Gesundheitsprobleme, welche zu einer erheblich erhöhten Gefährdung in solchen Situationen führen können, sind Bewusstseinsstörungen, beispielsweise durch kardiovaskuläre oder neurologische Leiden, Seh- oder Gehörstörungen sowie Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen, die eine Flucht vor einer Unfallgefahr erheblich erschweren würden.

Regelmässige Untersuchungen im Rahmen der medizinischen Berufsunfallverhütung werden für bestimmte Kranführer aufgrund der Kranführerverordnung sowie für Arbeitnehmende, welche in Kernanlagen mit Schutzanzügen arbeiten müssen, durchgeführt. Aufgrund der Arbeitsplatzbeurteilung sowie der medizinischen Befunde und Abklärungen prüfen die Fachärztinnen / Fachärzte der Arbeitsmedizin der Suva, ob Arbeitnehmende, welche im Rahmen der Melde-

pflicht untersucht werden, für die Fortführung der aktuellen Tätigkeit geeignet bleiben.

Eignungsbeurteilung

Aufgrund der Arbeitsplatzsituation sowie der medizinischen Befunde der Vorsorgeuntersuchungen beurteilen die Fachärztinnen / Fachärzte der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva abschliessend die Eignung der Arbeitnehmenden. Gemäss Art. 78 VUV kann die Suva durch Verfügung einen Arbeitnehmenden von der gefährdenden Arbeit ausschliessen (Nichteignung) oder seine Beschäftigung bei dieser Arbeit unter bestimmten Bedingungen zulassen (bedingte Eignung) (15). Eine Nichteignungsverfügung kann nur dann erlassen werden, wenn der Arbeitnehmende bei der weiteren Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit einer erheblichen Gefährdung ausgesetzt ist. Die Nichteignungsverfügung kann befristet oder dauernd erlassen werden. Der Erlass solcher Personenverfügungen ist nur bei obligatorisch UVG-versicherten Arbeitnehmenden möglich, nicht hingegen bei Selbstständigerwerbenden.

Im Mittel werden rund 300 bis 350 Nichteignungsverfügungen pro Jahr erlassen, wobei in den drei vergangenen Jahren am häufigsten Nichteignungsverfügungen für Arbeiten mit Exposition gegenüber Getreidemehlstaub, Epoxidharzen, Kühlschmiermitteln und Mineralölen, Coiffeurstoffen und Isozyanaten ausgesprochen wurden. Rund die Hälfte der Nichteignungsverfügungen betrifft Berufskrankheiten der Haut, die andere Hälfte Berufskrankheiten der Atemwege. Nichteignungsverfügungen im Rahmen der medizinischen Berufsunfallverhütung beziehen sich am häufigsten auf Arbeiten mit Absturzgefahr wie Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern und Podesten. Auch Arbeiten, bei denen Körperteile durch rotierende Maschinenelemente erfasst werden können, oder Arbeiten bei denen eine nahende Gefahr akustisch oder visuell erkannt werden muss, sind immer wieder Gegenstand von Nichteignungsverfügungen.

Im Rahmen der Audiometrie werden pro Jahr rund 2500 bedingte Eignungsverfügungen erlassen, in denen die Arbeitnehmenden verpflichtet werden, bei Lärmexpositionen Gehörschutz zu tragen.

Den Arbeitnehmenden stehen nach dem Erlass einer Nichteignungsverfügung oder bedingten Eignungsverfügung eine persönliche Beratung durch die Suva sowie Übergangsleistungen durch den zuständigen UVG-Versicherer zu. Bei erheblichem Minderverdienst, gemäss Gerichtspraxis mindestens 10%, wird Übergangstaggeld ausgerichtet; die Höhe des Übergangstaggeldes entspricht dem Taggeld nach Art. 17 Abs. 1 UVG, der Anspruch besteht für längstens 4 Monate. Eine Übergangsentschädigung gemäss Art. 86 bis 88 VUV kommt auf Antrag des Versicherten und bei bestimmten Voraussetzungen im Anschluss an das Übergangstaggeld während höchstens 4 Jahren zur Auszahlung. Die Übergangsentschädigung in der Höhe von 80% der Lohneinbusse wird ausgerichtet, wenn der Minderverdienst über die Dauer eines Jahres mindestens 10% beträgt, wenn in den letzten 2 Jahren vor Erlass einer Nichteignungsverfügung/bedingten Eignungsverfügung mindestens 300 Tage Expositionszeit bestand und wenn der Versicherte innerhalb von 2 Jahren, nachdem die Verfügung in Rechtskraft erwachsen oder ein Anspruch auf Übergangstaggeld erloschen ist, beim zuständigen UVG-Versicherer

ein Gesuch für Übergangsentschädigung stellt. Für Fragen der Berufsberatung und Umschulung nach einer Nichteignungsverfügung ist die Invalidenversicherung zuständig. Eine Anmeldung bei der IV ist deshalb angezeigt.

eProphylaxe: elektronische Abwicklung der Vorsorge

Seit 2009 baut die Arbeitsmedizin der Suva ein Kundenportal zum elektronischen Austausch von Daten zwischen Betrieben, Ärzten und Labors und dem Bereich Arbeitsmedizinische Vorsorge auf. Damit sollen die Prozessabläufe für Betriebe, Ärzte, Labors und die Suva vereinfacht werden. 2010 wurde die erste Etappe der eProphylaxe produktiv geschaltet. Gegenwärtig sind 17 Betriebe mit 10 000 Arbeitnehmenden angeschlossen. Mit der Realisierung dieser ersten Etappe des elektronischen Datenaustausches zwischen Betrieben und Suva können Ein- und Austritte sowie Abwesenheiten von Arbeitnehmenden gemeldet, die Listen für die zu untersuchenden Arbeitnehmenden online abgerufen und administrative Details angezeigt werden. Die zweite Etappe beinhaltet die Anbindung des Labors für

das Biomonitoring. Diese wurde im Sommer 2011 teilweise produktiv geschaltet. Im Rahmen der dritten Etappe wird bis zum Jahr 2013 die Erfassung der medizinischen Daten realisiert, so dass die untersuchenden Ärzte ihre Untersuchungsergebnisse direkt in das Kundenportal eingeben können.

Bibliographie

1. Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG)
2. Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Verordnung über Unfallverhütung, VUV)
3. Jost M.: Die Arbeitsmedizinische Vorsorge – Ihr Beitrag zur Berufskrankheitenverhütung. EKAS Mitteilungsblatt 2001; 48: 2–8
4. DGUV: Arbeitsmedizinische Vorsorge. Gentner Verlag Stuttgart
5. Koh D., Aw T.C.: Surveillance in Occupational Health. Occup Environ Med 2003; 60: 705–710
6. Rügger M.: Neugestaltung der Arbeitsmedizinischen Vorsorge von Tauchern und Überdruckerarbeiten. Medizinische Mitteilungen der Suva 2009; 79: 50–59
7. The National Lung Screening Trial Research Team: Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. N Engl J Med 2011; 365:395–409
8. Lauwerys R.R., Hoet P.: Industrial Chemical Exposure, Guidelines for Biological Monitoring. Lewis Publishers
9. Biologisches Monitoring in der Arbeitsmedizin. Herausgeber Arbeitsgruppe Aufstellung von Grenzwerten im biologischen Material. Gentner Verlag Stuttgart
10. Angerer J. et al.: Human biomonitoring as-

- assessment values: Approaches and data requirements. *Int J Hyg Environ Health* 2011; 214: 348–360
11. Jost M., Pletscher C.: Biologisches Monitoring und biologische Arbeitsstofftoleranzwerte. *Medizinische Mitteilungen der Suva* 2009; 79: 28–39
 12. Suva: Grenzwerte am Arbeitsplatz, Form 1903 (erscheint jährlich)
 13. Matéfi L.: Berufslärmschwerhörigkeit. *Schweiz Med Forum* 2002; 11: 255–260
 14. Jost M., Pletscher C.: Die medizinische Berufsunfallprophylaxe. *Suva Medical* 2011: 48–55
 15. Jost M., Rast H.: Eignungsbeurteilung nach UVG: Nichteignungsverfügung / Bedingte Eignungsverfügung. *Therapeutische Umschau* 2007; 64: 437–442

Risikomanagement für Ärzte

Andrea Thalmann-Manser

Senior Product Underwriter, Underwriting,
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

Marion Parry Meier

lic. iur., Schadenspezialistin Medical Claims,
Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

Zusammenfassung

Frei praktizierende Ärzte sind nicht nur medizinische Experten, sondern auch Unternehmer. Als solche sind sie und ihre Arztpraxen ebenso von klassischen Unternehmensrisiken betroffen wie Firmen aus anderen Branchen. Dieser Beitrag möchte kurz und anhand von Beispielen die zentralen Risiken aufzeigen. Im Wesentlichen geht es dabei um die drei Kategorien Finanzrisiken, strategische Risiken und operationelle Risiken. Weiter sollen mögliche Absicherungsmaßnahmen gegen die Risiken vorgestellt werden, wobei das Augenmerk auf die Berufshaftpflichtversicherung gelegt wird.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Unternehmensrisiken im Allgemeinen sowie deren Ausprägungen:

Unternehmensrisiken

Risikoarten	Ausprägungen
Finanzrisiken	Investitionen, Kreditkonditionen, Liquidität etc.
Strategische Risiken	Wettbewerbsumfeld (Versäumen von technischen Fortschritten und von Veränderungen im Markt)
Operationelle Risiken	Sämtliche betrieblichen Risiken, die einem Unternehmen einen Schaden verursachen können, wie z. B. Haftpflichtansprüche, Unfall / Krankheit (Lohnausfall), Sachschäden (Betriebsunterbrechung, Elementarschäden)

Für frei praktizierende Ärzte können sich diese Risiken wie folgt auswirken:

Unzureichende Finanzkontrolle

Viele Ärzte wollen sich nicht als Buchhalter sehen und sind sich oftmals der finanziellen Risiken nicht bewusst. Eine ungenügende Finanzkontrolle ist auch für eine Arztpraxis existenzbedrohend. Ein Teu-

felskreis kann entstehen, wenn Patienten die Bezahlung immer weiter hinauszögern, die Arztpraxis aber aus Angst, Patienten zu verärgern, zu lange mit Inkassomassnahmen zu wartet und gleichzeitig zu grosszügig mit dem Firmenaufwand umgeht. Die Möglichkeit zu Ratenzahlungen kann hierbei ein wichtiges Element sein, ebenso die Beauftragung eines externen Inkassobüros.

Strategische Risiken

Strategische Risiken sind vor allem das Versäumen von technischen Fortschritten und von Veränderungen im Markt. Da medizinisches Personal zur ständigen Weiterbildung gezwungen und sich im Allgemeinen dieser Problematik bewusst ist, sind Ärzte hierbei von strategischen Risiken weniger betroffen als Unternehmer in anderen Geschäftsfeldern.

Vernachlässigt behandelte operationelle Risiken

Operationelle Risiken ergeben sich aus der laufenden Geschäftstätigkeit. Verursacher sind ineffiziente Prozesse, Systeme oder das Fehlverhalten von Personen. Da die operationellen Risiken nur

schwierig messbar sind, werden sie besonders in kleineren Unternehmen vernachlässigt behandelt. Zu Unrecht, denn kein Unternehmen ist vor solchen Gefahren geschützt. Beispiel für ein Betriebsrisiko ist etwa der Computerausfall (Betriebsunterbrechung), der eine Arztpraxis tagelang lahmlegen kann. Neben Sachschäden sind vor allem auch Haftpflichtansprüche operationelle Risiken. Im Folgenden werden drei Fallbeispiele aus der Praxis vorgestellt:

Organisationsfehler 1: Zahnarztbesuch mit Folgen

Herr Hans Muster sucht zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung seinen Zahnarzt auf. Nach erfolgter Inspektion der Mundhöhle fordert der Zahnarzt Herrn Muster auf, seinen Mund mit bereitgestelltem Spülmittel zu spülen. Das Spülmittel schäumt, Herr Muster muss husten, spuckt die Lösung aus und berichtet über eigenartige Schmerzen im gesamten Mund. Er kann nicht mehr schlucken und entwickelt über die nächsten Tage eine irreversible Ageusie. Wie sich herausstellt, wurde bei der Bestellung des Spülmittels fälschlicherweise ein Desinfektionsmittel für die

Geräte als Spülmittel für den Mund bestellt. Herr Muster erhält von der Unfallversicherung eine Integritätsentschädigung ausbezahlt und hat Anspruch auf eine Genugtuung für die lebenslängliche Beeinträchtigung. Diese Genugtuung wird von der Haftpflichtversicherung des Zahnarztes übernommen. Die gesamten Aufwendungen beider Versicherer belaufen sich auf mehrere zehntausend Franken.

**Organisationsfehler 2:
Biopsie-Material vertauscht –
unnötige Chemotherapie**

Frau Maria Muster stellt sich bei ihrem Gynäkologen für die Jahreskontrolle vor. Dabei wird bei der Mammographie ein verdächtiger Knoten entdeckt. Einige Tage später entnimmt der Arzt bei Frau Muster und einer weiteren Patientin Gewebe, um diese im Labor untersuchen zu lassen. Beim Versand der Aufträge verwechselt er die Namen der Patientinnen. Frau Muster unterzieht sich im Hinblick auf eine die Brust erhaltende Operation einer neo-adjuvanten Chemotherapie. Anlässlich einer später durchgeführten Kontrolluntersuchung wird festgestellt, dass bei ihr kein Karzinom vorliegt – durch die

Namensverwechslung wurde der falschen Patientin die schlechte Nachricht mitgeteilt. Für die aus der Bestrahlung entstandenen Schäden (Heilungskosten, Haushaltschaden durch Einschränkungen bei den Haushaltarbeiten infolge von Müdigkeit sowie Erwerbsausfall) verlangt Frau Muster Schadenersatz sowie eine Genugtuung für die Zeit der Angst und Ungewissheit. Die Kosten der involvierten Versicherer sind im sechsstelligen Bereich.

Die zweite Patientin hat durch die verlorene Zeit ihre Chancen auf eine Brust erhaltende Operation verloren. Ein Gutachten kommt zum Schluss, dass eine Brusterhaltung möglich gewesen wäre, hätte die korrekte Therapie rechtzeitig begonnen. Infolge der Verzögerung verliert sie ihre Brust und benötigt eine Brustprothese. Sie verlangt Schadenersatz und Genugtuung in fünfstelliger Höhe.

**Aufklärungspflichtverletzung und
unsorgfältiger Eingriff:
Exzision eines verdächtigen Knotens
führt zu Accessoriusparese**

Frau Rosa Muster lässt sich von ihrem Hausarzt bei der jährlichen Kontrolle ei-

nen kleinen, derben Knoten am Nacken entfernen, damit dieser histologisch untersucht werden kann. Der Arzt klärt seine Patientin nicht über mögliche Risiken dieses Eingriffs auf, da er diesen als alltäglich betrachtet. Zudem ist er der Meinung, nur bei «richtigen», also grösseren Eingriffen müsse ausführlich aufgeklärt werden. Bei der Exzision wird der Nervus accessorius verletzt. Frau Muster erhebt den Vorwurf, der Arzt habe unsorgfältig gehandelt, ansonsten die Nervenverletzung nicht eingetreten wäre. Hätte sie zudem um das Risiko einer Nervenverletzung gewusst, hätte sie den Knoten nicht von ihm entfernen lassen. Nun klagt sie über Schmerzen im ganzen Arm und über eine Einschränkung in der Beweglichkeit. Es wird eine komplette axonale Schädigung des Nervus accessorius links festgestellt. Frau Muster ist bei ihrer Arbeit als Hausfrau stark eingeschränkt und macht einen Haushaltschaden sowie Genugtuung geltend. Die Gesamtkosten belaufen sich auf mehrere zehntausend Franken.

Berufshaftpflicht

Die Berufshaftpflichtversicherung hat die Ärzte in den oben geschilderten drei

Beispielen vor einem möglichen finanziellen Ruin bewahrt. Sie deckt im Wesentlichen Schadenersatzzahlungen (Heilungskosten, Erwerbsausfall, Haushaltsschaden, Genugtuung etc.). Weiter werden die Kosten für die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie für die Schadenabwicklung vom Versicherer übernommen.

Auch über die Dauer der selbständigen Tätigkeit hinaus muss der Arzt sich gegen Schadenersatzansprüche versichern, wenn er nicht nach der Pensionierung selbst für Schadenersatzzahlungen aufkommen möchte. Denn die Versicherungsdeckung richtet sich bei den meisten Versicherungsgesellschaften nicht nach dem Zeitpunkt, in dem der Arzt eine Behandlung vorgenommen hat, sondern nach dem Zeitpunkt, in dem er erstmals vom Schaden Kenntnis erhält (sogenanntes Claims-Made-Prinzip). Bei Verjährungsfristen von bis zu 10 Jahren kann ein Patient aber auch Jahre nach der Geschäftsaufgabe des Arztes Schadenersatzansprüche geltend machen. Es ist daher essentiell, dass ein Arzt bei Berufs- sowie Geschäftsaufgabe eine so genannte Nachrisikodeckung abschliesst, welche

für diese Fälle der gesetzlichen Verjährungsfrist von 10 Jahren aufkommt.

Die Berufshaftpflicht für Ärzte gewinnt zunehmend an Bedeutung. So äussert sich die steigende Anspruchsmoralität der Gesellschaft in einem ausgeprägten Verlangen nach materieller Abgeltung. Medienberichte aus dem In- und Ausland fördern diese Tendenz.

Die Folge: Die Fallzahlen steigen, und auch Grossschäden mit einem Betrag von mehr als 1,5 Millionen Franken Schadensumme sind keine Seltenheit mehr. Und die Aufwendungen für die juristisch gestützte Abwehr von unberechtigten Forderungen nehmen somit laufend zu.

Im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe ist verankert, dass selbstständig tätige Ärzte «eine Berufshaftpflichtversicherung nach Massgabe der Art und des Umfanges der Risiken, die mit ihrer Tätigkeit verbunden sind», abzuschliessen oder andere, gleichwertige Sicherheiten zu erbringen haben (Art. 40 lit. h des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) vom 23. Juni 2006 [Stand 1. September 2007]). Der ursprüngliche Gesetzesentwurf hatte sogar

die Berufshaftpflichtversicherung als Bewilligungsvoraussetzung angesehen.

Im momentanen Marktumfeld wird je nach medizinischer Fachrichtung vorwiegend eine Versicherungssumme für die Berufshaftpflicht für Ärzte von 5 oder 10 Millionen Franken gewünscht.

Fazit

Die Geschäftsrisiken für Arztpraxen / Ärzte-Gemeinschaften sind vielfältig. Wer sie als Praxisinhaber vernachlässigt, kann trotz hervorragenden medizinischen Fachkenntnissen und einem ausgezeichneten Patientenangebot scheitern. Denn eine Arztpraxis zu führen, bedeutet auch, Unternehmer zu sein. Wer sich der Risiken bewusst ist, kann für die richtigen Absicherungen sorgen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Berufshaftpflicht für Ärzte zu. Daneben dürfen auch Versicherungsarten nicht vergessen gehen, die in Unternehmen jeder Branche gefordert sind. Es kann hilfreich sein, bei der Wahl der nötigen Versicherungen Fachpersonen beizuziehen.

Hinweis: Die Broschüre «Aufklärungspflicht bei medizinischer Behandlung»

des SVV enthält weitere Informationen zur medizinischen Aufklärung und deren Umfang sowie zur Entwicklung der Ärz-tehaftung. Sie kann unter «www.svv.ch › Publikationen › Versicherungsmedizin» als PDF heruntergeladen oder bestellt werden.

Gestion des risques pour les médecins

Andrea Thalmann-Manser

Senior Product Underwriter, Underwriting,
Zurich Compagnie d'Assurances SA

Marion Parry Meier

lic. iur., experte en sinistres Medical Claims,
Zurich Compagnie d'Assurances SA

Résumé

Les médecins praticiens libéraux ne sont pas seulement des experts médicaux mais aussi des entrepreneurs. Dans ce sens, leurs cabinets sont exposés aux mêmes risques d'entreprise classiques que des firmes actives dans d'autres branches. À l'aide de quelques exemples, cette contribution présente brièvement les principaux risques encourus qui se répartissent essentiellement en trois catégories: les risques financiers, les risques stratégiques et les risques opérationnels. Nous traitons enfin des possibilités de s'assurer contre ces risques au moyen en particulier de l'assurance responsabilité civile professionnelle.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des risques d'entreprise et de leurs caractéristiques:

Risques d'entreprise

Types de risques	Caractéristiques
Risques financiers	Investissements, conditions de crédit, liquidités, etc.
Risques stratégiques	Environnement concurrentiel (méconnaissance des progrès techniques et de l'évolution du marché)
Risques opérationnels	Tous les risques d'exploitation pouvant être à l'origine de sinistres dans une entreprise tels que des prétentions en responsabilité civile, accident / maladie (perte de gain), dommages matériels (interruption d'exploitation, dommages élémentaires)

Ces risques peuvent avoir les conséquences suivantes pour les médecins praticiens libéraux:

Contrôle financier insuffisant

De nombreux médecins ne se veulent pas comptables au premier chef et il ar-

rive souvent qu'ils méconnaissent les risques financiers. Un contrôle financier insuffisant peut menacer l'existence d'un cabinet médical. Un cercle vicieux peut s'instaurer lorsque des patients renvoient toujours à plus tard le règlement des factures et que le médecin craignant de les indisposer attend trop longtemps pour mettre en œuvre des mesures d'encaissement et laisse parallèlement gonfler ses frais d'entreprise. Un recours aux paiements échelonnés ou à un bureau externe d'encaissement peut alors se révéler très utile.

Risques stratégiques

La méconnaissance des progrès techniques et de l'évolution du marché constitue les principaux risques stratégiques. Mais comme le personnel médical est contraint de suivre régulièrement des formations continues, les médecins sont moins exposés à ce type de risque que les entrepreneurs actifs dans d'autres branches.

Le manque d'attention prêtée aux risques opérationnels

L'activité professionnelle courante est

exposée aux risques opérationnels résultant notamment de processus, de systèmes inefficients ou du comportement inadapté de personnes. Il est difficile de mesurer ces risques et c'est pourquoi on y prête peu attention, particulièrement dans les petites entreprises. A tort pourtant, car aucune entreprise n'échappe à de tels risques. On peut nommer par exemple la défaillance d'un ordinateur pouvant entraîner une interruption d'exploitation et paralyser un cabinet médical des journées entières. Aux risques opérationnels appartiennent, en plus des dommages matériels, les prétentions en responsabilité civile surtout, dont nous présentons trois exemples:

Erreur d'organisation 1: visite chez le dentiste entraînant des séquelles

Monsieur XXX consulte son dentiste pour un examen préventif. Après avoir inspecté la cavité buccale du patient, le dentiste lui demande de se rincer la bouche avec un produit de rinçage déjà préparé. Ce produit mousse, monsieur XXX doit tousser, crache la solution et fait part de douleurs bizarres dans toute la bouche. Il n'arrive plus à déglutir et,

au cours des jours suivants, il développe une agueusie irréversible. Il s'avère qu'au lieu d'un produit de rinçage pour la bouche on a commandé par erreur un désinfectant pour les instruments comme solution pour la bouche. L'assurance-accident verse à monsieur XXX une indemnité pour atteinte à l'intégrité et il a droit à une réparation pour le préjudice matériel à vie dont il souffre. Cette réparation est prise en charge par l'assurance responsabilité civile du dentiste. Les dépenses totales des deux assureurs s'élèvent à plusieurs dizaines de milliers de francs.

***Erreur d'organisation 2:
confusion de matériel de biopsie –
chimiothérapie inutile***

Madame XY se présente chez son gynécologue pour un contrôle annuel; la mammographie met en évidence un nodule suspect. Quelques jours plus tard, ce praticien effectue un prélèvement tissulaire chez madame XY et chez une autre patiente, et les envoie à un laboratoire aux fins d'analyse. Ce faisant, il confond les noms des patientes. Madame XY subit une thérapie néoadjuvante en vue d'une chirurgie conserva-

trice du sein. À l'occasion d'un examen de contrôle ultérieur, on s'aperçoit qu'elle ne présente en réalité pas de carcinome – la confusion des noms a fait que la mauvaise nouvelle a été annoncée à la mauvaise patiente. Madame XY réclame un dédommagement pour les dommages résultant de la radiothérapie (frais de traitement, préjudice ménager résultant de limitations dans le travail dues à la fatigue, perte de gain), ainsi qu'une réparation pour la période d'angoisse et d'incertitude qu'elle a vécue. Les sommes déboursées par les assureurs impliqués dans cette affaire sont à six chiffres.

En raison du temps perdu, la seconde patiente a quant à elle perdu l'occasion de bénéficier d'une chirurgie conservatrice du sein. Une expertise conclut que le sein aurait pu être conservé si un traitement correct avait été entrepris en temps utile. Ce retard a pour conséquence la perte de son sein et la réalisation d'une prothèse mammaire. Elle réclame un dédommagement et une réparation qui se chiffrent en dizaines de milliers de francs.

Manquement au devoir d'information et opération mal effectuée: excision d'un nodule suspect provoquant une parésie du nerf accessoire

A l'occasion d'un contrôle annuel chez son médecin de famille, madame XYZ se fait retirer un petit nodule ferme au niveau de la nuque, afin que celui-ci puisse être examiné histologiquement. Le médecin n'informe pas sa patiente des risques éventuels liés à cette intervention, car il considère ceci comme un geste ordinaire. Il estime par ailleurs que les patients ne doivent être informés en détail que pour les «vraies» opérations, c'est-à-dire pour les opérations importantes. Lors de l'excision du nodule, il lèse le nerf accessoire. Madame XYZ reproche à son médecin d'avoir commis une négligence, sans quoi le nerf n'aurait pas été lésé. De plus, si elle avait été dûment informée du risque de lésion nerveuse encouru, elle ne lui aurait pas laissé le soin de procéder à l'ablation du nodule. Elle se plaint à présent de douleurs dans tout le bras et d'une limitation de la mobilité. On diagnostique une lésion axonale complète du nerf accessoire gauche. Madame XYZ est fortement limitée dans son travail de ménagère; elle invoque un préjudice

ménager et demande réparation. Les frais totaux s'élèvent à plusieurs dizaines de milliers de francs.

Responsabilité civile professionnelle

Dans ces trois exemples, la protection contre une ruine financière potentielle des médecins est garantie par l'assurance responsabilité civile professionnelle. Elle couvre essentiellement les paiements à titre de dommages et intérêts tels que les frais de guérison, les pertes de gain, le préjudice ménager, la réparation morale, etc. De plus, l'assureur prend en charge les coûts liés à la défense contre des prétentions injustifiées ainsi qu'à la gestion des sinistres.

Le médecin doit en outre se protéger contre des prétentions en dommages-intérêts survenant après qu'il a cessé son activité indépendante, s'il ne veut pas en répondre lui-même après avoir pris sa retraite. Car la plupart des assureurs ne tiennent pas compte dans leur couverture d'assurance du moment où le médecin a effectué le traitement mais du moment où il prend pour la première fois connaissance du dommage (ce que l'on dénomme le principe «claims

made»). Un délai de prescription pouvant aller jusqu'à 10 ans permet à un patient de faire valoir des prétentions en dommages-intérêts bien après que le médecin a arrêté ses activités. Il est essentiel pour cette raison que le médecin soit en possession d'une assurance couvrant les risques subséquents à une cessation de cabinet ou d'activité professionnelle, c'est-à-dire pendant toute la durée du délai légal de prescription de 10 ans.

La responsabilité civile professionnelle pour les médecins gagne de plus en plus en importance, et ce parallèlement à la présence croissante dans notre société d'une mentalité d'ayants droit particulièrement exigeant en matière de réparations matérielles, une tendance qui est encouragée par la publicité médiatique accordée à cette thématique en Suisse et à l'étranger.

Avec pour conséquence que le nombre des cas augmente et qu'il n'est plus rare de rencontrer de gros sinistres dont le montant s'élève à plus d'un million et demi de francs. De même, les frais pour la défense juridique contre des exigences injustifiées ne cessent de croître.

L'article 40 let. h de la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires stipule que les médecins indépendants doivent «conclure une assurance responsabilité civile professionnelle offrant une couverture adaptée à la nature et à l'étendue des risques liés à leur activité ou fournir des sûretés équivalentes» (LPMéd du 23 juin 2006, état au 1^{er} septembre 2007). On avait même pensé dans le projet de loi à faire dépendre l'octroi de l'autorisation de pratiquer de la possession d'une assurance responsabilité civile professionnelle.

Selon les domaines de spécialité, la somme souhaitée d'assurance pour la responsabilité civile professionnelle pour les médecins est actuellement de 5 ou de 10 millions de francs.

Conclusion

Les risques d'entreprise pour les médecins praticiens / les cabinets collectifs de médecins sont nombreux et, à les négliger, le médecin malgré ses hautes capacités médicales et une clientèle excellente peut échouer dans la conduite de son cabinet. Car un cabinet médical nécessite également la présence d'un

entrepreneur conscient des risques encourus, s'assurant en conséquence et reconnaissant en particulier l'importance primordiale de l'assurance responsabilité civile professionnelle. Il importe de ne pas oublier que chaque domaine d'activités exige divers types d'assurance et, de ce point de vue, il peut être utile de se faire conseiller par un spécialiste dans le choix des assurances nécessaires

A titre indicatif: la brochure «Aufklärungspflicht bei medizinischer Behandlung» de l'ASA (en allemand seulement) contient d'autres renseignements sur le devoir d'information et sur son étendue ainsi que sur l'évolution de la responsabilité du médecin. Elle peut être téléchargée en format PDF ou commandée sous www.svv.ch 'Publications ' Médecine des assurances.

**Swiss Insurance Medicine**

Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa

Forum Risikoprüfung in der Personenversicherung

Im Forum werden spezielle Themen zur Risikoprüfung der beiden Medinfo-Ausgaben des Jahres 2011 vertieft.

Kursdatum: Donnerstag, 31. Mai 2012

Ort: Auditorium, GENERALI Versicherungen, Soodmattenstrasse 2, 8134 Adliswil

Kurskosten: Für SIM-Mitglieder ist der Kurs kostenlos,
für Nicht-SIM-Mitglieder wird ein Unkostenbeitrag von CHF 50.00 erhoben

Credits: 4 Credits der SIM

Moderation:

Dr. med. Bruno Soltermann

Kursprogramm:

- 13:30 – 14:00 Einschätzung der Biologica durch den Lebensversicherer
Dr. med. Urs Widmer
- 14:00 – 15:00 Praktische Fälle in der Risikoprüfung und im Schadenfall zum Bewegungsapparat
Anton Zumstein, Dr. Oliver Stich
- 15:00 – 15:30 Pause
- 15:30 – 16:15 Check-ups: Sinn und Unsinn
PD Dr. med. David Fäh
- 16:15 – 17:15 Risikomanagement für Ärzte
Andrea Thalmann-Manser, Marion Parry Meier
- 17:15 – 17:30 Schlussdiskussion
Dr. med. Bruno Soltermann

Anmeldungen per Anmeldeformular auf der SIM-Webseite www.swiss-insurance-medicine.ch

Auskunft:

Geschäftsstelle SIM
c/o Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Im Park, St. Georgenstrasse 70
Postfach 958, 8401 Winterthur
Tel. 058 934 78 77
Fax 058 935 78 77
www.swiss-insurance-medicine.ch
info@swiss-insurance-medicine.ch

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