Stellenwert der Versicherungsmedizin in der deutschen Lebens- und Krankenversicherungswirtschaft

Stephan Becher

Online publiziert: 26. Juli 2012
© Springer-Verlag 2012

Die Versicherungswirtschaft basiert überwiegend auf vier Wissenschaften. Neben der Versicherungsmathematik spielt die Ökonomie und das Versicherungsrecht eine Rolle. Die Versicherungsmedizin ist im Vergleich zu den vorgenannten nur rudimentär eingebunden. Es stellt sich die Frage, ob eine stärkere Anbindung einen Mehrwert für die Unternehmen darstellen kann.

Die privaten Lebens- und Krankenversicherer haben in den letzten Jahren einen enormen Wandel durchlebt, der sie vor nicht unerhebliche zukünftige Herausforderungen stellt. Dies sind für die Lebensversicherer der Rückgang der klassischen kapitalbildenden Lebensversicherung (ehemals das Brot und Buttergeschäft mit hohen Renditen), das niedrige gegenwärtige Zinsniveau und die politischen Anforderungen im Umfeld der Finanzkrise (Solvency II, Basel III). Für die privaten Krankenversicherer sieht die Lage nicht besser aus, denn die politische Zukunftsfähigkeit des gesamten Systems steht zur Disposition, wenn man einigen Sozialpolitikern Glauben schenken darf.

Beide Versicherungssparten bieten biometrische Produkte an. In der Regel beinhalten diese Versicherungsschutz für Krankheit, Pflege Invalidität und den damit verbundenen versicherten Leistungsansprüchen. Umso erstaunlicher ist, dass die medizinische Expertise zu diesen Versicherungsprodukten in der Lebensversicherungswirtschaft nur begrenzt abgefragt wird. Die Anzahl der Gesellschaftsärzte ist in den Erstversicherern eher rückläufig, Rückversicherer verzichten ebenfalls zunehmend auf diesen Input. Dies steht bei den Erstversicherern im Zusammenhang mit einer zunehmenden Standardisierung von Arbeitsprozessen, bei denen überwiegend EDV gestützte Systeme diese Arbeit übernehmen sollen, um so Kostenreduzierungen zu erreichen. Insgesamt scheint es überwiegend um kurzfristigen Erfolg zu gehen, ohne

S. Becher (✉)
Dürerstraße 43, 41466 Neuss, Deutschland
e-mail: sbecher@scor.com

die der Branche innewohnende Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit zu beachten. Nur so lässt sich erklären, dass bei den Lebensversicherern dieses Wissen gegenwärtig reduziert wird, da sich die Folgen der Sparmaßnahmen erst in weiter Zukunft zeigen werden, während die privaten Krankenversicherer im täglichen operativen Bereich verstärkt die Fachkenntnisse ihrer Gesellschaftsärzte nutzen, wenn es um konkrete Einsparpotentiale von Diagnostik und Therapien geht.

Aufgaben der Gesellschaftsärzte Der für die privaten Versicherungsunternehmen tätige Arzt, in der Regel als Gesellschaftsarzt bezeichnet, war anfangs überwiegend für die medizinische Risikoprüfung eingesetzt. Basierten zu Beginn die Risikozuschläge auf dem Erfahrungshorizont des Mediziners, müssen diese heute gegenüber dem Kunden und der Politik „evidenzbasiert“ gerechtfertigt werden. Heute deckt er ein vielfältiges Aufgabenspektrum ab. Dazu gehören neben der Beurteilung von Leistungsansprüchen auch Anregungen bei der Produktgestaltung, Weiterentwicklung von Annahmerichtlinien (insbesondere bei den Rückversicherern) und workflow-Prozesse bei der Leistungsregulierung. Bei Schulungsmaßnahmen sichert er den notwendigen Wissenstransfer auf die Ebene der Sachbearbeiter. Das Erkennen und Kommunizieren gesellschaftspolitischer Entwicklungen und das Erkennen prognostischer Trends in Bezug auf den Gesundheitsmarkt gehören zu den besagten Aufgaben.

Nur mit der Kenntnis großer Populationsstudien kann ein Unternehmen höhere Prämien rechtfertigen. Dazu reichen retrospektiv ausgewertete Datenbestände der Unternehmen nicht aus. Es kann zu einer Fehlkalkulation werden, wenn aus Datenbeständen der Vergangenheit die Entwicklung insbesondere von Krankheitsinzidenzen und Prävalenzen der Zukunft mathematisch berechnet werden. So würde z. B. die Interpolation aus Daten zu Demenzerkrankungen, die altersassoziiert sind, bei Pflegeversicherungsprodukten dazu führen, dass diese nur zu so hohen Summen versichert werden können, dass ein Teil der Bevölkerung, diese – mangels zur Verfügung stehenden Kapitals – nicht aufbringen könnte. Es ist aber zu erwarten, dass sich die funktionellen dementiellen Störungen durch die Einführung neuer Medikamente weniger gravierend darstellen, als heute berechnet. Dies hängt mit der enormen Forschungstätigkeit der Pharmaindustrie zusammen, da auf diesem Gebiet enorme Gewinne zu erwarten sind. Auch ist die Erkenntnisübertragung wissenschaftlicher Ergebnisse aus unterschiedlichen Ländern auf heimische Märkte zur Kalkulierung von Prämien dann problematisch, wenn die Kollektive zwar offensichtlich vergleichbar erscheinen, aber bei näherem Hinsehen doch erheblich differieren. Anhand des Hepatitis C Genotyps soll dies beispielhaft erläutert werden. Während in Deutschland von den 6 HCV Genotypen überwiegend die Typen I (70 %–80 %) und 2 bzw. 3 vorliegen, gilt für Nordafrika ein Überwiegen des Typ 4 und für Südafrika des Typ 5 und Südostasien des Typ 6. Da die Therapieerfolge wesentlich vom Genotyp abhängen, verbieten sich Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Ländern. Die Prognosen sind nicht nur in Abhängigkeit der unterschiedlichen medizinischen Versorgung (Deutschland versus Afrika) nicht vergleichbar, sondern auch aufgrund des unterschiedlichen Genmaterials des Erregers. Neben diesen viruseigenen Faktoren kommen noch die wirtseigenen Faktoren zum Tragen, die z. B. durch Polymorphismen des IL28B-Gens definiert werden. So kodiert das IL28B-Gen für Interferon lambda-3, das eine Rolle in der

antiviralen Immunität spielt und so hochsignifikant mit den Therapieansprechen des Genotyps 1 ist (Hofmann et al. 2012). Ohne solche medizinischen Kenntnisse werden Risikokalkulationen mit Übertragung von Studienergebnissen verschiedener Märkte nicht wirklichkeitsnah abgebildet. In diesem Zusammenhang sei auf die überragende Bedeutung von prädiktiven Gentests verwiesen, die sich in Zukunft ganz erheblich auf die Prognose von Krankheit und Gesundheit auswirken werden und über deren Ergebnisse die Versicherer nach dem Gendiagnostikgesetz bis zu gewissen Summengrenzen nicht informiert werden müssen.

Sozialmedizinisch-epidemiologische Erkenntnisse fließen nur wenig in Überlegungen ein, wenn es sich um Produktgestaltungen handelt, deren „Schäden“ erst weit in der Zukunft erwartet werden. Dies kann am Beispiel der Einstellung zur Arbeit der jungen Medizinergeneration im Vergleich zu Vorgängergenerationen beispielhaft veranschaulicht werden (FAZ 2012). Waren Ärzte früher noch Tag und Nacht bemüht, die Versorgung der Patienten zu sichern, so spielen für die heutigen Jungmediziner(innen) andere Faktoren eine wesentliche Rolle. An erster Stelle steht die „work life balance“ in Form eines nine to five jobs (Gibis et al. 2012). So ist es für junge Mediziner(innen) durchaus keine Seltenheit mehr, sich bei einem Arbeitsplatzwechsel die entsprechenden sozialen Incentives wie Arbeitslosengeld oder Mutterschaftszeiten abzuholen, da ja auch in das soziale System „investiert“ wurde. Im Umkehrschluss wird diese Haltung auch bei Invaliditätsprodukten der privaten Versicherungswirtschaft dazu führen, dass diese zukünftig häufiger abgefragt werden, zumal die Produktgestalter oftmals bewusst oder unbewusst „Mitnahmeeffekte“ in ihre Vorsorgeangebote eingebaut haben. Wie stark sich dieses Verhalten auswirken wird, ist nicht zu berechnen. Auch die Zunahme psychischer Erkrankungen ist nicht vorhersehbar, die von Psychiatern auch auf den gesellschaftlichen Wandel zurückgeführt wird und deren Spitze erst in 10 bis 20 Jahren erwartet wird (Gündel 2012).

Unsicher werden Berechnungen auch dann, wenn es sich um Kalkulationen neuer Produkte für fremde Märkte handelt und diese Berechnungen auf Datenbeständen von Produktdaten anderer Regionen beruhen. So wird es zu einer Herausforderung, wenn Daten z. B. zu einem Critical illness Produkt für den Markt XY aufgrund von Erwerbsunfähigkeitsdaten aus dem Markt Z als Tarifierungsgrundlage für den Markt XY dienen. In einem solchen Fall nutzen auch großzügig eingepreiste Sicherheitszuschläge nur bedingt, das Risiko adäquat abzubilden. Allen biometrischen Produktinnovationen, die nicht die einfach messbare Kenngröße Tod beinhalten, bergen ein subjektives Risiko, das proportional zur versicherten Summe ansteigt. Diese einleuchtende Erfahrung wird jeder Leistungsprüfer bestätigen, wenn es sich um die Bewertung von Leistungsansprüchen aus den Bereichen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit handelt. Zu unkalkulierbaren Risiken wird es für den Versicherer dann, wenn es sich um absolut nicht quantifizierbare Einschränkungen bei Erkrankungen wie z. B. psychischen Störungen handelt, deren Stellenwert vom gegenwärtigen Mainstream oder schlimmer einer politischen Ideologie abhängt. Dies trifft nicht nur für die Zunahme psychischer Erkrankungen sondern auch für die steigenden Rentenleistungen für Wirbelsäulenbeschwerden mit chronischem Schmerzsyndrom zu, bei dem die psychische Komponente im Vordergrund steht, nicht die organische, wenn es sich um chronifizierte Zustände handelt. Wenn dann im Rahmen des „Marktes“ die einzelnen Versicherer versuchen, sich mit immer „kundenfreundlicheren“ Versicherungsbedingungen, zu positionieren, dann kann das für den einen oder anderen

Erstversicherer existenzgefährdend werden. Nachhaltiger wäre es vor der Einführung neuer notwendiger Alters- oder Gesundheitsvorsorgeprodukte eine genaue Zukunftsprognose insbesondere auch für die zu erwartenden Änderungen bei Krankheiten zugrunde zu legen, um nach reiflicher Überlegung unter Beteiligung eines möglichen hohen interdisziplinären Sachverständes erst dann das Produkt in den Markt zu geben, wenn alle möglichen Risiken durchdacht worden sind.

Neben diesen alltäglichen Aufgaben, kommen durch unterschiedliche Einflüsse bedingt, Sachfragen dazu. So ist die Bedeutung von Gentests in der Versicherungswirtschaft oder die Unisex Tarife in der Risikobewertung ein aktuelles Thema. Beide Themen stehen unter „Diskriminierungsverdacht“ und führen teilweise zu abstrusen Vorgaben durch die Politik, die an den Grundfesten des privaten Versicherungsgedanken rütteln. Ebenso brisant war die Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (Antidiskriminierungsgesetz), das vorschreibt, dass eine erhöhte Prämie durch medizinisch fundierte Erkenntnisse/Einschätzungstabellen zu rechtfertigen ist. Dies kann zwar durch große epidemiologische Studien belegt werden, muss aber laufend korrigiert werden, da sich Behandlungserfolge durch den stetigen Fortschritt der Medizin schnell ändern. War es vor Jahren aufgrund medizinischer Erfahrungen und Statistiken nicht möglich, HIV Infizierten eine Lebensversicherung anzubieten, kann diese heute aufgrund geänderter Therapieschemata nach individueller Risikoprüfung abgeschlossen werden. Vergleichbares gilt für Antragsteller mit Herzklappenfehlern, die heute aufgrund neuerer Operationsverfahren zu wesentlich günstigeren Tarifen versichert werden können als früher.

Das medizinische Wissen verdoppelt sich mittlerweile alle fünf Jahre. Insofern verwundert es nicht, wenn bei den Kongressen, die im Wesentlichen Fragen der Risikobewertung von Lebensprodukten zum Inhalt haben, überwiegend medizinische Themen präsentiert werden. Andere Risikofaktoren wie Auslands-, Sport- oder finanzielle Risiken haben dagegen nur eine minimale Veränderungsdynamik. Die größte Herausforderung für die (medizinische) Risikoprüfung wird in Zukunft in der Kenntnis genetischer Informationen liegen. Sollte es weiterhin politisch gewollt sein, dass eine Informationsasymmetrie verordnet wird, dann wird es wahrscheinlich zu einer starken Antiselektion kommen, auch wenn diese Entwicklung noch nicht virulent ist. Auch dies kann die privaten Versicherer in ihren Grundfesten erschüttern. Insofern ist es erstaunlich, dass bei der Menge der absehbaren Veränderungen auf den spezialisierten Sachverstand der Medizin zunehmend verzichtet wird.

Im Krankenversicherungsbereich hat sich in den letzten Jahren eine Verschiebung zu mehr medizinischer Beratung ergeben. Im Vordergrund steht nicht nur das Underwriting sondern auch der Beratungsbedarf bei der täglichen operativen Arbeit. So sind die Kostenübernahmeanfragen von Außenseitertherapien mittlerweile ein Hauptfeld der Beratung wie auch die Bewertung im Claims Management, wenn es um Übernahme teilweise teurer Therapien geht, deren Nutzen nicht wissenschaftlich bewiesen ist und auch nicht den Vertragsbedingungen der Gesellschaften entsprechen. Dadurch kann das Unternehmen konkrete Kosteneinsparungen umgehend realisieren. Der Mehrwert dieser Beratung ist nicht so stark in die Zukunft verlagert wie es sich bei den Lebensversicherern darstellt. Selbstverständlich haben für die Anbieter von privaten Krankenversicherungsprodukten die oben genannten Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung, insbesondere der medizinischen Forschung, einen hohen Stellenwert. So sind die Entwicklungen von neuen wirkungsvollen, aber extrem

teuren Medikamenten eine Achillessehne für die Krankenversicherer, da diese Neuentwicklungen gerne primär den Privatpatienten verordnet werden.

Während in einigen europäischen Staaten die Ausbildung zum „Versicherungsmediziner“ bereits mit strukturierten Inhalten hinterlegt ist (z.B. wird in Leuven in einer vierjährigen Ausbildung eine Facharztanerkennung erworben), gibt es in Deutschland nichts Vergleichbares. In der Schweiz hat man in Basel mit der Installierung eines Lehrstuhls für Versicherungsmedizin einen ersten Schritt unternommen. In einer curriculären Weiterbildung werden dort für Postgraduierte Kenntnisse in Mathematik, Ökonomie u.a. vermittelt. Die Bedeutung eines Gesellschaftsarztes hat sich zuletzt in der Bewertung einiger Rating Agenturen niedergeschlagen (Schröder 2011). So wertete Morgen & Morgen die Gesellschaften besser, die auf medizinischen Sachverstand zurückgreifen. Ein erster Schritt zur Aufwertung der Funktion des gesellschaftsärztlichen Mehrwerts.

Da nach einem Bericht der süddeutschen Zeitung ein Sterben der Lebensversicherer in den nächsten Jahren zu erwarten ist, werden die am besten aufgestellten Versicherer mit dem höchsten Wissen bei biometrischen Produkten und fachmedizinischem Wissen überleben.

Literatur

- Schröder, B.: Versicherungsmedizinische Kompetenz als Wettbewerbsfaktor (Editorial). *Versicherungsmedizin* **63**, 173–175 (2011)
- Gibis, B., Heinz, A., Jakob, R.: Berufserwartung von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Deutsch. Ärztebl.* **109**, 327–332 (2012)
- FAZ: Der Alte Arzt hat Ausgedient. 25.04.2012 (2012)
- Gündel, H.: In: Jahrestagung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, Versicherungsmedizin, Risiko- und Leistungsprüfung, Hamburg, 13.6.2012 (2012)
- Hofmann, W.P., Sarrazin, C., Zeuzem, S.: Current standards in the treatment of chronic hepatitis C. *Deutsch. Ärztebl. Int.* **109**(19), 352–358 (2012)