

# Medizinisches Underwriting in der Krankenzusatzversicherung

---

## **Anforderungen an die Risikoprüfung und Tarifierung im Spannungsfeld der longitudinalen Dynamik der Morbidität**

Vortrag an der Academy of Swiss Insurance Medicine ASIM Universität Basel

Dr. med. Peter Scollar, MBA

9.11.2005

# Ökonomischer Hintergrund: Rolle der Krankenzusatzversicherungen

---

- **Krankenzusatzversicherungen sind ein gewinnträchtiges Milliardengeschäft**
  - Versicherungskonzept ist die freiwillige Risikogemeinschaft, nicht die mit staatlichem Zwang zur Versicherung verbundene Solidargemeinschaft der sozialen Grundversicherung
  - 2002 zahlten die Versicherten aus VVG-Krankenzusatzversicherungen CHF 1,775\* Milliarden an Leistungen des Gesundheitswesens
  - 2005 werden die Versicherten, die eine Krankenzusatzversicherung anbieten, ca. CHF 3,8\*\* Milliarden Bruttoprämie einnehmen
  - Schadenquoten in diesem Geschäft liegen bei den meisten grossen Anbietern, die das Geschäft in ihren Jahresberichten transparent vom OKPV-Geschäft trennen, deutlich unter 80%
- **Die Gewinne sind über Jahre stabil – das Geschäft stagniert jedoch seit Jahren**
  - Das Käufersegment der 25 bis 46jährigen schrumpft – die Baby Boomer kommen in die Jahre und haben als Käuferreservoir ausgedient
  - Das mangelnde wirtschaftliche Wachstum wirkt sich negativ auf die Kaufkraft aus – Krankenzusatzversicherungen sind Luxusprodukte
- **Bei vielen Versicherern macht die Aussicht, Zusatzversicherungen zu verkaufen, für die Aussendienstler einen wesentlichen Anteil des Anreizes aus, Neuakquisition im Krankenversicherungssektor zu betreiben**

Quellen:

\* BAG Bericht 2003

\*\*Extrapolation aus den Krankenversicherer-Jahresberichten von 2003; teilweise mangelnde Transparenz in der Finanzberichterstattung

# Neugeschäft:

## Schnittstelle Kunde / Underwriting

---

- **Versicherungsschutzsuchender kann Antrag formlos stellen**
- **Fragepflicht des Versicherers**
  - Versicherung gibt Formular ab mit Fragen nach:
    - gewünschtem Deckungsumfang / Versicherungs-Produkt
    - gewünschtem Versicherungsbeginn
    - Gesundheitszustand / Gesundheitsschäden
    - anderen erheblichen Gefahrstatsachen (= Risikotatbestände)
- **Informationspflicht des Versicherers**
  - Versicherer muss allgemeine / besondere Versicherungs-Bedingungen (= AVB / BVB) beilegen
    - Bindefrist für Antragsteller läuft ab Übergabe / Absenden des Antrags gemäss Art. 1 VVG, doch viele Versicherer verzichten darauf
  - Versicherer prüft dann Antragsformular: Underwriting-Dienste oder medizinische Dienste des Versicherers fordern;
    - weitere Unterlagen oder
    - medizinische Untersuchungen des Antragstellers – im Krankenzusatzgeschäft äusserst selten
  - Frist verlängert sich dann auf vier Wochen (Art. 1 VVG)

Quelle: Consuldoc, A. Thommen

# Datenschutz & Ärztliche Schweigepflicht: Schnittstelle Kunde / Underwriting

---

- **Behandelnden Ärzten muss die Einwilligung des Antragsstellers vorliegen, bevor sie Auskunft an eine Versicherung erteilen**
  - Entbindung von der Schweigepflicht sollte auf dem Antragsformular vorliegen
- **Ärzte haben in ihrer Rolle als Gesellschaftsärzte oder als beratende Ärzte privilegierten Zugang zu besonders sensiblen Informationen**
  - Aus dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992 (Stand am 3. Oktober 2000)
    - Art. 3 Begriffe*
    - Die folgenden Ausdrücke bedeuten:*
    - (...)*
    - c. besonders schützenswerte Personendaten: Daten über:*
      - 1. die religiösen, weltanschaulichen, politischen oder gewerkschaftlichen Ansichten oder Tätigkeiten,*
      - 2. die Gesundheit, die Intimsphäre oder die Rassenzugehörigkeit,*
      - 3. Massnahmen der sozialen Hilfe,*
      - 4. administrative oder strafrechtliche Verfolgungen und Sanktionen;*
    - (...)*
- **Versicherer müssen unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen im Umgang mit medizinischen Daten im Underwriting-Prozess, vor allem wegen allfälliger Schnittstellen mit KVG-Leistungsdaten im gleichen Haus, Sorgfalt walten lassen**
- **Ärzte sollten wissen, dass die Wahrung der Persönlichkeitsrechte von Antragsstellern und Versicherten ein Rechtsgut darstellt, das den geschäftlich bedingten Interessen der auftraggebenden Versicherung vorgeht**

# Underwriting: Risikoprüfung & Tarifierung (I)

---

- **Formelle Prüfung**
  - Informationen vollständig?
  - Bestehen weitere Versicherungsdeckungen des Antragstellers?
- **Materielle Prüfung**
  - Versicherungszweck, - bedarf, Deckungsumfang
  - Finanzielle Verhältnisse, Beruf
  - Wohn-, Arbeitsort
  - Reisen, Freizeitaktivitäten
  - Alter
  - Geschlecht
  - evtl. Ethnie (cave! in der Krankenzusatzversicherung möglicherweise Verstoss gegen Diskriminierungs- und Antirassismuskriterien)
  - Gesundheitszustand
  - Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachten
  - „Moral hazard“ in Überlegungen einbeziehen

Quelle: u.a. Consuldoc, A. Thommen; C. Zbären-Lutz; U. Uttinger

# Underwriting: Risikoprüfung & Tarifierung (II)

---

- **Antragsbearbeitung erfolgt gemäss Annahmepolitik des Versicherers**
- **Risikoprüfung**
  - Underwriter schätzen das Risiko ein; dabei benutzen sie häufig elektronische Hilfsmittel
  - Aufgrund einer punktuellen Beurteilung wird eine langfristige Prognose für eine unter Umständen lange Laufzeit gestellt
  - Versicherungen streben nach Neuabschlüssen
  - Gesellschaftsärzte braucht es nur in komplexen Fällen; sie haben keine Entscheidungskompetenz sondern eine beratende Funktion
  - Gesellschaftsärzte sollten nicht wie behandelnde Ärzte, sondern wie Epidemiologen und Gesundheitsökonomien denken
  - Gesellschaftsärzte müssen die Produkte, die Philosophie der Versicherung sowie den Markt gut kennen
- **Tarifierung**
  - Ggf. wird bei erhöhtem Risiko ein durch Aktuare berechneter Tarifzuschlag angewendet
  - Es können dem dem Antragssteller andere Erschwernisse vorgeschlagen werden
  - Die Entscheidung über einen Vertragsabschluss fällt der Underwriter / Risikoprüfer / Tarifikator
  - Er beachtet auch die materiellen und kommerziellen Aspekte

Quelle: u.a. Consuldoc, A. Thommen

# Underwriting: Risikoprüfung & Tarifierung (III)

---

- **Normalannahme, Annahme mit Erschwernissen oder Ablehnung**
- **Versicherer nimmt Antrag zu Normalbedingungen (= Normalprämie) an**
  - Schriftlich oder mündlich
  - Durch konkludentes Verhalten wie Policen-Übergabe
- **Versicherer lehnt Antrag ab**
  - Kann durch Stillschweigen erfolgen, muss nicht begründet werden
- **Versicherer macht Antragssteller einen Gegenvorschlag**
  - Mit Erschwernissen wie Prämienzuschlag, Leistungsausschlüssen
  - Fristen laufen dann neu
  - In der Krankenzusatzversicherung in der Schweiz sind unbefristete Leistungsausschlüsse marktüblich
  - Es gibt auch grundsätzliche Leistungsausschlüsse in den AVB/BVB oder Spezialausschlüsse mit dem Angebot des Rückkommens (quasi befristeter Leistungsausschluss)
  - Risikogerechte Prämienzuschläge gibt es im Schweizer Krankenzusatzgeschäft noch nicht
- **Aktuelle Annahmestatistik (teilweise Schätzungen)**
  - Normalannahmen: 94%
  - Annahme mit Leistungsausschlüssen: 4%
  - Ablehnungen: 2%
  - Anträge mit Anfrage beim Gesellschafts- oder behandelnden Arzt: 2 bis 8%
  - Eintrittsquote: 96%

Quelle: u.a. Consuldoc, A. Thommen

# Exkurs: Anzeigepflichtverletzung

---

- **Der Antragsteller muss gemäss Art. 4 VVG alle Fragen richtig und vollständig beantworten und trägt die Verantwortung dafür selbst, auch wenn Dritte beim Ausfüllen des Antrags helfen (BGE 108 II 550, 96 II 208 f. Erw. 3, 72 II 131 f. Erw. 4)**
  - Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die gemachten Angaben zu überprüfen, sondern darf sich gemäss des Grundsatzes von Treu und Glauben auf die Angaben verlassen (BGE 73 II 56 Erw. 6)
- **Rücktrittsrecht des Versicherers gemäss Art. 6 VVG bei Anzeigepflichtverletzung durch den Antragsteller**
  - Der Versicherer kann bei einer APV nach Art. 6 VVG vom Vertrag zurücktreten und gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG und Art. 62 Abs. 1 OR bereits erbrachte Leistungen zurückfordern
  - Eine APV liegt vor, wenn der Antragsteller eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und die Gegenstand einer schriftlichen Frage des Versicherers im Sinne von Art. 4 VVG bildete, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat
  - Geprüft wird, welches Wissen die antragstellende Person haben müsste. Dabei ist ihrer Intelligenz, Bildung, Erfahrung und den persönlichen Verhältnisse Rechnung zu tragen
  - Der Versicherer hat vier Wochen Zeit (Verwirkungsfrist), vom Vertrag zurückzutreten, nachdem er von der APV sichere, zweifelsfreie Kenntnis erhalten hat

Quelle: Consuldok, A. Thommen



# Exkurs: Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung durch VVG-Revision

---

- **Bisherige Regelung**

- Es gibt kein Kausalitätserfordernis und der Versicherer verfügt bei einer Anzeigepflichtverletzung über ein Rücktrittsrecht. Er kann (unter Vorbehalt der Ausnahmen von Art. 8 VVG) den Vertrag rückwirkend per Vertragsbeginn auflösen.
- Die Auflösung hat folgende Konsequenzen: der Versicherer muss keine Leistungen erbringen und kann bereits erbrachte Leistungen zurückfordern
- Die Prämie für die laufende Versicherungsperiode verbleibt der Versicherung (Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie)

- **Neu ab 1.1.2006: Kausalitätserfordernis, Teilbarkeit der Prämie**

- Im revidierten VVG gilt bezüglich der Leistungsbefreiung des Versicherers neu ein Kausalitätserfordernis
- Künftig ist der Versicherer nur noch leistungsfrei, wenn die verschwiegene oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache den späteren Schaden "beeinflusst" hat
- Für die übrigen Schadenfälle muss er die Leistungen erbringen
- Die Anzeigepflichtverletzung führt zudem neu zu einem Kündigungsrecht des Versicherers und gemäss dem neuen Grundsatz der Teilbarkeit der Prämie muss der Kunde die Prämie nur noch für die Zeit bis zur Vertragsauflösung bezahlen
- Das Kausalitätserfordernis wird wahrscheinlich zu Auseinandersetzungen zwischen Versicherten und den Versicherern führen und könnte im Gebiet der Krankenzusatzversicherung vermehrt zu Begutachtungsaufträgen an Versicherungsmediziner führen

Quelle: Modifiziertes Zitat von <http://www.svv.ch/index.cfm?id=4121>

# Mortalität aus Sicht der Versicherungen

---

- **Lebensversicherungen decken Mortalitätsrisiko ab**
  - Mortalität ändert sich eher mittel- bis langfristig; Ausnahme: Mortalitätsschocks (z.B. Spanische Grippe 1918/19)
  - Gefahrstatsachen sind Krankheiten, Krankheitsrisiken, Unfälle und Unfallrisiken aller Art, die zum Tod führen
  - Tarife lassen sich aufgrund von Sterbetafeln und der Schadenstatistiken gut berechnen
- **Bei den Todesfallrisikoprodukten (reines Mortalitätsrisiko) dominieren risikogerechte Prämien als Erschwernisform**
  - Grundprämie spiegelt bereits die in der Bevölkerung normal verteilten gesundheitlichen und unfallbezogenen Risiken wider
- **Angaben eines führenden Rückversicherers\***
  - Mortalität der Lebensversicherten ist geringer als die der Gesamtbevölkerung
  - 95 bis 98% Normalannahmen
  - Ca. 1 bis 2 % werden zu erschwerten Bedingungen angenommen
  - Nur etwa 1% werden abgelehnt
- **Bei gemischten Produkten wie Todesfallrisiko kombiniert mit Erwerbsunfähigkeit (z.B. Säule 3a in der CH)**
  - Anteil zu erschwerten Bedingungen Angenommener (zum Teil bis fast 50%) wesentlich höher
  - Grund: Erwerbsunfähigkeit ist wesentlich schwieriger vorauszusagendes Risiko, da sehr häufig mit nicht-medizinischen Faktoren assoziiert

\*Quelle: Swiss Re

# Unterschied mit Kostenfolgen: Morbidity aus Sicht der Versicherungen

---

- **Krankenzusatzversicherungen sind mehrheitlich als Produkte entwickelt worden, die die Kostenfolgen der Morbidity abdecken**
  - Da jedoch in der CH die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Sozialversicherung notwendige Leistungen bezahlt, deckt die Krankenzusatzversicherung gehobene Ansprüche ab, deren Kostenfolgen stark, u.a. auch modischen Schwankungen unterworfen sind
  - Wegen der vermeintlichen Unabsehbarkeit von Kostenfolgen arbeitet das Underwriting bis dato fast ausschliesslich mit Leistungsausschlüssen
- **Als Best Practice im internationalen Standard, also im Sinn eines fairen Underwritings nach dem Gebot von Treu und Glauben, gilt jedoch, dass die Annahmerichtlinien auf Evidenz basieren**
  - Evidenz heisst in diesem Fall, dass die Annahmerichtlinien die statistisch abgesicherte Schadenerfahrung des eigenen Portfolios aus der Vergangenheit, korrigiert um Toleranzen, die man aus Bevölkerungspools oder auch der Grundversicherungsdaten herleiten kann, widerspiegelt
  - Zusätzlich werden Morbiditytrends und Kostenerwartungen extrapoliert und medizinische Entwicklungen in die Kalkulationen mit einbezogen
- **Geschäftspolitisch kann es heikel werden, wenn eine zunehmende Vielzahl von Leistungsausschlüssen dazu führt, dass sich der Pool zu normalen Bedingungen versicherbarer Risiken stetig verkleinert**
  - Es stellt sich beim marktüblichen Vorgehen in der Schweiz die berechtigte Frage, ob es für sich in Anspruch nehmen kann, evidenz-basiert - also „fair“ - zu sein

# Beispiel 1: Inadäquate Leistungsausschlüsse bei divergierenden Spital- und ambulanten Kosten

---

- **Bei zahlreichen Diagnosen sind Leistungsausschlüsse sowohl für Spitalzusatzversicherungen als auch für ambulante Zusatzversicherungen gleich formuliert**
- **Beispiel: Asthma bronchiale**
  - Spitalmorbidity und die Morbidity ambulanter Leistungen verlaufen bei vielen Krankheiten nicht parallel, so auch bei Asthma bronchiale
  - Die Kostenentwicklung beim Asthma hat sich stark auseinander entwickelt, wobei die universitär-medizinischen Behandlungsansätze durch Patientenschulung und geeignete Medikamente neben einer dramatisch verringerten Spitaleintrittsfrequenz auch in der ambulanten Behandlung zur Kostensenkung geführt haben
  - Asthma ist keineswegs mehr die gefährvolle, teure Krankheit, die es noch bis Ende der 80er Jahre war
- **Anders freilich ist das Kundenverhalten eines Asthmatikers bei Lifestyle-Produkten, bei denen möglicherweise ein Mehrkonsum komplementärmedizinischer Leistungen vorliegt**
- **Wäre, wenn überhaupt, eine Risikoprämie für Spitalzusatzversicherungen und allenfalls ein Leistungsausschluss für Lifestyle-Produkte nicht angemessener?**

# Beispiel 2: Unangemessene analoge Leistungsausschlüsse bei ungleichen Diagnosen (I)

---

- **Mangelnde Berücksichtigung der longitudinalen Dynamik in der Morbidität**
  - Bei einigen Diagnosen spiegelt die empfohlene Underwriting-Massnahme bzw. der Leistungsausschluss nicht die medizinische Entwicklung
  - Teilweise entspricht der gleich formulierte Leistungsausschluss bzw. Ausschluss nicht Differenzierung von medizinischer Abklärung, Therapie und Folgeleiden : z. B. wird beim Ulcus ventriculi (Magengeschwüre) oder duodeni (Zwölffingerdarmgeschwüre) ein analog formulierter Leistungsausschluss auf diese Erkrankung und ihre Folgeleiden vorgeschlagen
  - Ulcus duodeni ist zu 90% der Fälle und Ulcus ventriculi zu etwa 60% der Fälle eine heilbare Infektionskrankheit, ausgelöst durch das Bakterium Helicobacter pylori\*
  - Sie heilen bei erfolgreicher antibiotischer Eradikation, welche je nach Studie in über 80% der Fälle erzielt wird, vollständig und ohne Folgen ab\*
- **Folgeleiden und damit weitere Kosten werden in aller Regel nicht ausgelöst\***
- **Ein Leistungsausschluss für "Ulcus duodeni und Folgeleiden" ist somit beim evidenz-basierten Vorgehen im Underwriting nicht haltbar**

Quellen: diverse Krankenversicherer

\*Vgl. Arbeiten von J. Robin Warren und Barry J. Marshall

## Beispiel 2: Unangemessene analoge Leistungsausschlüsse bei ungleichen Diagnosen (II)

---

- **Hingegen sind Magengeschwüre in ca. 40% der Fälle Folgen des Alkoholmissbrauchs oder des Überkonsums von nicht-steroidalen Entzündungshemmern (z. B. Voltaren® etc.)\***
  - In diesen Fällen könnten durchaus umfangreiche Folgekosten entstehen
- **Lohnt es sich jedoch bei jedem Antragssteller einen Arztbericht zu bestellen, um die Art und Ursache des Ulcus zu erfahren?**
- **Wären die Normalannahme für das Ulcus duodeni oder ein Prämienzuschlag für die mittlere "Übermorbidity" der Krankheitsuntergruppe Ulcus ventriculi nicht das wirtschaftlichere Vorgehen?**

Quellen: diverse Krankenversicherer

\*Vgl. Arbeiten im Journal of Gastroenterology und in GUT

# Beispiel 3 a: Leistungsausschlüsse bei schwer abgrenzbaren Diagnosen (I)

---

- **Beispiel Laktoseintoleranz: Leistungsausschluss auf Laktoseintoleranz und Folgen**
  - Menschen, die Laktoseintoleranz im Antragsformular angeben, wissen davon - sie sind in der Regel durch einen Atemtest diagnostiziert worden oder haben es selbst durch Ausprobieren herausgefunden
  - Sie meiden Milch und einige für sie schlecht verträgliche Milchprodukte, sofern sie nicht laktosefrei oder –reduziert sind
  - Solche Produkte sind im Sortiment des Detailhandels
  - Es handelt sich um ein verarbeitetes Nahrungsmittel, also keine Heilnahrung im Sinn der Sozialversicherung und wohl auch nicht im Sinne von in manchen VVG-Produkten versicherten Heilnahrungsleistungen
  - Wer also von seiner Laktoseintoleranz weiss, ändert sein Verhalten
- **Dass bei Laktoseintoleranz eine erhöhte Spitalmorbidity oder ambulante Zusatzkosten entstehen, die über die "Grundmorbidity" hinausgehen, ist nicht gesichert**
  - Besteht bei Blähungen, die zur Abklärung führen, nun ein Leistungsausschluss oder nicht?
  - Was, wenn die behandelnde Ärztin, sich beim besten Willen nicht festlegen kann?
  - Ist das Einholen von Arztzeugnissen zur Leistungsprüfung bei diesem Leistungsausschluss noch verhältnismässig?

# Beispiel 3 a: Leistungsausschlüsse bei schwer abgrenzbaren Diagnosen (II)

---

- **Durchsetzung des Leistungsausschlusses im Schadenfall ist problematisch: die Beweislast obliegt den Leistungsabteilungen der Versicherer**
  - Ist jede stationäre Abklärung von Blähungen, Bauchschmerzen und Durchfall - alle auch mögliche Symptome der Laktoseintoleranz - bereits ausgeschlossen?
  - Muss der Versicherte, der am Wochenende wegen Bauchweh das Spital aufsucht, mitteilen, dass alles, was mit Laktoseintoleranz zu tun haben könnte, einem Leistungsausschluss durch die Krankenversicherung unterliegt?
  - Muss er für den Fall, dass Leistungen des von ihm gewählten Chefarztes, der womöglich Untersuchungen, die u.a. auch die Laktoseintoleranz ausschliessen, durchführen könnte, gar nicht gedeckt sind?
- **Kann ein Versicherter/ Patient selbst bei Spitaleintritt solche Differentialdiagnosen stellen oder differentialdiagnostische Abklärungen erahnen? Ist das verhältnismässig?**
  - Hat der Versicherte mit Laktoseintoleranz, der wegen wiederholten Unwohlseins und einem unregelmässigen Stuhlgang eine anerkannte Shiatsu-Therapeutin oder einen im EMR-Register aufgeführten Heilpraktiker aufsucht, tatsächlich keinen Leistungsanspruch aus der entsprechenden ambulanten Zusatzversicherung?
- **Wie wollen Leistungsabteilungen die Anwendbarkeit des Ausschlusses in diesem Fall beweisen, wenn die Alternativtherapeutin hochschulmedizinische Diagnosen auf Abrechnungen nicht angibt?**



# Beispiel 3 b : Leistungsausschlüsse bei schwer abgrenzbaren Diagnosen (I)

---

- **Beispiel HIV positiv: Leistungsausschluss auf HIV-Infektion und alle Folgeleiden**
  - HIV-Infektionen und damit zusammenhängende Erkrankungen sind in fast allen Krankenzusatzversicherungen einem Leistungsausschluss ausgesetzt
  - Ist denn die bei einem HIV-positiven Versicherten auftretende depressive Verstimmung, die dazu führt, dass der Versicherte bei verschiedensten Komplementärtherapeuten Hilfe ersucht, immer kausal, also überwiegend wahrscheinlich, auf den HIV-Status zurück zu führen?
  - Wie sicher kann ein Gutachter sagen, die depressive Verstimmung des HIV-Positiven sei ein Folgeleiden der HIV-Infektion?
- **Und wieder: ist der Aufwand beim Einholen von Arztzeugnissen etc. zur Leistungsprüfung bei solchen Leistungsausschlüssen noch verhältnismässig?**

# Beispiel 3 b : Leistungsausschlüsse bei schwer abgrenzbaren Diagnosen (II)

---

- **Die Durchsetzung des Leistungsausschlusses im Schadenfall ist problematisch**
- **Der Leistungsgrund muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Leistungsausschlussgegenstand zusammenhängen, d.h., dass nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge der Leistungsgrund nicht eingetreten wäre, wenn die im Leistungsausschluss festgehaltene Gesundheitsschädigung nicht existierte**
  - Könnten nicht solche Ausschlüsse den Leistungserbringer in Versuchung führen, Diagnosen oder Kausalitäten so zu formulieren, dass der Leistungsausschluss nicht angewendet werden kann?
  - Sind unter diesen Umständen nicht sogar ein grosser Teil vertraglich vereinbarter Leistungsausschlüsse rechtlich unwirksam?
- **Nicht-Durchsetzung widerspricht den Annahmen, die einer Normalprämie zugrunde liegen**
  - Häufig - in der Prämienberechnung nicht vorgesehene - Leistungszubilligung in der Grauzone zur Vermeidung eines Prozessrisikos
  - Risikogemeinschaft zahlt für Leistungen mit, die wegen ihrer Ungewöhnlichkeit nicht in die Grundprämie einberechnet wurden
  - Stetige Mehrbelastung von Experten wie Juristen und Gesellschaftsärzten
- **Underwriting und Leistungsprüfung verteuern sich, je mehr Arztberichte und Untersuchungen eingefordert bzw. je mehr Rückfragen zum Entwerfen und zur Durchsetzung von Leistungsausschlüssen lanciert werden müssen**

# Unsicherheitsparameter bei der Risikoprämienberechnung

---

- **Schwankende Eintretenswahrscheinlichkeit**
  - Wahrscheinlichkeit kann zu einem gegebenen Zeitpunkt für verschieden Untergruppen einer Bevölkerung verschieden sein
  - Zum Beispiel ist die Durchseuchung der Bevölkerung westeuropäischer Länder mit *Helicobacter Pylori* über Generationen rückläufig, d.h. Duodenalulzera werden seltener; aber Immigranten aus Ländern mit weniger sauberem Trinkwasser haben wiederum ein höheres Risiko der Infektion
- **Variierende Schadenhöhe**
  - Behandlungen eines gleichartigen Leidens können in einem Fall teuer sein, in einem anderen Fall billig; z.B. palliative versus neue onkologische Therapien
- **Veränderungen über Zeit**
  - Neue medizinische Behandlungsmethoden können heilen, also das Risiko des Eintretens weiterer Schäden im Verlauf der Zeit erheblich mindern oder jegliche weitere Behandlung unnötig machen
    - Sie können so teuer sein, dass sie den Barwert aller zukünftigen Prämien übersteigen
    - Sie können den Barwert aller zukünftigen Prämien unterschreiten und damit den operativen Gewinn der Versicherung auf eine einzelne Police steigen lassen
  - Neue Therapien können im Verlauf auch billiger werden, z. B. topisch verwendete Aerosole in der Asthmatherapie

# Risikogemeinschaft & Erschwerniszweck

---

- **Ablehnung**
  - Dienen dazu, untragbare Risiken aus der Risikogemeinschaft auszuschliessen
  - Beispiel: Krebsleiden < 5 Jahre seit Beginn
- **Unbefristeter Leistungsausschluss**
  - Schliessen Antragssteller mit partiell nicht-versicherbaren Risiken von Leistungen für diese Risiken aus, ihnen aber im Übrigen Versicherungsschutz
  - Beispiel: diverse Rückenleiden
- **Leistungsausschluss mit Revisionsoption bei neuen medizinischen Fakten**
  - Zweck ist es, dem 'moral hazard' entgegen zu wirken, aber dem Versicherten die volle Versicherungsdeckung zu ermöglichen, wenn sich sein Gesundheitszustand wesentlich gebessert hat;
  - Beispiel 1: Leistungsausschluss bei Schwangerschaft für die ersten 24 Monate ab Vertragsbeginn gemäss AVB/BVB; entfällt automatisch nach 24 Monaten
  - Beispiel 2: Leistungsausschluss bei Krankheit X mit Angebot der Revision und allfälligen Aufhebung bei neuen medizinischen Erkenntnissen und Befunden
- **Risikoprämie**
  - Antragssteller mit kalkulierbarem erhöhtem Kostenfolgenrisiko werden gegen Aufpreis (= Zuschlag auf die Grundprämie) in die Risikogemeinschaft zugelassen
  - Beispiel: Sprue, da Eintretenswahrscheinlichkeit und Kostenfolgen kalkulierbar und stabil

# Vorschlag für eine Matrix zur Prüfung geeigneter Erschwernisse

Möglichkeit der Vorhersage des Morbiditäts-verlaufs (Basis: mittlere Vertragsdauer)	Assoziierte Kostenfolge (Barwert erwarteter Leistungen)	Beispiel-anwendung Spitalzusatz-versicherung	Beispiel-anwendung Komplementär-therapie-versicherung	Annahmeentscheid
Nein	Nicht kalkulierbar oder hoch	Morbus Crohn; Krebsleiden unter 5 Jahre	Morbus Crohn; Krebsleiden unter 5 Jahre	Ablehnung
Nein	Niedrig	Varikosis; Nicht-Helicobacter assoz. Ulcus ventriculi; schweres Asthma bronchiale	Migräne; Allergische Rhinitis	Zeitlich unbefristeter Leistungsausschluss
Neutral	Hoch	Allergische Rhinitis	schweres Asthma bronchiale; Varikosis	Leistungsausschluss mit Revisionsoption, anschliessend Risikoprämienzuschlag
Neutral	Niedrig	Migräne	Acne vulgaris	Leistungsausschluss mit Revisionsoption & Normalprämie
Ja	Hoch	Zöliakie, Sprue	Zöliakie, Sprue, Laktose-intoleranz	Risikoprämienzuschlag
Ja	Niedrig	St.n. Helicobacter-eradikations-therapie bei Ulcus duodeni/ventriculi; leichtes Asthma bronchiale; Lactose-intoleranz, Acne vulgaris	St.n. Helicobacter-eradikations-therapie bei Ulcus duodeni/ventriculi; leichtes Asthma bronchiale	Normalannahme

# Vergleichbare Underwriting Praxis im Ausland

---

- **USA**

- Amerikanische Individualversicherer versichern etwa 7% der Bevölkerung < 65 Jahren
- Haben grosse Schadenanalysen durchgeführt und kennen Kostenerwartungen
- Arbeiten vorwiegend mit Risikoprämien

- **Grossbritannien**

- Private Krankenversicherer decken 11% der britischen Wohnbevölkerung als Zusatzversicherung zur staatlichen Gesundheitsversorgung ab
- Mehrheitlich arbeiten die britischen privaten Krankenversicherer im Underwriting mit Ratingtools, teilweise auch mit Online-Fragebögen oder Teleunderwriting
- Andere verwenden Moratorium-Underwriting (= z. B. 5jährige Leistungsausschlüsse auf alle vorbestehenden Leiden, was wegen der zeitlichen Abgrenzung im Leistungsfall Schwierigkeiten bereiten kann)

- **Deutschland**

- DBV-Winterthur arbeitet im Krankenversicherungsbereich mit einem Ratingtool (MERICA); die Schadenerfahrung von über 20 Jahren wurde als Basis verwendet

- **Estland / Lettland / Litauen**

- Verschiedene Ratingtools im Einsatz für private Zusatzversicherungen

Quellen: International Underwriting Congress Geneva April 2005; Swiss Re; DBV-Winterthur;

# Offene Fragen

---

- **Wieso sollte man etwas ändern, wenn die Schadenquoten doch noch so gut sind?**
  - Kann bei der wachsenden Vielzahl von Diagnosen mit Leistungsausschlüssen eigentlich überhaupt noch jemand aus der Wohnbevölkerung ohne Leistungsausschluss versichert werden?
  - Ist es möglich, dass aus der Wohnbevölkerung irgendwann keiner mehr zu normalen Bedingungen angenommen werden kann?
  - Wofür gibt es dann eine Normalprämie?
- **Wie kann ein Underwriter die longitudinale Dynamik von Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadenhöhe einschätzen, wenn die mittlere Vertragsdauer der verbleibenden Lebensdauer des Antragsstellers entspricht?**
  - Welche Daten müssten für Risikoprämien bei Morbiditätsprodukten berücksichtigt werden, um zu einem auf evidenz-basierten Underwriting-Entscheid zu gelangen?
- **Sind risikogerechte Prämien im Markt durchsetzbar?**
  - Ist der administrative Aufwand beim differenzierten, evidenz-basierten Underwriting für Produkte, nicht zu hoch? Zumal deren Prämien erhöht werden können?

# Fazit (I)

---

- **Krankenzusatzversicherungen sind gewinn-orientiert und bringen tatsächlich seit Jahren auch den Versicherern Gewinne**
  - Käufersegment für Krankenzusatzversicherungen stagniert seit Jahren
  - Produkte haben aber seit Einführung des KVG an Attraktivität verloren
- **Modularisierte Produkte schaffen immer kleinere Risikopools; ihre Ergebnisse sind anfällig für einzelne Grossschadenfälle**
  - Einschränkung des KVG-Leistungskatalogs bietet zwar neue Chancen; 'moral hazard' ist bei Antragsstellern für Produkte, welche die aus der Grundversicherung ausgeschlossene Leistungen abdecken, umso grösser
- **Viele Produkte (Beispiele: Produkte mit Präventionsbeiträgen, z.B zu Fitness- oder Badeanstaltsaisonkarten; Produkte mit Komplementärmedizindeckung) sind vorwiegend Marketingvehikel**
  - Sie zielen nicht unbedingt auf eigenständige Gewinne ab
  - Es bestehen Hinweise, dass Kunden dieser Produkte, die ambulante komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen, auch in der sozialen Grundversicherung Mehrleistungen verursachen
- **Versicherer stehen vor dem Dilemma Produkte verkaufen zu müssen, die neue Konsumbegehrlichkeiten wecken**
  - Für Underwriter bedeutet der 'moral hazard', dass er im Vergleich zum Zwangskollektiv 'Soziale Grundversicherung' mit einer noch deutlicheren Verzerrung der Normalverteilung der Risiken bei Antragsstellern rechnen muss
  - Einen höheren Prozentsatz von Antragsstellern mit Erschwernissen zu erwarten, ist deswegen grundsätzlich berechtigt



# Fazit (II)

---

- **Methodik und Entscheidungsvorgaben der Risikoprüfung in der Krankenzusatzversicherung sind veraltet und nicht evidenz-basiert**
  - Leistungsausschlüsse sind oft schlecht formuliert oder im Leistungsfall selbst bei umsichtiger Wortwahl rechtlich unhaltbar
  - Selbst wenn Leistungsausschlüsse hinreichend formuliert sind, werden sie im Massenschadenbereich oft nicht konsequent durchgesetzt
  - Im Zusammenhang mit Konsumentenschutzbewegung im EU-Umfeld setzt sich das Underwriting dem Risiko des Eingreifens durch Regulatoren und Gerichte aus
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erforderlich, um das Underwriting der Krankenzusatzversicherung auf eine neue Grundlage zu stellen**
  - Tarifierung und Risikoprüfung sollten möglichst evidenz-basiert sein
  - Verwendete Grundlagen sollten die longitudinale Dynamik der mit Morbiditätsveränderungen assoziierten Kosten besser widerspiegeln
  - Voraussetzung ist - neben regelmässigen Updates über den Stand der Medizin - die gründliche Analyse des eigenen Schadenportfolios
  - Einsatz dynamischer IT-gestützter Tools ist notwendig

# Informationsquellen

---

- **Folgende Personen haben diese Präsentation durch wichtige Hinweise und wertvolle Beiträge unterstützt**
  - Dr. med. Annette Thommen, Firma CONSULDOC
  - René Weber, Leiter Produkte & Markt, Wincare
  - Dr. med. Bruno Soltermann, Chefarzt SVV, Präsident SIM
  - Annelies Friedli, Swiss Re, Senior Claims Consultant, früher Senior Underwriter
  - Dr.med. Jürg Bichsel, Stv. Ltd. Vertrauensarzt, CSS Versicherung
  - Lorenzo Bernasconi, Winterthur Group, Product Management Non-Life, Head of Claims
  - Fabio Rosada, Winterthur Group, Product Management Non-Life, Underwriter
  - Matthias Maurer, Winterthur Group, Product Management Non-Life, Head Health & Accident
  - Roger Höhn, Product Management Non-Life, Senior Claims Officer
- **Arbeiten folgender Personen wurden als Informationsquellen genutzt**
  - K. Thomas, Health (Medical) Assurance.US Perspective. Presentation. IUC Geneva. April, 2005
  - Ursula Uttinger, Rechtsanwältin, SQS-Auditorin
  - Corinne Zbären-Lutz, Rechtsanwältin IV-Stellenkonferenz, früher Santésuisse
- **Literatur**
  - Mark J. Browne, Prohibitions on Health Insurance Underwriting, Working Paper, 26.01.2004
  - Mark Merlis, National Health Policy Forum Background Paper, 13.04.2005

# Kontakt & Fragen

---

- **Fragen?**
- **Kontakt:**
  - Winterthur Group**
  - Product Management Non-Life**
  - Peter M. Scollar**
  - Senior Claims Officer
  - WTNL
  - General Guisan-Strasse 40
  - CH-8401 Winterthur
  - +41-52-261 37 29
  - [peter.scollar@winterthur.ch](mailto:peter.scollar@winterthur.ch)**