

e+s rück

Nicola-Alexander Sittaro

*Neue Zielgruppenkonzepte
für erweiterte
Unfallversicherungen*

Nicola-Alexander Sittaro

*Neue Zielgruppenkonzepte
für erweiterte
Unfallversicherungen*

Inhalt

Kapitel		Seite
1	Grundlagen	4
2	Erweiterte Unfallversicherung – Zielgruppe Kinder	5
2.1	Kapitalleistungsmodelle nach Schweregrad der Schädigung	6
2.2	Kapitalleistungsmodell unter Berücksichtigung von Einzelerkrankungen	7
2.3	Rentenmodell nach dem Grad der Behinderung	7
2.4	Kombinationsmodell aus Kapital- und Rentenleistung	9
2.5	Kapitalleistungsmodell nach Schwerbehindertengesetz	9
2.6	Leistungsmodelle im Vergleich	10
3	Erweiterte Unfallversicherung für Erwachsene: Unfallversicherung plus Absicherung gegen schwere Krankheit	11
3.1	Produktkonstruktion	13
3.2	Risikoprüfung	14
4	Erweiterte Unfallversicherung für alte Menschen	15
5	Leistungsprüfung	16
6	Schlußbemerkung	16

1. Grundlagen

Die klassische Unfallversicherung hat in der Vergangenheit zahlreiche Ergänzungen durch zusätzliche Leistungselemente erfahren. Neben den bisher schon standardmäßig integrierten Leistungen bei Krankenhausaufenthalt und Rehabilitation sowie Arbeitsunfähigkeit gibt es zusätzliche Elemente, wie eine stark wirksame Progression, aber auch Einschlüsse wie kosmetische Behandlungskosten oder spezielle Behandlungskosten im Zahn-Kieferbereich. Andere Produktvarianten der Unfallversicherung sind z.B. die Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr sowie die Unfall-Rentenversicherung. Letztere leistet, wenn der durch den Unfall bedingte Schaden 50 % oder höher ist.

In den letzten drei Jahren ist der Invaliditätsgedanke bei Kindern wieder stärker in die Diskussion gekommen, da Produktvarianten aus dem Unfallbereich Absicherungen in dieser Hinsicht anboten. Hierbei wird die Invalidität für Kinder meist als Schweregrad einer Behinderung ausgedrückt. Bekanntermaßen werden Kinder nicht nur durch Unfälle invalide, sondern ebenso durch zahlreiche andere Erkrankungen. Diese mehr internistischen Erkrankungen konnten in der Vergangenheit durch die enge Definition des Unfallbegriffes und die klare Spartenrennung kaum Eingang in die Unfallversicherung finden.

Parallel zu dieser Entwicklung hat in anderen Ländern ein anderer Versicherungstyp mit dem Einschluß schwerer Krankheiten einen Sieges-

zug begonnen. Diese Dread Disease Versicherungen (Critical Illness Deckungen) erbringen die volle Versicherungsleistung bei Eintritt vorher klar definierter Erkrankungen, d.h. auf Diagnostellung hin. Im Kernbereich deckten diese neuen Versicherungen folgende schwere aber auch häufige Erkrankungen ab:

- ◆ Herzinfarkt
- ◆ Krebserkrankung
- ◆ Schlaganfall
- ◆ Nierenversagen

In der Ausweitung dieser krankheitsbezogenen Abdeckung wurden recht früh andere bedrohliche Erkrankungen, die eindeutig der klassischen Unfallabsicherung entstammten, mit eingeschlossen. Fast standardmäßig gehören hierzu:

- ◆ Querschnittslähmung
- ◆ Verbrennung
- ◆ schwere Schädelverletzung
- ◆ Verlust einer oder mehrerer Extremitäten

Mittlerweile gibt es im Dread Disease Bereich Produktvarianten, die 30 bis 40 Erkrankungen abdecken, von denen ca. 1/3 aus dem Unfallbereich stammen. Diese Entwicklung ist nachvollziehbar, da die erschreckenden Folgen schwerer Unfallverletzung jedermann bekannt sind.

Erweiterte Unfallversicherung: Zielgruppenkonzept

- ◆ Klassische Unfallversicherung plus Kapitalisierung bzw. Rentenleistung
- ◆ Zielgruppen:
 - Kinder
 - Erwachsene
 - Ältere Menschen
- ◆ Zusatzleistungen bei alterstypischen und gefährlichen Erkrankungen
- ◆ Attribute der Krankheiten
 - bedrohlich und angstbesetzt
 - hoher Bekanntheitsgrad
 - Betroffene oftmals im persönlichen Umfeld
 - gute Versicherbarkeit

Interessanterweise ist der Vermarktungserfolg dieser speziellen Versicherungen in Deutschland in den letzten sieben bis acht Jahren relativ begrenzt geblieben, wobei die Ursachen hierfür nicht eindeutig geklärt sind. Ein Blick in vergleichbare Länder wie Österreich oder Großbritannien zeigt, daß dort Deckungen zur Absicherung schwerer Krankheiten einen viel größeren Markterfolg erreicht haben.

Je nach betrachtetem Lebensabschnitt handelt es sich um unterschiedliche Erkrankungen, die

als bedrohlich, angstbesetzt oder als schwer beschrieben werden. Werden solche Krankheiten unter Versicherungsgesichtspunkten ausgewählt, verlangt dies einen hohen Bekanntheitsgrad, d.h. daß oftmals Bekannte im persönlichen Umfeld betroffen sind. Weiterhin bedarf es einer klaren Definition sowie genauen statistischen Datenmaterials. Hierbei fließt die ausgeprägte Altersabhängigkeit internistischer Erkrankungen in die Rechnungsgrundlagen ein.

2. Erweiterte Unfallversicherung – Zielgruppe Kinder

Die Erweiterung der Kinderunfallversicherung durch den Einfluß schwerer und chronischer Krankheiten kann mit verschiedenen Leistungsmodellen vollzogen werden. Diese Modelle unterscheiden sich im wesentlichen in der Art der Leistungserbringung als Kapital- oder Rentenleistung. Daneben ist die Definition des Leistungsfalles unterschiedlich wie im folgenden erläutert wird. Die klassische Unfallversicherung ist bereits in der Vergangenheit durch zahlreiche Zusätze erweitert worden.

Diese medizinisch orientierten Erweiterungen haben in der Vergangenheit allerdings immer den Charakter sporadischer oder isolierter Leistungserweiterungen gehabt. Umfassendere Absicherungen, z.B. in Richtung einer Invaliditätsdeckung, hat es hierbei nicht gegeben. Einer solchen Ausweitung stand auch schon die Definition der Unfallversicherung entgegen.

Besonders stark machte sich dieser Mangel natürlich bei Kindern bemerkbar, die zwar eine besonders exponierte Gruppe bei Unfallereignissen sind, die aber darüber hinaus für andere invalidisierende Erkrankungen vom gesundheitlichen und sozialen Umfeld her oftmals keine Absicherung haben.

Eine Invaliditätsabsicherung, wie sie für Erwachsene und Berufstätige selbstverständlich ist, besteht für Kinder in einer vergleichbaren Form

nicht. Zwar deckt die Unfallversicherung einen großen Anteil von invalidisierenden Schädigungen ab, doch besteht hier definitionsgemäß eine Bindung an die Ursache. Krankheitsbedingte, chronische Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Kindern sind aber ebenfalls häufig. Genau wie Unfallschäden können sie zu lebenslangen Behinderungen führen. Dieses Risiko blieb in der Vergangenheit unversichert.

In einigen Ländern sind die bestehenden Dread Disease Absicherungen für Erwachsene auch auf Kinder ausgedehnt worden, z.T. wurden die Kinder beitragsfrei oder mit einem geringen Extrabeitrag in die Dread Disease Versicherung der Eltern eingeschlossen. Allerdings ist das übliche Krankheitsspektrum bei Dread Disease Absicherung für Kinder wenig geeignet. Herzinfarkte und Schlaganfälle sind nun einmal typische Erkrankungen des höheren Erwachsenenalters.

Ein Dread Disease-ähnliches Krankheitsspektrum für Kinder würde z.B. bei folgenden alterstypischen Erkrankungen leisten:

- ◆ Krebserkrankung
- ◆ Diabetes mellitus
- ◆ Entzündungen des zentralen Nervensystems (Meningitis, Encephalitis)
- ◆ Multiple Sklerose
- ◆ Nierenversagen
- ◆ Organtransplantation

Eine solche Liste ist keineswegs vollständig, doch ist es durchaus möglich, die zehn häufigsten invalidisierenden Erkrankungen des Kindesalters in einer solchen Deckung auszudrücken.

Natürlich können solche auch durch Elemente ergänzt werden, die den Deckungsumfang insgesamt erweitern und die mögliche Kritik der

fehlenden Leistung bei nicht gedeckten Krankheiten entkräften. Zu solchen Zusatzabsicherungen gehören:

- ◆ Leistung bei schweren chirurgischen Eingriffen (z.B. Herz- und Hirnoperation)
- ◆ Eintritt der Pflegebedürftigkeit

2.1 Kapitalleistungsmodelle nach Schweregrad der Schädigung

Dieses erste Modell einer erweiterten Kinderunfallversicherung hat erstmals Kindern die Absicherung bei schweren und chronischen Krankheiten ermöglicht. Mit diesem Modell ist die enge Begrenzung der klassischen Unfallversicherung auf dauerhafte Gesundheitsschädigungen, die kausal auf ein Unfallereignis zurückzuführen waren, verlassen worden. Lediglich zwei Erkrankungsgruppen sind ausgeschlossen. Bei diesen Ausnahmen handelt es sich um:

- ◆ angeborene Erkrankungen
- ◆ psychische Krankheiten, Geisteskrankheiten oder Verhaltensstörungen

Für alle übrigen Krankheiten gilt als einzige Begrenzung, daß der gesundheitliche Schädigungsgrad größer oder gleich 25 % sein muß. Das Vorliegen dieses Schädigungsgrades kann einmal durch das Versicherungsunternehmen selbst festgestellt werden oder aber durch ärztliche Begutachtung.

Wichtig in einem solchem Modell ist die Zeitspanne zwischen Auftreten der Erkrankung und Feststellung der Dauerhaftigkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Kompliziert wird die Beurteilung dieser Zeitspanne, weil zahlreiche schwere Erkrankungen in kürzerer Zeit auch zum Tode führen können. Da der Charakter der Versicherung aber eine finanzielle Unterstützung zur Milderung der Folgen der schweren Krankheit bedeutet und nicht eine Todesfallabsicherung ist, muß dieser Fall besonders berücksichtigt werden. Insbesondere gilt dies z.B. für Krebserkrankungen, die bei Kindern häufiger auftreten und in etwa 1/3 der Fälle zum Tode innerhalb von 1 bis 2 Jahren führen. Die Lösung für dieses Problem liegt in einer eingeschlossenen Todesfallleistung, die

fällig wird, falls das Kind innerhalb der ersten 12 Monate nach Auftreten der Erkrankung verstirbt. Eine Wartezeit von 12 Monaten bis zur Anerkennung des Leistungsfalles bedeutet allerdings für einige Krebserkrankungen, daß 100 %ig geleistet wird, auch in Fällen, bei denen der Tod im zweiten Jahr nach Krankheitseintritt erfolgt. Aus Marketinggründen kann aber eine Wartezeit kaum über 12 Monate ausgedehnt werden, da solche Fristen den Kunden schwer vermittelbar wären.

Aufgrund der relativ niedrigen Schädigungsschwelle von 25 % für den Leistungsfall und der Tatsache, daß viele Kinder prädisponierende Risiken für chronische Erkrankungen haben, erfordert dieses Produkt eine umfassende Risikoprüfung.

Im Erkrankungsfall bestimmt sich die Leistungshöhe nach dem jeweilig festgestellten Grad der Beeinträchtigung. In Zweifelsfällen ist hierfür eine ärztliche Begutachtung erforderlich. Problematisch sind aber solche Begutachtungen nicht, da die Leitlinien hierfür allgemeingültig und seit vielen Jahren fester Bestandteil jeder ärztlichen Beurteilung sind.

Problematisch erweist sich diese Produktvariante für den Fall, daß sich der Schweregrad einer Beeinträchtigung während der Versicherungslaufzeit bzw. während der Laufzeit des Leistungsfalles erhöht. Tritt dies ein, muß die Leistung an einen nunmehr höheren Schädigungsgrad angepaßt werden bzw. eine Nachbegutachtung zur Feststellung des erhöhten Schädigungsgrades durchgeführt werden.

Insgesamt ist dieses Modell sehr eng an die Unfallversicherung angelehnt und durch die Kapitalleistungsvariante relativ günstig in der Prämienhöhe.

2.2 Kapitalleistungsmodell unter Berücksichtigung von Einzelerkrankungen

Grundsätzlich gibt es zwei Erweiterungsmöglichkeiten für eine Kinderunfallversicherung mit dem Einschluß schwerer Krankheiten: Zum einen mit der Zielrichtung einer Invaliditätsabsicherung und zum anderen mit der Zielrichtung einer Dread Disease Absicherung. Bei einer Dread Disease Absicherung ist der Leistungsfall als Eintritt einer bestimmten Krankheit definiert. Die versicherten Krankheiten sind vorher in dem Produkt als Leistungsfall benannt, aufgelistet und definiert. Bei klassischen Dread Disease Versicherungen sind für Erwachsene üblicherweise Krebserkrankungen, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Nierenversagen eingeschlossen. Die hierbei gewählten Erkrankungen sind bedrohlich, weit bekannt und gut versicherbar, weil ausreichend statistisches Material darüber vorliegt. Für Kinder sind die Krankheiten des Erwachsenenalters wenig relevant. Bei einer entsprechenden Produktkonstruktion muß dieses berücksichtigt werden.

Der Vorteil einer solchen Deckung ist die sehr vereinfachte Leistungsprüfung. Geleistet wird bei Diagnosestellung, und diese kann relativ einfach vom behandelnden Arzt oder behandelnden Krankenhaus erhalten werden. Die Frage nach dem Schweregrad einer Erkrankung stellt sich grundsätzlich nicht.

Ein Nachteil bei diesem Produkt besteht darin, daß nicht alle Krankheiten, die zu schwerer oder schwerster dauerhafter Beeinträchtigung

führen, benannt werden können. Die Versicherungsbedingungen können nicht seitenlang aus medizinischer Terminologie bestehen. Der Ausweg aus diesem Konflikt besteht in einer niedrige-schweligen Definition für einen Pflegefall, der dann als Leistungsursache eingeschlossen würde. Hier könnte z.B. die volle Leistung von 100 % der versicherten Summe schon beim Erreichen von zwei Punkten in der sechs Punkte umfassenden Pflegebewertungsskala erbracht werden.

Das Dread Disease Produkt selbst erlaubt aber noch weitere Einschlüsse, die bei allen anderen Konstruktionen kaum möglich wären. So kann eine Ausdehnung auf chirurgische Eingriffe erfolgen, die im allgemeinen Bewußtsein als lebensbedrohlich und schwer empfunden werden. Gedacht wäre hierbei z.B. an Eingriffe am Herzen sowie am zentralen Nervensystem.

Auch bei dieser Produktvariante ist eine Risikoprüfung erforderlich, die aber wesentlich zurückhaltender ausfallen kann, als bei allen anderen Produkten.

Die Leistungsfallbearbeitung ist durch die reine Verknüpfung mit der Diagnosestellung extrem vereinfacht. Insgesamt ist das Produkt trotz vieler zusätzlicher Einschlüsse prämienseitig sehr günstig zu kalkulieren.

2.3 Rentenmodell nach dem Grad der Behinderung

Diese Produktvariante nähert sich der Zielsetzung einer Invaliditätsabsicherung am stärksten an. Bei Erreichen einer körperlichen Beeinträchtigung bzw. eines Grades der Behinderung von 50 % oder mehr wird eine lebenslange Rente im vereinbarten Umfang gezahlt. Bei der Feststellung des Grades der Behinderung werden die Beurteilungen der Versorgungsämter herangezogen, die eine solche Begutachtung gesetzlich für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises durchführen. Bei der Beurteilung eines Grades der Behinderung stützen sich hierbei die vom Versorgungsamt beauf-

tragten Ärzte auf die allgemein gültigen Leitlinien zur Begutachtung, die in diesem Fall direkt in das Schwerbehindertenrecht integriert sind. Die Versicherung folgt also in einem Leistungsfall der Beurteilung des Versorgungsamtes und nimmt selbst keine weitergehenden Bestimmungen des Grades einer körperlichen Behinderung vor.

Gegenüber der Kapitalleistung enthält dieses Modell den sehr positiv besetzten Begriff der Rentenleistung, die auch noch lebenslang erbracht wird und nicht wie bei der Berufsun-

fähigkeitsversicherung nur bis zum Eintritt ins Rentenalter. Naturgemäß machen allerdings Rentenleistungen ein Produkt um ein Mehrfaches teurer als Kapitalleistungen - besonders dann, wenn die vereinbarte Rentenleistung in der Höhe gewählt wurde, die zur späteren Lebensführung tatsächlich benötigt wird.

Die enge Anbindung des Leistungsfalles an das Schwerbehindertenrecht und an die Entscheidung des Versorgungsamtes birgt zahlreiche Gefahren. So war die Intention bei der Einführung des Schwerbehindertenrechtes nicht die genaue Bemessung der körperlichen Beeinträchtigung im Sinne einer Invalidisierung, sondern eine starke Berücksichtigung sozialer und psychosozialer Aspekte von Krankheit und Behinderung. Hinzu kommt, daß die in diesem Sinne definierte Behinderung für Kinder anderen Zielsetzungen entsprach als die für Erwachsene. Ganz besonders für Kinder gilt im Schwerbehindertenrecht die soziale Integration als zusätzlicher Maßstab bei der Bemessung von Behinderung. Diese Integration wird auf das kindliche Umfeld bezogen und keinesfalls auf die Erwachsenenwelt. Als Beispiel sei hier die Sprachbehinderung (z.B. Stottern) genannt, bei der neben einem medizinischen Krankheitsaspekt zusätzlich die soziale und psychische Behinderung addiert wird.

Weiterhin muß erwähnt werden, daß bisher das Schwerbehindertenrecht für Kinder kaum in Anspruch genommen wird, weil die in diesem Gesetz verankerten Rechte oder Vorteile stärker erwachsenorientiert sind. Hierzu gehören Steuervorteile, Freibeträge, Schutz vor Entlassung und zusätzliche Urlaubstage. Gerade aus diesem Grund ist es gerechtfertigt davon auszugehen, daß die Versorgungsämter keinesfalls die Erfahrung bei der Begutachtung von Kindern erlangt haben, die jetzt im Zusammenhang mit den Kinderunfallversicherungen erwartet wird. Hier ist versicherungsmäßig ein beträchtliches Änderungsrisiko enthalten.

Mehr als 2/3 der statistisch erfaßten schwerbehinderten Kinder entstammt den Krankheitsbereichen angeborener Störungen und psychischer bzw. mentaler Defekte. Hier gibt es im beträchtlichen Umfang Grauzonen zu organi-

schen Defekten, die nicht eindeutig klärbar sind. Erneut gehören hierzu die Sprachstörungen wie Stottern oder Artikulationsstörungen, aber auch Hauterkrankungen und vegetative Störungen wie z.B. Bettnässen.

Das bisher eingeführte Versicherungsmodell beinhaltet auch eine regelmäßige Nachprüfung nach Eintritt der Rentenleistung. Sollten sich Verbesserungen des Gesundheitszustandes ergeben und der Schweregrad der Behinderung unter 50 % fallen, würde die Rentenleistung eingestellt werden. Auch hier sind durch die Anbindung an die Versorgungsamtsentscheidung Probleme vorprogrammiert. Während z.B. der Grad der Behinderung bei der Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus) bei Kindern nach dem Behandlungserfolg geht, folgt sie bei Erwachsenen dem Auftreten von zusätzlichen Organkomplifikationen. Da diese Komplikationen aber erst nach 15- bis 25jährigem Verlauf der Erkrankung auftreten, wäre damit die Einstufung bei Personen unter 18 Jahren anders als bei denen über 18 Jahren. Diesem Konflikt kann nur entgangen werden, wenn das Versorgungsamt der Leitlinie folgt, daß eine einmal getroffene Schweregradfeststellung nicht wieder zurückgenommen wird.

Auch diese Produktvariante erfordert eine intensive Risikoprüfung im Antragsbereich. Aufwendig bleibt auch die Verwaltung der Leistungsfälle, da die Vorgänge möglicherweise lebenslang offengehalten werden müssen.

Durch die Rentenleistung ist die kalkulierte Prämie für diese Produktvariante deutlich höher als für die Kapitalleistungsmodelle.

2.4 Kombinationsmodell aus Kapital- und Rentenleistung

Das reine Rentenleistungsmodell ist defizitär im Umgang mit drei Erkrankungsmöglichkeiten:

- ◆ Erkrankungen knapp unterhalb der Anerkennungsschwelle
- ◆ schwerste Erkrankungen, bei denen der Patient besonders im Anfangsstadium mehr Unterstützung benötigt als im weiteren Verlauf
- ◆ Erkrankungen, die nach kurzer Zeit zum Tode führen

Krankheiten wie Diabetes mellitus, chronische Leberentzündungen oder Entzündungen des zentralen Nervensystems erreichen oftmals erst nach längerem Verlauf einen Behinderungsgrad von 50 % oder mehr. Trotzdem bestehen diese Krankheiten, beeinträchtigen den Betroffenen und führen zu erheblichen zusätzlichen Aufwendungen.

Ähnliches gilt für Krankheiten, die besonders im Initialstadium starke Zusatzbelastung für das Elternhaus bringen, wie z.B. Transplantationen oder andere schwere chirurgische Eingriffe.

Zu der dritten Gruppe, bei der Rentenbedarf und Rentenleistung durch die zeitlichen Verlaufsaspekte der Erkrankung auseinanderklaffen, gehören alle Krebserkrankungen. Besonders nach Diagnose dieser Erkrankung und den initialen Behandlungen besteht der höchste

finanzielle Unterstützungsbedarf. Nach überstandener Erkrankung vermindert sich dieser Bedarf, oder er erübrigt sich vollständig.

Dieser Bedarfsstruktur wird im Rentenmodell nicht Rechnung getragen. Ideal wäre damit also die Kombination einer Kapital- und Rentenleistung, die sowohl die Schwächen der oben beschriebenen Bedarfsberücksichtigung kompensiert, als auch die Vorteile der lebenslang gezahlten Rente bei fortbestehender schwerer Behinderung beinhaltet. Hierfür bietet sich als Einmalzahlung ein Vielfaches der Monatsrente an. Die Leistung erfolgt nach einem Erkrankungskatalog, der dann sogar Krankheiten einschließen kann, die voraussichtlich nicht zu einem dauerhaften Grad der Behinderung (GdB) von 50 % führen. Für die Patienten mit Diabetes mellitus oder Krebserkrankung ist durch eine solche Kapitalleistung die Zeit bis zur endgültigen Feststellung einer schweren Behinderung wirksam abgedeckt.

Dieses Modell erfordert ebenfalls eine Risikoprüfung. Die Leistungsbearbeitung ist nicht nennenswert abweichend gegenüber dem reinen Rentenmodell. Das Versicherungsunternehmen weiß sogar frühzeitig von einem möglicherweise eintretenden Rentenleistungsfall. Die Verteuerung dieser Produktvariante gegenüber dem reinen Rentenmodell ist relativ gering.

2.5 Kapitalleistungsmodell nach Schwerbehindertengesetz

Gerade für kleinere Versicherungsunternehmen bietet die Leistungsprüfung durch das Versorgungsamt nach dem Schwerbehindertenrecht eine große Hilfe hinsichtlich Personaleinsatz und Kosten. Ein Schwerbehinderungsbescheid ist ein amtliches Dokument, das in der Bemessung eines Schweregrades der Behinderung eindeutig ist. Auf der anderen Seite ist die lebenslange Zahlung einer Rente administrativ aufwendig.

Aus diesem Grund bietet sich eine weitere Modellvariante an, die zahlreiche Vorteile verknüpft.

Hierbei wird die gesamte Versicherungssumme als Kapitalleistung erbracht und zwar basierend auf einem Versorgungsamtbescheid mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 % oder mehr. Als amtliches Dokument reicht der Bescheid hierfür vollkommen aus. Es erübrigen sich dadurch alle Krankheitsbetrachtungen, alle Kontrolluntersuchungen und jegliches Offenhalten von Rentenakten. Zusätzlich wäre eine solche Produktvariante als Kapitalleistungsmodell wiederum zu einer günstigen Prämie kalkulierbar.

2.6 Leistungsmodelle im Vergleich

Ein Vergleich der verschiedenen Versicherungsmodelle kann nicht auf das Ziel hin erstellt werden, qualitativ im Sinne von besser oder schlechter vorzugehen. Hierzu sind die Modelle zu unterschiedlich und die Zielsetzungen vollkommen anders geartet. Die niedrige Prämie des Kapitaleistungsmodells reflektiert natürlich auch den insgesamt geringeren Leistungsumfang im Vergleich zu einer lebenslangen Rente. Trotzdem ist die Versicherungsprämie ein wichtiger Faktor im Vertrieb, so daß eigentlich beide Modelle alternativ beim Kunden angeboten werden müßten.

Das neue Element der Risikoprüfung in der Unfallversicherung läßt sich bei keiner Modellvariante vermeiden. Je größer aber der Leistungsumfang ist, desto intensiver sollte geprüft werden. Grobe Schätzungen zeigen, daß zwischen 5 und 10 % aller Kinder krankheitsbedingte Auffälligkeiten haben, die hinsichtlich eines möglichen Leistungsfalles abgewogen werden müssen. Keinesfalls kann eine gesundheitliche Beeinträchtigung zwangsweise eine Ablehnung des Versicherungsantrages bedingen, da die Ablehnungsquote dann unverhältnismäßig hoch wäre und der Vertrieb entmutigt würde - ganz zu schweigen von der fehlenden medizinischen Notwendigkeit für ein solches Vorgehen.

Da der Versicherungsausschluß für angeborene und psychische bzw. mentale Störungen in allen Leistungsmodellen besteht, braucht in dieser Hinsicht keine Abwägung vorgenommen zu werden. Probleme ergeben sich besonders aus der Komponente der angeborenen Erkrankungen. So kann z.B. ein geringgradiger Herzfehler (ASD, VSD) als Komplikation zu einer Herzklappenentzündung führen, die einen Grad der Behinderung von 50 % oder mehr bedingt. Eine solche Komplikation ist eindeutig in ihrer Ursache auf eine angeborene Erkrankung zurückzuführen. Trotzdem wäre eine Ablehnung der Leistung schwer zu rechtfertigen.

Gemeinsam ist allen vorgestellten Modellen weiterhin die gedeckte Altersspanne vom vollendeten 1. bis zum 18. Lebensjahr. Die Ausparung der ersten 12 Lebensmonate vom Versicherungsschutz ist sinnvoll, da in dieser Zeitspanne zahlreiche angeborene Erkrankungen entdeckt werden. Trotzdem wird es in Zukunft einen gewissen Druck von der Vertriebsseite geben, die ausgezeichneten Vermarktungschancen unmittelbar nach der Geburt zu nutzen.

Erweiterte Kinderunfallversicherung

	<i>Kapitaleistung nach Schweregrad</i>	<i>Kapitaleistung nach Diagnose</i>	<i>Rentenleistung bei GdB >50 %</i>	<i>Rentenleistung plus Kapitalleistung bei GdB >50 %</i>
Versicherungssumme	100.000 DM >90 % 200.000 DM	100.000 – 300.000 DM	500 – 2.000 DM monatlich	500 – 3.000 DM/Monat plus einmalig 12.000 – 72.000 DM
Risikoprüfung	notwendig	notwendig	notwendig	notwendig
Leistungsfall	Funktionsbeeinträchtigung >25 %	Diagnose	GdB >50 %	GdB >50 % Diagnose
Leistungsprüfung	Gutachten Arztbericht	Arztbericht	Versorgungsamt	Versorgungsamt Arztbericht
Leistungen	einmalig/mehrmals möglich	einmalig	Lebenslange Rente	Lebenslange Rente plus Einmalleistung

Auf die administrativen Kosten ist bereits bei der Besprechung der einzelnen Modellvarianten eingegangen worden. Hier liegen die Vor-

teile eindeutig auf Seiten von Kapitaleleistungsmodellen bzw. bei Dread Disease-orientierten Modellvarianten.

3. Erweiterte Unfallversicherung für Erwachsene: Unfallversicherung plus Absicherung gegen schwere Krankheit

Bei dieser neuen Kombination wird gewissermaßen ein im Markt eingeführtes Prinzip umgekehrt. In fast allen Dread Disease Produkten sind in der Krankheitenliste typische Unfallschäden integriert. Nun übernimmt die Unfallversicherung Dread Disease Elemente. Die Dread Disease Versicherung selbst ist in den seltensten Fällen eine "Stand alone"-Versicherung, sondern vorwiegend mit der Lebensversicherung kombiniert. In der hier vorgestellten Fassung erfolgt die neue Verknüpfung mit der klassischen Unfallversicherung.

Erweiterte Unfallversicherung: Zielgruppenkonzept

Zielgruppe Erwachsene

- ◆ Klassische Unfallversicherung mit üblicher Gliedertaxenbewertung **plus**
- ◆ Leistung bei Eintritt einer der folgenden Erkrankungen:
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Krebs
 - Nierenversagen
 - Organtransplantation

Unter Markt- oder Vertriebsgesichtspunkten bietet die Kombination "Unfallversicherung und Leistung bei schweren Krankheiten" hervorragende Vorteile. Bekanntlich umfaßt die Unfalldefinition die Plötzlichkeit des Ereignisses und die Eigenschaft als von außen kommend. Die Plötzlichkeit oder Schlagartigkeit eines Ereignisses findet sich in der oben aufgeführten Krankheitenliste ebenfalls wieder – nicht umsonst sprechen wir vom Herzschlag oder vom Schlaganfall. Es handelt sich unzweideutig um Schicksalsschläge, die lebensbedrohlichen und existenzgefährdenden Charakter haben. In Ergänzung zur Unfallversicherung kommen die Krankheitsereignisse diesmal aber von innen.

Bei klassischen Unfallversicherungen assoziiert der Kunde in erster Linie als Schäden Frakturen oder Verletzungen. Er denkt also an die bekannten Brüche an den Extremitäten. Hierzu paßt der Begriff der Gliedertaxe, der bei der Schadenfeststellung eingesetzt wird. Mit der Ergänzung der Unfallversicherung durch Krankheitseinschluß ergänzt sich der Gliederschaden durch den Organschaden, d.h. der ganze Körper wird erfaßt.

Diese Kombination bietet gegenüber bestehenden anderen Kombinationen erhebliche Vorteile. So sind die eingeschlossenen Erkrankungen alle sehr bedrohlich, existenzgefährdend, zeigen einen hohen Bekanntheitsgrad und sind gut versicherbar. Gut versicherbar in diesem Sinne heißt, daß gutes statistisches Zahlenmaterial über Risikogruppen, Inzidenzen und Mortalität vorliegt.

Erweiterte Unfallversicherung mit Zusatzleistungen bei schweren Krankheiten – Vorteile

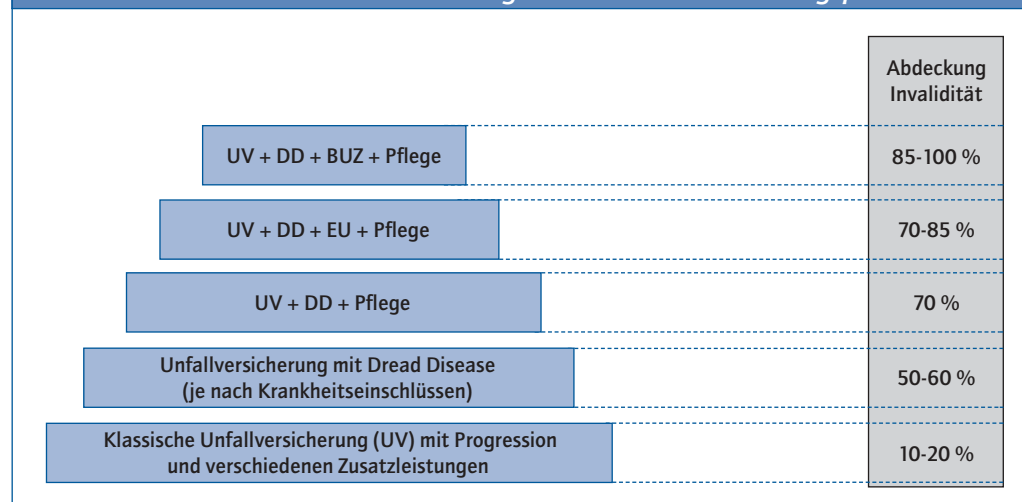
- ◆ Nähe zur Unfallversicherung – plötzlich eintretende, existenzbedrohliche Gesundheitseinschränkung
- ◆ Frakturkonzept plus Organkonzept
- ◆ Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs und Nierenversagen sind durch persönliche Erfahrungen weit bekannt
- ◆ einfache Leistungsprüfung – geleistet wird bei Diagnose
- ◆ attraktiver Preis
- ◆ die Kombination von UV und Dread Disease enthält eine substantielle Invaliditätsdeckung

Ein weiterer Vorteil der Kombination "Unfallversicherung mit dem Einschluß schwerer Krankheiten" liegt in der Nähe zur Invaliditätsabsicherung. Bekanntlich ist die etablierte Invaliditätsversicherung in Deutschland als Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) eine sehr teure und oftmals auch problematische Absicherung. Die Nachteile der BUZ sind:

- ◆ problematische Risiko- und Leistungsprüfung
- ◆ Problemkrankheiten wie Rückenschmerzen und psychische Störungen stellen viele Leistungsfälle
- ◆ Verweisbarkeit auf andere Berufe
- ◆ hohe Prämien

Mit der oben aufgeführten Krankheitskombination deckt die Unfallversicherung ca. 50 %, in höherem Alter sogar 60 % aller herkömmlichen Leistungsfälle in einer Invaliditätsversicherung wie der BUZ ab. Ausgeschlossen sind in der Unfallkombination gerade die Problemkrankheiten, die häufig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führen, wie Wirbelsäulenschmerzen und psychische Störungen. Grob geschätzt stellen diese Erkrankungen ca. 1/3 aller Leistungsfälle in der herkömmlichen BUZ dar.

Invaliditätsabsicherung: Abdeckung der Invaliditätsursachen bei Kombination von Unfallversicherung mit anderen Versicherungsprodukten



EU = Erwerbsunfähigkeitsversicherung DD = Dread Disease – Absicherung bei schweren Krankheiten

Um dem Argument der Unvollständigkeit der Krankheitenliste zu begegnen, da es bekanntlich mehr Ursachen für den Invaliditätseintritt gibt als die fünf oben aufgeführten Krankheiten, bieten sich folgende Lösungsmöglichkeiten:

- ◆ niedrigschwellige Berücksichtigung des Pflegefalles
- ◆ Einschluß einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung

3.1 Produktkonstruktion

Der Einschluß schwerer Krankheiten in eine Unfallversicherung verlangt einige Besonderheiten, die bisher im klassischen Unfallprodukt nicht erforderlich waren. So ist die Eintrittswahrscheinlichkeit von Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebserkrankung extrem altersabhängig. Während die Inzidenzen bis zum 40. Lebensjahr eher gering sind, steigen sie danach steil an. Für Frauen ist die Eintrittswahrscheinlichkeit allerdings geringer. Die einzige Ausnahme besteht hier für die Erkrankung an Brustkrebs. Diese starke Inzidenzerhöhung jenseits des 40. Lebensjahres verlangt insgesamt, daß für jedes Eintrittsalter eine andere Prämienhöhe maßgeblich ist. Für die Lösung des Problems der stark altersabhängigen Eintrittswahrscheinlichkeiten stehen aber mehrere aktuarielle Ansätze zur Verfügung.

Eine weitere Besonderheit des Kombinationsproduktes ist die Einführung zweier Wartezeiten:

1. Wartezeit: Zeitspanne zwischen Versicherungsbeginn und frühestmöglichem Zeitpunkt eines Leistungsfalles
2. Wartezeit: Zeitspanne zwischen Eintritt des Versicherungsfalles (Krankheitsauftreten) und Beginn der Leistungspflicht

Beide definierten Wartezeiten haben schadensmindernden Charakter. In allen weltweit eingeführten Dread Disease Produkten wird nach Versicherungsbeginn eine Wartezeit definiert (1. Wartezeit), die bis zum frühestmöglichen Eintritt einer versicherten Erkrankung verstreichen muß. Mit dieser Wartezeit soll der antiselektiven Tendenz entgegengesteuert werden, daß bereits erkrankte Personen Versicherungsschutz erwerben. Es bedarf keiner weiteren Erklärung, daß den meisten der aufgelisteten Erkrankungen Symptome vorausgehen, die auch dem Laien bekannt sind und eine erhebliche Erhöhung des Risikos bedeuten.

Besonders stark hat sich die antiselektive Tendenz bei Brustkrebserkrankungen gezeigt. Von Seiten der Gesundheitsvorsorge werden Frauen dazu angehalten, durch regelmäßige Eigenuntersuchung Frühstadien von Brustkrebs zu ertasten. Je früher die Erkrankung erkannt wird, umso höher die Heilungschancen. Damit entsteht aber auch ein gewisses Mißbrauchspotential, da keine Betroffene daran gehindert werden kann, vor einer weitergehenden Untersuchung des Krankheitsbefundes eine Versicherung abzuschließen. Die Schadenstatistiken bestätigen dies – hier ist in manchen Ländern Brustkrebs zum führenden Leistungsfall geworden. Im Durchschnitt liegt das Erkrankungsalter bei diesen Leistungsfällen fast 10 Jahre unter dem der Allgemeinbevölkerung.

Eine Wartezeit von 3 Monaten kann zwar den Mißbrauch nicht vollständig verhindern, bedeutet aber trotzdem eine gewisse Absicherung.

Auch die zweite Wartezeit zwischen erstmaligem Auftreten der versicherten Erkrankung und Eintritt des bedingungsgemäßen Versicherungsfalles vermindert die Schadenhäufigkeit beträchtlich. Bei der Kombination von Unfallversicherung mit schwerer Krankheitsabdeckung liegt eine ähnliche Zielsetzung wie bei der klassischen Unfallversicherung vor. Die Beeinträchtigungen der Lebensführung durch den Schadensfall sollen durch die Versicherungsleistung gemildert werden. Die Kombinationsversicherung hat nicht den Charakter einer Hinterbliebenenabsicherung. Damit wird eine bestimmte Überlebenszeit nach Eintritt der Erkrankung für den Versicherungsfall unterstellt. Diese Zeitspanne sollte mindestens bei 4 Wochen liegen.

Ein Nebeneffekt dieser zweiten Wartezeit ist ebenfalls die drastische Minderung der erwarteten Leistungsfälle. So ist aus umfangreichen deutschen Untersuchungen bekannt, daß mehr als 40 % der Patienten mit Herzinfarkt in den ersten 4 Wochen versterben. Für Frauen liegt der Anteil sogar noch höher. Besonders stark ist

diese frühe Todesquote für höhere Alter. Auch nach Schlaganfall ist die Sterblichkeit in den ersten 4 Wochen beträchtlich und umfaßt ca. 10 bis 20 % der Betroffenen. Natürlich schlagen sich diese frühen Todesfälle in den Rechnungsgrundlagen nieder.

3.2 Risikoprüfung

Aufgrund der erheblich hohen Inzidenz von Schlaganfall, Herzinfarkt und Krebserkrankungen ist eine Risikoprüfung beim Einschluß schwerer Krankheiten in die Unfallversicherung erforderlich. Zur Vermeidung einer zu intensiven Prüfung sind aber auch produkttechnische Möglichkeiten gegeben. Vorrangig ist

hier die Unterscheidung zwischen Rauchern und Nichtrauchern. Ca. 30 - 40 % aller Krebserkrankungen sind durch Rauchen bedingt, und bei den kardiovaskulären Erkrankungen liegt zu 20 - 30 % kausal ebenfalls Nikotinabusus zugrunde. Unterschiedliche Tarife für Raucher und Nichtraucher sind hier die eleganteste Lösung.

Erweiterte Unfallversicherung: Indikatoren für die Risikoprüfung

- ◆ Rauchen erhöht das Risiko für Herzinfarkte um das Drei- bis Vierfache
- ◆ Rauchen bedingt 20-30 % der Krebserkrankungen
- ◆ Hochdruck erhöht das Risiko für Herzinfarkte um das Dreifache, für Schlaganfälle um das Sechs- bis Achtfache und für Niereninsuffizienz um das Drei- bis Vierfache

Schlußfolgerungen:

- ◆ Risikofaktoren für Dread Disease sind leicht erkennbar und daher:
 - ◆ die Selektionswirkung durch Risikoprüfung ist bei Dread Disease Deckungen besonders ausgeprägt
 - ◆ Aber: üblicherweise werden nur 20-30 % der Fälle intensiv (Zusatzinfo) geprüft

Unter Berücksichtigung der bekannten Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen kann ebenfalls mit sehr einfachen Mitteln eine Risikoselektion vorgenommen werden. Hierzu gehört in erster Linie die Erkennung von hohen Risikogruppen, wie z.B. Blutzuckerranke (Diabetiker).

Diese Beispiele zeigen, daß mit sehr einfachen Mitteln, d.h. mit 4-7 Antragsfragen, ein Großteil der Risikoprüfung durchgeführt werden kann.

4. Erweiterte Unfallversicherung für alte Menschen

In ähnlicher Weise, wie Kinder und Erwachsene als Zielgruppe über den Einschluß bestimmter Erkrankungen in die Unfallversicherung definierbar sind, gilt dies auch für ältere Menschen. Im folgenden soll für den Begriff "ältere Menschen" die Altersspanne vom 65. bis zum 95. Lebensjahr gelten.

In der Vergangenheit waren ältere Menschen als Zielgruppe für eine Unfallversicherung nicht besonders beliebt, weil die Schadenshäufigkeit substantiell erhöht war. Außerdem bestanden oftmals Vorerkrankungen, die in ihrer Auswirkung auf spätere, mögliche Traumafolgen nicht einstuftbar waren. Verschiedene Möglichkeiten zur Erschwerung der Unfallversicherung für ältere Leute waren eingeführt, so z.B.:

- ◆ Nichtversicherbarkeit ab einem bestimmten Alter
- ◆ Erhöhte Prämie für ältere Menschen
- ◆ Reduktion des Leistungsumfanges im Schadenereignis

Andererseits wird besonders in den letzten Jahren mehr und mehr darauf hingewiesen, daß es sich bei älteren Menschen um eine zukünftige Zielgruppe für Versicherungen verschiedenster Art handelt. Unfallereignisse jenseits des 65. Lebensjahres sind häufiger als unter 60 Jahren und die Unfallschwere durchweg stärker ausgeprägt. Es bedarf keiner weiteren Erklärung, daß bei älteren Menschen der Heilungsverlauf verzögert und die Komplikationsrate nach Trauma erhöht ist.

Unabhängig von diesen ungünstigen Voraussetzungen für eine Unfallversicherung besteht aber umso stärker Versicherungsbedarf. Rechnungsgrundlagen für eine Unfallversicherung im höheren Alter stehen zur Verfügung. Wird jetzt noch jede höhere Unfalleistung als Rentenzahlung erbracht, kommt ein weiteres Sicherheitselement in die Berechnung.

Unter der Leitlinie, eine erweiterte Unfallversicherung für ältere Menschen zu definieren und hierbei Krankheiten zu finden, die alterstypisch,

bekannt und bedrohlich sind, bieten sich folgende Leistungseinschlüsse an:

- ◆ 100 %ige Leistung bei Schenkelhalsfrakturen
- ◆ 100 %ige Leistung bei vollständiger Erblindung
- ◆ 100 %ige Leistung bei Eintritt des unfallbedingten Pflegefalles

Die aufgelisteten drei Erkrankungszustände erfüllen die Bedingung der guten Versicherbarkeit, d.h. der Erstellung korrekter Rechnungsgrundlagen. Das statistische Material, das aus medizinischen Publikationen und anderen Übersichten zur Verfügung steht, erlaubt eine sehr korrekte Ableitung der Schadenshäufigkeit.

Erblindung wird unter den schrecklichsten Erkrankungen subsumiert, die bei Umfragen von älteren Menschen aufgelistet werden. Die Krankheit bedingt in den meisten Fällen eine vollständige Hilflosigkeit und komplette Abhängigkeit von anderen Menschen. Zumindestens finanziell abgesichert zu sein, ist eine gewisse Minderung der Folgen der Erkrankung.

Die Schenkelhalsfraktur tritt mit großer Häufigkeit bei älteren Menschen ein und betrifft besonders Frauen. Oftmals führt die Erkrankung zu monatelanger Abhängigkeit von anderen Personen bzw. vorübergehender oder andauernder Pflegebedürftigkeit. Gerade in der Mobilisationsphase nach einer solchen Fraktur besteht ein hoher finanzieller Bedarf. Durch die relative Häufigkeit des Ereignisses wissen alle älteren Menschen von der Bedrohlichkeit der Schenkelhalsfraktur. Damit entsteht der Wunsch nach Absicherung.

Auch der Pflegefalleintritt nach Trauma ist bei älteren Menschen häufiger. Zwischen 5 und 7 % aller Pflegefälle der gesetzlichen Pflegeversicherung sind im engeren oder weiteren Sinne unfallbedingt. Die Verknüpfung des Pflegeeintritts mit einer 100 %igen Leistung aus einer Unfallversicherung ist daher sinnvoll.

Alle drei leistungsbegründenden Schäden ziehen die volle Leistung nach sich. Allerdings wird die Leistung selbst durchweg als eine Rentenzahlung erbracht. Durch diese Verknüpfung ist es sogar möglich, an Stelle einer Progressionsstaffel, wie sie im klassischen Unfallbereich üblich ist, eine Kombinationsstaffel einzuführen. Dies bedeutet, daß der Pflegefalleintritt nach Schenkelhalsfraktur eine doppelte Leistung begründen würde.

Durch die relativ hohe Sterblichkeit in der Anfangsphase nach Krankheitseintritt führt die

Rentenleistung zu einer insgesamt verminderten Schadenhöhe und damit zu einem relativ günstigen Prämienniveau.

Bei diesen Kombinationen sind dann natürlich die rechnerischen Monatsrenten sehr hoch und entsprechen damit dem tatsächlichen Bedarf in solchen Notlagen.

5. Leistungsprüfung

Bei den aufgeführten Produktvarianten ist die Krankheitsdiagnose ausreichend zur Begründung des Leistungsfalles. Damit ist der Aufwand der Leistungsprüfung sehr gering, da lediglich die Krankheitsbestätigung durch einen ärztlichen Bericht oder einen Krankenhausbericht erfolgen muß. Natürlich wird es trotzdem

Probleme geben, da Lungenkrebs bei Nichtrauchern sehr selten ist und ein so gelagerter Fall immer genau hinterfragt werden müßte. Jeder einzelne Leistungsfall verlangt darüber hinaus eine Überprüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, da hier die Erfahrung aus anderen Ländern Mißbrauch gezeigt hat.

6. Schlußbemerkung

Die Erweiterung der klassischen Unfallversicherung durch Leistung bei altersspezifischen schweren Erkrankungen führt zu einer neuen Produktlinie. Die reine Kausalitätsorientierung beim Schaden in der klassischen Unfallversicherung driftet in dieser Produktlinie mehr in Richtung der Schadensfolge, nämlich der Behinderung oder Beeinträchtigung bzw. Invalidisierung. Ge-

rade die Schadensfolge in Verknüpfung mit der Plötzlichkeit des Ereignisses ist ein besonders starkes Vertriebsargument. Diese vertriebliche Seite wird durch die Produktlinie verstärkt. Die Unfallversicherung selbst siedelt sich durch diese Erweiterung mehr im Bereich der Invaliditätsabsicherung an.

Erschienen im Januar 1999

E+S
Rückversicherungs-AG
Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover

Ansprechpartner:
Dr. Nicola-Alexander Sittaro
Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover
Tel. 0511/56 04-14 50
Fax 0511/56 04-15 18
nicola-alexander.sittaro@
hannover-re.com

