

Falsche Erwartungen – falsche Befürchtungen?

Zur Bedeutung von Gen-Tests für Versicherungen

Von Thomas Uhlemann*

ABSTRACT

Die zunehmende Implementierung genetischer Techniken in der Medizin hat weitreichende Konsequenzen für das Versicherungssystem:

Den Krankenkassen stellt sich das Problem der Finanzierbarkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren und es ergibt sich das Problem einer möglicherweise beschleunigten Risikoentmischung.

Für private Krankenversicherungen ist noch nicht klar, ob sich hier nicht neue Chancen für eine profitable Risikodifferenzierung auf genetischer Grundlage eröffnen und ob und in wieweit Antragsteller diese neuen Test- und Behandlungsmöglichkeiten nutzen werden. Das Gesundheitssystem insgesamt steht vor der Frage einer zukünftigen Gestaltung des Verhältnisses von privatem zu gesetzlichem Sektor, da sich eine Schiefelage in der Risikostruktur zwischen privaten Versicherungen und gesetzlichen Kassen entwickeln könnte, wenn der PKV eine uneingeschränkte Risikodifferenzierung erlaubt würde.

Schlüsselworte: Krankenkassen, Private Krankenversicherung, Gentechnik, Risikodifferenzierung, Schadensklassen

The increasing implementation of genetic engineering in medicine has far-reaching consequences for the health insurance system. The statutory health care funds are confronted with the problem of financing new examination and treatment procedures and a possibly accelerated risk demixing. In the case of private health care funds, it is not yet clear whether new chances of a profitable risk differentiation on a genetic basis arise and whether and to what extent applicants will make use of these new examination and treatment methods. The health care system as a whole is faced by the question of how to organize the relationship between private and statutory sector in the future since an imbalance in the risk structure between private and statutory health care funds might develop should the PKV (private health insurance) be permitted to introduce unrestricted risk differentiation.

Keywords: Private health insurance companies, social health insurance, genetic information, genetic tests, risk differentiation, damage classes

1. Einleitung

Die zunehmende Implementierung molekulargenetischer Techniken in verschiedenen Feldern der Medizin hat weitreichende Konsequenzen für das System der medizinischen Versorgung. Zwar sind auf dem gegenwärtigen Entwicklungsstand Gentechniken im Bereich der Diagnostik, der Therapie und der Herstellung und dem Einsatz individuell passgenauer Pharmazeutika noch weit davon entfernt, die hochgesteckten Erwartungen einzulösen, die in der Öffentlichkeit an sie geknüpft werden, aber die allseits propagierte und prognostizierte Führungsrolle der Genetik in der Medi-

zin schien davon bislang wenig berührt, dass die Versprechungen der Wirklichkeit nicht standhielten.

Pränatale Diagnostik eröffnet zur Zeit kaum neue Behandlungsoptionen, sondern mündet vor allem in schwerwiegenden Schwangerschaftskonflikte und -entscheidungen, prädiktive Diagnostik verschafft in vielen Anwendungsgebieten keinerlei Gewißheit über das tatsächliche Eintreten, den Entstehungszeitpunkt und Schweregrad einer genetisch assoziierten Krankheit; die Gentherapie konnte bisher keine klinisch relevanten Heilungserfolge erzielen; und auch der Pharmakogenetik ist die versprochene „Individualisierung“ medikamentöser Therapien nur sehr begrenzt gelungen.

* Thomas Uhlemann

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn · Tel.: (0228) 84 31 41

Fax: (0228) 84 31 44 · E-Mail: wido@wido.bv.aok.de

Was sich jedoch schon jetzt abzeichnet, ist die enorme Expansionsdynamik genetischer Techniken, und zwar speziell im Bereich der genetischen Diagnostik.

Für private Krankenversicherungen sind die Möglichkeiten der molekularen Genetik mit ihren neuen Analysetechniken im wesentlichen aus zwei Gründen brisant: Zum einen ist noch nicht klar, ob sich hier nicht neue Chancen für eine profitable Risikodifferenzierung auf genetischer Grundlage eröffnen. Unklar ist auch, ob und in welcher Weise Kunden von Krankenversicherungen diese neuen Informations-, Test- und Behandlungsmöglichkeiten nutzen werden. Gefürchtet wird seitens der privaten Versicherungen vor allem eine Antiselektion aufgrund einer gezielten Versicherung „schlechter Risiken“ unter Umgehung der Offenbarungspflicht nach Paragraph 16 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Weil sich aktuell weder die Dynamik der Etablierung genetischer Tests noch die möglichen Folgen hinsichtlich der Risikostruktur des Klientels und die Konsequenzen für Risikokalkulationen annähernd abschätzen lassen, beanspruchen die Versicherungen die Option auf ein Junktim zwischen Gentest und Vertragsabschluss oder aber die Übermittlung aller Informationen aus solchen Tests. Aus der privatwirtschaftlichen Perspektive der Versicherungen speist sich die Rationalität dieses Vorbehalts aus der Anbieterkonkurrenz eines zunehmend gemeinsamen Versicherungsmarktes in Europa. Für gleiche Grundbedingungen in diesem Markt ist ein informationelles Gleichgewicht zwischen den Vertragspartnern ebenso notwendig wie das zwischen den einzelnen Versicherten. Die Gesetzlichen Krankenkassen stehen aufgrund ihrer Verfasstheit vor gänzlich anderen Fragen: die Mitgliedschaft in der GKV ist lediglich an die gesetzlich festgelegten Bedingungen geknüpft und eine Risikodifferenzierung ist generell ausgeschlossen.

Das Hauptproblem könnte langfristig im Aspekt der Risikoentmischung liegen. Denn wenn so genannte „gute Risiken“ zunehmend zu den privaten Versicherungen abwandern, „schlechte Risiken“ sich dagegen im Bereich der GKV sammeln, wird sich die Relation von Einnahmen und Ausgaben tendenziell verschlechtern. Darüberhinaus sehen sich die gesetzlichen Kassen ohnehin mit dem Problem konfrontiert, wie eine Ausweitung des Leistungsangebots durch Übernahme neuer genomanalytischer bzw. molekulargenetischer Verfahren in den Leistungskatalog der GKV finanziert werden sollte. Denn wie auch bei anderen add-on-Techniken ist zumindest für die Implementierungsphase mit erhöhten Aufwendungen zu rechnen. Es ist dabei zu vermuten, daß den Leistungsträgern mit den neuen Techniken zusätzliche Kosten zukünftig weniger im Bereich der Diagnostik selbst als vielmehr im Bereich der Folgen entstehen werden; diese sind zur Zeit nicht absehbar, geschweige denn kalkulierbar.

Das Gesundheitssystem insgesamt steht vor der Frage einer zukünftigen Gestaltung des Verhältnisses von privatem zu gesetzlichem Sektor. Da einerseits in der GKV eine Risikodifferenzierung nicht vorgesehen ist, andererseits eine Kontrahierungspflicht be-

steht, könnte sich eine Schieflage in der Risikostruktur zwischen privaten Versicherungen und gesetzlichen Kassen entwickeln, wenn der PKV eine uneingeschränkte Risikodifferenzierung erlaubt würde. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Leistungsbegrenzungen der gesetzlichen Kassen könnten Bevölkerungsgruppen entstehen, die nicht versicherbar sind oder nur über einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz verfügen.

■ 2. Szenarien möglicher Folgen für Versicherungen

In der aktuellen Diskussion um die Frage der Verwendung von molekulargenetischen Tests durch Versicherungen werden immer wieder zwei konträre Szenarien präsentiert.

Zum einen gibt es Vorstellungen über mögliche gesellschaftliche Folgen einer ungehemmten, staatlich nicht regulierten Verwendung solcher Tests. Befürchtet wird die Entstehung einer neuen genetischen „Unterklasse“ privat nicht versicherbarer Menschen, die die gesetzlichen Kassen belasten, weil sie sich als schlechte Risiken dort sammeln. Gerade noch versicherbare Personen müßten enorme Risikozuschläge zahlen. Seitens der Versicherten könnte dieser Umstand die Tendenz vergrößern, Gentests erst gar nicht durchführen zu lassen, um den eigenen Versicherungsschutz nicht zu gefährden. In der Konsequenz unterblieben damit mögliche Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen, die lebensrettend oder lebensverlängernd sein könnten.

Zum anderen wird mit der möglichen Antiselektion ein Szenario entfaltet, dass sich aus der Perspektive der privaten Versicherungswirtschaft im Fall eines generellen Verbots der Verwendung genetischer Information im Rahmen von Versicherungen ergeben würde. Hierbei käme es zu einer gezielten Versicherung schlechter Risiken im privaten Versicherungssektor mit dem Resultat einer erheblichen Prämienanhebung für alle Versicherten.

Im folgenden soll nicht direkt die Plausibilität dieses Szenariens diskutiert werden, sondern soll der Frage nachgegangen werden, ob seitens der privaten Versicherungen überhaupt ein Interesse an einer Verfeinerung der Prämienkalkulation besteht, denn hierin liegt das Hauptargument der Versicherer gegen das Szenario 1 und gegen die Versuche einer staatlichen Regulierung dieses Bereichs.

■ 3. Interesse von Nachfragern/Antragstellern

Grundlage jeder privaten Personenversicherung (Lebensversicherung, BU-, Kranken- und Unfallversicherung) ist die Unkenntnis darüber, ob ein Ereignis (Unfall, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Tod) eintreten wird oder nicht. Die Zufälligkeit solcher Ereignisse macht es dem Einzelnen unmöglich, in irgendeiner Weise das jeweiligen Risiko einzuschätzen und die Konsequenzen für sich zu kalkulieren.

Gleichwohl wird das Bedrohungspotenzial vor dem Hintergrund der jeweiligen gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Situation bewertet – oftmals führen die Überlegungen dann zum Wunsch nach einer Absicherung gegen Verlust und Einbußen.

Personenversicherungen werden deshalb mit dem Ziel abgeschlossen, einen möglichen Schaden gegebenenfalls finanziell auszugleichen, da sich das Ereignis selbst, das mehr oder weniger zufällig eintritt, nicht verhindern oder rückgängig machen läßt.

Die Entscheidung für oder gegen eine private Versicherung ist zwar meist eine individuelle, folgt aber bestimmten gesellschaftlichen Entwicklungen und allgemeinen Mustern nach extern gebildeten Kriterien. Private Versicherung realisiert sich in erster Linie im Rahmen von allgemeiner Vertragsfreiheit, aber Versicherung gegen Krankheitsrisiken ist zugleich ein elementares Bedürfnis und eine Notwendigkeit in unserer Gesellschaft.¹

Die Koinzidenz von gesellschaftlicher Deregulierung und der Forderung nach individueller Absicherung eröffnet Dispositionsspielräume und führt zugleich unter dem Stichwort der Eigenverantwortung zu Handlungszwängen. Beobachten läßt sich neben der Forderung nach risikominderndem individuellem Lebensstil eine zunehmende Notwendigkeit, sich für oder gegen eine Versicherung entscheiden zu müssen. Die Zahl der privat abgeschlossenen Versicherungen nimmt vor allem aus drei Gründen zu:

- zunehmende Insuffizienz traditioneller sozialer Sicherungssysteme (Primärinstitutionen)
- Auftreten neuartiger Unsicherheiten und Gefahren (z.B. aus modernen Großtechnologien)
- Versicherungsangebot in Bereichen, die bisher als nicht kalkulierbar galten.

■ 4. Interesse der Anbieter/Versicherungen

Versicherungen setzen der Schicksalhaftigkeit einer Gefährdung etwas entgegen. Sie sind vor allem Ausdruck und Grundlage des Bedürfnisses, eine größere Sicherheit, d.h., Gewissheit, über die Zukunft zu erreichen, indem Unvorherzusehendes quantitativ erfassbar und kalkulierbar gemacht wird; der Preis – die jeweilige Prämie – ist Ausdruck dieser Bemühungen. Dabei ist zunächst nicht wichtig, ob die Unsicherheit und die Bedrohung, um die es geht, Natur- oder Technikfolge oder beides ist.

Versicherungsgesellschaften bieten mit ihrem Produkt „Sicherheit“ etwas irreführend eine Absicherung gegen mögliche Folgekosten an, denn tatsächlich wird mit der Dienstleistung „Versicherung“ lediglich eine Umverteilung innerhalb des Versicherungsklientels bzw. einer bestimmten Risikoklasse bewirkt. Einen Schadensausgleich zu erhalten oder nicht, macht für Betroffene natürlich einen wesentlichen Unterschied aus, der vorab die Wahrnehmung eines noch nicht eingetretenen Ereignisses beeinflusst. Anders als Einzelne können Versicherungen sehr wohl mögliche Schä-

den kalkulieren, denn ihre Risikoberechnungen erfolgen nach versicherungsmathematischen Modellen auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeit, eigenen Sterbetafeln und gruppenbezogenen Kenntnissen über die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheitsfällen sowie aufgrund von empirischen Erfahrungen über zu erwartende Schadensgrößen beispielsweise über die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung. Sie können Risiken vor Vertragsabschluss prüfen, schlechte Risiken ggf. aussondern und schließlich Prämien in der Regel so kalkulieren, dass die Summe der Einzahlungen in der Bilanz stets größer ist als die Summe der Ausgaben. Das ist ihr Geschäft und damit erfüllen sie zudem eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe. Vereinfacht gesagt sind Versicherungen dabei nicht auf Kausalität angewiesen; es reicht für eine risikoäquivalente Prämienkalkulation aus, wenn Berechnungen zu gültigen Aussagen über Gruppen führen.

In der Bewertung einer Gefahr und der Kalkulation eines Risikos verfügen Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaften prinzipiell über die gleichen Informationen. Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers sind bekannt; beide Seiten können sich über Sterbewahrscheinlichkeiten und Restlebenserwartungen informieren usw. Kalkulieren kann jedoch nur die Versicherung, da ein statistisches Wissen für den an seinem persönlichen Schicksal interessierten Einzelnen weitgehend ohne Nutzen ist. Wenn in diesem Zusammenhang von einem Informationsgleichgewicht, von einer symmetrischen Informationslage der Beteiligten die Rede ist, dann muss man sich dieses Unterschiedes bewusst sein.

■ 5. Risikokalkulation auf genetischer Grundlage

Weniger als die möglichen gesellschaftlichen Folgen einer Einbindung genetischer Diagnostik in die Kalkulationen von Lebens- und Krankenversicherungen ist strittig, ob die Verwendung von Gentests zu genaueren Kalkulationen führen könnte und ob seitens der Versicherungen überhaupt ein Interesse an einer Verfeinerung der Prämienkalkulation besteht.

Von den Spitzenverbänden der privaten Versicherungswirtschaft wird ganz grundsätzlich in Abrede gestellt, dass der Einsatz von Gen-Tests innerhalb der Rationalität versicherungsspezifischer Risikoabschätzung liegt.² Gerade eine Absicherung des ungewissen Risikos sei Gegenstand des Leistungsversprechens einer Versicherung und damit der Kern des „Versicherungsgedankens“; eine Differenzierung „der Versichertengemeinschaft nach unterschiedlichen Risikomerkmale würde die versicherungsmathematischen Axiome unanwendbar machen und den Versicherungsgedanken aus den Angeln heben“³, da sich Personen mit geringem Krankheitsrisiko gar nicht versichern würden und umgekehrt solche Individuen, die mit Erkrankungen zu rechnen hätten, nach einer umfassenden Versicherung streben würden.

GESAMTVERBAND DER DEUTSCHEN VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT E.V. (GDV)

„Die Position der Versicherungswirtschaft zum Umgang mit Gentests beim Abschluss von Versicherungsverträgen hat sich auch durch die Meldung über die angeblich in naher Zukunft bevorstehende Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes durch amerikanische Forscher nicht geändert. Die deutschen Versicherer verlangen keine Gentests für den Abschluss eines Versicherungsvertrages und sehen auch keinen Anlass, dies in Zukunft zu tun. Sie werden weiterhin mit größtem Verantwortungsbewusstsein die Debatte über die Folgen der Gentechnik begleiten.“

Quelle: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) v. 14.04.2000;
www.gdv.de/meinung_aktuelles/aktueller_service/gv140400.htm

Differenzierte Prämienkalkulationen aufgrund von Risikoabschätzungen und die Einteilung des Klientels in Risikogruppen sind freilich eine Selbstverständlichkeit im Versicherungsgeschäft. Gentests versprechen eine ganz wesentliche Ausweitung gegenüber der herkömmlichen Diagnostik durch Einbeziehung bisher präsymptomatisch nicht diagnostizierbarer Krankheiten und die Möglichkeit zu einer sehr viel feineren Differenzierung des Klientels. „Die Prudential Insurance Company zum Beispiel hat die Zahl ihrer Klassifikationsgruppen von zehn im Jahre 1980 auf 19 im Jahre 1986 aufgestockt. Und ihr Vizepräsident kündigte vor kurzem an, dass sein Unternehmen noch weitere und genauere Einteilungen vornehmen wird, wenn genetische – und damit prädiktive – Tests zur Verfügung stehen.“⁴

Allerdings führt eine solche Ausdifferenzierung in der Tat zu einer geringeren Zuverlässigkeit in der Schätzung der Morbiditäts- bzw. Mortalitätsentwicklung. Das Gesetz der großen Zahlen verliert an Wirksamkeit und die Zuverlässigkeit der Wahrscheinlichkeitsabschätzung auf der Basis relativer Häufigkeiten verschlechtert sich.⁵ Wo allerdings die Grenze zu ziehen ist, an dem eine Unterscheidung keinen Sinn mehr macht, weil die Unzuverlässigkeit von Prognosen bei großem kalkulatorischem und administrativem Aufwand keine vernünftige Kosten-Nutzen-Relation erwarten lassen, dürfte seitens der Versicherungen bisher nur in wenigen Fällen genetischer Besonderheiten ausgerechnet worden sein.

Als ein weiterer Grund für das Nicht-Interesse an einer Durchführung von Gentests bzw. einer konkreten Nachfrage nach durchgeführten Tests und bereits vorliegenden Testergebnissen werden die mangelnde Genauigkeit und geringe Aussagekraft der Gentests, die sich auf dem Markt befinden, sowie deren Beschränkung auf die Analyse monogenetischer Krankheiten angeführt. Die Anzahl der von monogenetischen Krankheiten betroffenen Menschen sei mit ca. drei Prozent in der Bevölkerung zudem viel zu gering, als dass sich eine differenzierte Risikokalkulation bezahlbar mache.

Folgt man diesem Argument, dann wäre freilich auch die befürchtete Antiselektion in ihrer Bedeutung relativiert; eine gezielte

und missbräuchliche Versicherung schlechter Risiken wäre nicht zu befürchten. Die Versicherungen selbst trauen dem Argument einer eingeschränkten Gültigkeit (Validität, Genauigkeit) und Zuverlässigkeit (Reliabilität, Reproduzierbarkeit von Messergebnissen) von Tests sowie ihrer geringen prognostischen Aussagekraft allerdings nicht so ganz. Ein generelles Verbot wäre ihr worst-case-scenario; alle politischen Bemühungen richten sich daher darauf, genau diesen Fall zu vermeiden.

Tatsächlich benötigen die Versicherungen für ihre Kosten- und Risikokalkulationen möglichst exakte Daten über ihre Versicherten, über deren aktuellen Gesundheitsstatus und über die zu erwartenden Krankheiten. Prämien sind Wettbewerbspreise und werden entsprechend dem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten/Antragsteller kalkuliert. Kenntnisse über genetische (Prä-) Dispositionen könnten dabei von großem Nutzen sein, ließe sich doch die zu erwartende Morbidität und Mortalität des jeweiligen Klientel mit bislang ungeahnter Präzision abschätzen, wenn sich die Versprechungen der Anbieter hinsichtlich der Validität, Reliabilität und Relevanz der angebotenen Tests auch nur annähernd in der Realität bewahrheiten. Realiter unterscheiden sich die Prämien ja auch schon heute erheblich zwischen den einzelnen Risikogruppen und diese Differenzierung ließe sich auf objektiver Grundlage sicherlich noch weiter auffächern.

In der Einschätzung der Interessenlage der Versicherungen ist aber zu unterscheiden zwischen dem Interesse einzelner Unternehmen und dem Gesamtinteresse der Versicherungswirtschaft. Da Differenzierungsmöglichkeiten im Bereich der privaten Versicherungen oft mit Wettbewerbsvorteilen der einzelnen Versicherer verknüpft sind, gibt es prinzipiell Anreize, diese auch zu nutzen. Technologievorsprünge einzelner Versicherer bei der Risikoselektion etwa könnten in Form günstiger Versicherungsprämien an den Kunden weitergegeben werden und eine Kaskade von Differenzierungen auslösen.⁶ Denn sobald einzelne Unternehmen ausscheren und nach molekulargenetisch verifizierbaren Merkmalen diskriminieren, um sich damit einen Vorteil im Wettbewerb zu verschaffen, entsteht ein starker Anreiz für alle übrigen Unternehmen, sich dementsprechend zu verhalten. Der sich anschließende Margenverfall aufgrund enger kalkulierter Wettbewerbspreise begrenzt wiederum die Marktdynamik; das Interesse an einer konzertierten Haltung steigt innerhalb der Branche und eine allgemeine Prämienhöhung könnte sich anschließen.⁷ Interessengleichheit erweist sich somit als relativ fragile und temporäre Erscheinung und ein freiwilliger Verzicht der Versicherer auf eine Risikoauslese ist wohl in langer Sicht ohne entsprechende rechtliche Regelungen kaum zu erwarten.⁸

Eine weitgehende Risikodifferenzierung könnte in der Tat zu einer verschärften Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Versicherungen und zu einem generellen Margenverfall führen.⁹ Es ist evident, daß das Gesamtinteresse der Versicherungswirtschaft einer solchen Entwicklung entgegensteht. Begrenzungen einer wei-

teren Risikodifferenzierung liegen eher in der Bindungskraft von Verbandsbeschlüssen sowie im politischen Bereich; zu nennen ist beispielsweise die Unterscheidung nach ethnischer Zugehörigkeit und nach Beruf.¹⁰ Eine Differenzierung der Versicherungsnehmer nach bestimmten Risikokategorien könnte – um das Argument des Bundesverbandes der Versicherungen noch einmal aufzugreifen – nur dann die versicherungsmathematischen Axiome außer Kraft setzen, wenn sich entweder seitens der Versicherungen eine derart differenzierte, riskoadäquate Prämienstaffelung durchsetzen würde, dass die individuellen Prämien schließlich sehr nahe an den tatsächlichen, individuellen Krankheitskosten lägen,¹¹ oder wenn Versicherte sich ihrerseits über jeweils identifizierbare Krankheitsdispositionen informierten und auf ihrem Informationsvorsprung beruhende, individuelle Absicherungsstrategien entwickelten. Hieraus ergäbe sich der von den Versicherungen im Bereich der Lebensversicherung als „Antiselektion“, im Bereich der privaten Krankenversicherung oft als „adverse Selektion“ aufgrund asymmetrischer Information bezeichnete Vorgang.

Die zentralen Befürchtungen der Versicherungen hinsichtlich der DNA-Diagnostik richten sich damit auf die Frage, ob eine entscheidende Grundlage der Versicherung, nämlich die Unkenntnis der Versicherten über ihren zukünftigen gesundheitlichen Status, und damit die Informationssymmetrie gewährleistet bleibt und ob es zu einer gezielten Versicherung nicht versicherbarer Personen oder schlechter Risiken unter Umgehung der Offenbarungspflicht kommt. Mit Hilfe von Gentests könnten Interessierte versuchen, ihr individuelles Risiko abzuschätzen und sich im Fall hoher Risiken finanzielle Vorteile zu verschaffen. Die Ausnutzung eines solchen Informationsgefälles wäre freilich nicht nur aus der Perspektive der Versicherungen, sondern auch im Sinne des Paragraphen 16 VVG mißbräuchlich.

Versicherer versuchen natürlich, einen solchen Prozeß der Antiselektion zu kontrollieren. Prinzipiell stehen hierzu drei Möglichkeiten zur Verfügung:

- risikorelevante Faktoren werden mit ggf. entsprechend höheren Prämien (Risikozuschläge auf die allgemeine Prämie) kontrolliert;
- Leistungen können in bestimmten Fällen ausgeschlossen werden (Suizidklausel bei Lebensversicherungen);
- Antragsteller können abgelehnt werden, wenn diese als „schlechte Risiken“ eingeschätzt werden (durch Vertragsfreiheit gedeckt).

Die „Anzeigeobliegenheit“ kann zudem durch Wartezeiten bis zur Leistungspflicht (etwa bei Krankenversicherungen) kontrolliert werden.

Antiselektion führt zu einer Minderung des Gewinns oder zu Verlusten (für die Versicherung) und – in der Konsequenz – zu niedrigerer Rendite (für die Shareholder) sowie zu höheren Prämien (für die Versicherten) bzw. zu einer niedrigeren Überschussbeteiligung. MacDonald (1997) schätzt den möglichen Prämienan-

stieg bei Lebensversicherungen auf >25 Prozent, bei fehlender Überversicherung auf 5 bis 10 Prozent. Deshalb ergeben sich auch für die sogenannten guten Risiken Anreize, Informationen über den eigenen genetischen Status einzuholen und die Krankenversicherung gegebenenfalls zugunsten einer anderen mit niedrigerer Prämie zu wechseln sowie eine Lebensversicherung abzuschließen oder nicht. Hierbei handelt es sich freilich um theoretische Möglichkeiten. „Legt man dabei die heute bekannten genetisch bedingten Erkrankungen zugrunde und beachtet man die heute geltenden Kosten für die Durchführung einer genetischen Diagnose, so wird man zum Ergebnis gelangen, dass Antiselektion momentan noch keine wesentliche Bedrohung für die Funktionsfähigkeit von Kranken- oder Lebensversicherungsmärkten spielt. Insbesondere die Befürchtung, Bürger könnten sich heimlich testen lassen, um im günstigsten Fall eine Prämienreduktion durchzusetzen, erscheint weit hergeholt.“¹²

■ 6. Zusammenfassung und Ausblick

Molekulargenetische Untersuchungen und darauf basierende Risikoprofile spielen auch bei den privaten Versicherungen zur Zeit noch keine bedeutende Rolle. Zum einen sind solche Untersuchungen und Behandlungen noch kein relevanter Kostenfaktor im Gesamtkanon der abgerechneten Leistungen, zum anderen richteten sich Gentests bislang zumeist auf nicht sehr verbreitete monogenetische Erkrankungen. Weil sich aber weder die Dynamik der Etablierung genetischer Tests noch die möglichen Folgen hinsichtlich der Risikostruktur des Klientels und die Konsequenzen für Risikokalkulationen (und schließlich der Prämien) annähernd abschätzen lassen, beanspruchen die Versicherungen die Option auf ein Junktim zwischen Gentest und Vertragsabschluss oder aber die Übermittlung aller Informationen aus solchen Tests. Aus der privatwirtschaftlichen Perspektive der Versicherungen speist sich die Rationalität dieses Vorbehalts aus der Anbieterkonkurrenz eines zunehmend gemeinsamen Versicherungsmarktes in Europa. Für gleiche Grundbedingungen in diesem Markt ist ein informationelles Gleichgewicht zwischen den Vertragspartnern ebenso notwendig wie das zwischen den einzelnen Versicherern.

Die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages schloss sich dieser Haltung allerdings nicht an. In ihrem Schlussbericht wird eine mögliche Stigmatisierung infolge genetischer Differenzierung aufgegriffen und der Bundestag aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen wie eine Ergänzung des Artikel 3 Absatz 3 Satz 1 des Grundgesetzes um den Begriff der „genetischen Merkmale“ und ein effektives Diskriminierungsverbot auf einfachgesetzlicher Ebene einer Stigmatisierung oder Diskriminierung von Menschen aufgrund ihrer genetischen Ausstattung entgegenzuwirken. Es wird in diesem Zusammenhang dem Deutschen Bundestag empfohlen, Versiche-

rungsunternehmen im Rahmen einer gesetzlichen Regelung zu untersagen, die Ergebnisse prädiktiver Gentests zu verlangen, anzunehmen oder zu verwerten.¹³

Die neuen Möglichkeiten der Biotechnologien verschieben die bisherige Grenzziehung zwischen Natur und Gesellschaft. Die in der Konsequenz dieser Verschiebung zunehmende Genetifizierung der Gesellschaft individualisiert Risiken nicht nur auf der Matrix von Gesundheit und Krankheit. Im Namen von Selbstbestimmung, Eigenvorsorge, Verantwortung und Wahlfreiheit¹⁴ wird das Solidarprinzip wieder einmal zur Disposition gestellt. Seitens der gesetzlichen Kassen wurden erste Schritte zur Positionierung vorgenommen,¹⁵ denn der „Fortschritt in der medizinischen Genetik lässt den Sinn einer auf dem Solidaritätsprinzip fußenden gesetzlichen Krankenversicherung besonders klar erkennen. Menschen mit vorteilhaften genetischen Anlagen und geringen Erkrankungsrisiken tragen die Aufwendungen für Menschen mit unvorteilhafter Erbausstattung und hohem Krankheitsrisiko.“¹⁶

Fußnoten

- 1 Zu den „essentiellen Bestandteilen“ privater Absicherung werden in Deutschland mehr und mehr auch die Lebensversicherungen gerechnet. Vgl. Schmidtke (1997, 147), Schöffski (2000, 171 f.).
- 2 Vgl. Sahmer (1995). Diesen Äußerungen widersprechen allerdings die vielfältigen Aktivitäten der privaten Versicherungswirtschaft im Rahmen der Diskussionen um die Bioethik-Konvention des Europarates. Die ursprünglich vorgesehene Regelung, daß Gentests grundsätzlich nur zu therapeutischen Zwecken erlaubt seien, wurde daraufhin fallengelassen.
- 3 Sahmer (1995, 8).
- 4 Fischer (1993, 108).
- 5 Bei Konstantbleiben der Grundgesamtheit und gleichzeitigem exponentiellen Wachstum der Teilgesamtheiten durch Hinzunahme zusätzlicher Differenzierungsmöglichkeiten. Vgl. König (1997, 61).
- 6 Vgl. König (1997, 2).
- 7 Vgl. hierzu auch den durch sogenannte Beliebigkeitsrabatte ausgelösten Prämienrückgang in der Kfz-Versicherung.
- 8 Vgl. auch Schulz-Weidner (1993, 509).
- 9 Vgl. hierzu beispielsweise die Prämien differenzierung im Bereich der Kfz-Haftpflichtversicherungen. Prämien senkungen einzelner Versicherer für bestimmte Risikoklassen, etwa für Garagenparker, führten sehr schnell zu einer Verallgemeinerung dieser Differenzierung: bald boten alle Kfz-Versicherungen Bonusprämien für Garagenparker ein.
- 10 Dies ist in der Kfz-Versicherung allerdings kein Problem. Angehörige des öffentlichen Dienstes zahlen erheblich geringere Versicherungsprämien. Ethnische Differenzierungen waren hier allerdings auch nicht durchsetzbar. Vgl. Schöffski (2000, 154).
- 11 In einem solchen Fall machte eine Krankenversicherung natürlich wenig Sinn, da jeder schließlich genau die Prämie zu zahlen hätte, die seinen Krankheitskosten entspräche.
- 12 Breyer (2001, 15).
- 13 Vgl. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (HRSG.) (2002, 382). In Anknüpfung an die Regelungen in England wird allerdings eine Übermittlung von Gentestbefunden beim Abschluß von Lebensversicherungen mit ungewöhnlich hohen Summen befürwortet.
- 14 S. u.a. Lemke (2001).
- 15 Vgl. hierzu: AOK-Standpunkte zur Gentechnik in der Medizin. Februar 2002.
- 16 AOK-Standpunkte zur Gentechnik in der Medizin (2002, 4).

Literatur

- Breyer F (2001):** Optionen für die Regulierung von Gentests im Versicherungswesen – ökonomische Bewertung und ausländische Erfahrungen. Vortrag auf dem Seminar der GeneralCologne RE über „Genetik in der Lebens- und Krankenversicherung“ am 17.5.2001 in Köln.
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2002):** Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin. Schlussbericht; Berlin.
- Feuerstein G/Kollek R/Uhlemann T (2002):** Gentechnik und Krankenversicherung. Neue Leistungsangebote im Gesundheitssystem, Baden-Baden.
- Fischer E-P (1993):** Der Einzelne und sein Genom, Bottinghofen.
- Fischer E-P/Berberich K (1999):** Impact of Modern Genetics on Life Insurance. General and Cologne RE 42, Köln.
- Hennen L/Petermann T/Sauter A (2000):** Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik. TAB-Arbeitsbericht Nr. 66, Berlin.
- König A (1997):** Ansätze zur Risikoanalyse und Risikobewältigung in der Lebensversicherung, Karlsruhe.
- Lemke T (2001):** Zurück in die Zukunft? Genetische Diagnostik und das Risiko der Eugenik; in: Graumann S (2001): Die Genkontroverse. Grundpositionen, 37-44.
- Sahmer S (1995):** Genomanalyse und Krankenversicherung; in: Versicherungsmedizin 47 (1): 5-9.
- Schmidtke J (1997):** Vererbung und Ererbtes – Ein humangenetischer Ratgeber. Reinbek.
- Schöffski O (2000):** Gendiagnostik: Versicherung und Gesundheitswesen. Eine Analyse aus ökonomischer Sicht. Karlsruhe.
- Schoonmaker M M (2000):** Factors Influencing Health Insurers' Decisions To Cover New Genetic Technologies; in: International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16:1, 178-189.
- Schulz-Weidner W (1993):** Der versicherungsrechtliche Rahmen für eine Verwertung von Genomanalysen, Baden-Baden.
- Simon J (2001):** Gendiagnostik und Versicherung. Baden-Baden.
- Uhlemann T (1999):** Genetic engineering and german health insurances; in: Thompson A/Chadwick R (Eds.): Genetic Information, New York, 71-78.

DER AUTOR



Dr. disc. pol. Thomas Uhlemann M.A. (Jg. 1954), Medizin-Soziologe; nach Forschungs- und Lehrtätigkeit zu Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Gesundheitsicherung im internationalen Vergleich an der Universität Göttingen und am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, nun im WIdO tätig im Bereich Ambulante Versorgung (Leistungs-Informationssystem-Ärzte, Arztmangel-Projekt, EBM-Reform)