

Versicherungsärztliche Beratung für Pensionskassen

Gesundheitsprüfung – unkompliziert, eingespielt und kostengünstig

Pensionskassen wollen und müssen die gesundheitlichen Risiken ihrer Versicherten kennen und einschätzen können. Dazu ist häufig eine fundierte Gesundheitsprüfung nötig, die unkompliziert und kostengünstig erfolgen soll.

IN KÜRZE

In der überobligatorischen Vorsorge können Vorsorgeeinrichtungen für maximal fünf Jahre Gesundheitsvorbehalte anbringen. Basis dafür ist die Gesundheitsprüfung. Bei der Beurteilung entsprechender Fragebögen können Versicherungsmediziner einen wertvollen Beitrag leisten.

Will eine Person im überobligatorischen Bereich einen Versicherungsantrag abschliessen, gehört die Gesundheitsprüfung zum Risikomanagement in der Personalvorsorge. Es erfordert Fachwissen und langjährige Erfahrung, Gesundheitsfragebögen und allfällige Arztberichte kritisch und verhältnismässig zu beurteilen, das medizinische Risiko abzuwägen und einen präzisen Vorbehalt zu formulieren, der einer rechtlichen Auseinandersetzung standhält. Dieser medizinische Teil des Prüfprozesses sollte möglichst unkompliziert, eingespielt und kostengünstig ablaufen.

Umfassende Auskünfte

Pensionskassen können von einem Versicherten bei der Neuaufnahme oder bei einer Leistungserhöhung Auskunft über den Gesundheitszustand verlangen, ärztliche Auskünfte einholen oder ihn auf ihre Kosten versicherungsärztlich untersuchen lassen. Weist der Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko auf, darf die Pensionskasse Vorbehalte anbringen und den Versicherungsschutz für Invaliditäts- und Todesfalleistungen einschränken, welche die Leistungen gemäss BVG übersteigen. Der Versicherte ermächtigt Ärzte und andere Leistungserbringer sowie bisherige Vorsorgeeinrichtungen, der Vorsorgeeinrichtung Auskunft über seinen Gesundheitszustand zu erteilen und Einsicht in die Unterlagen zu gewähren. Relevant sind dabei nur Angaben, die mit der beruflichen Vorsorge in Zusammenhang stehen. Gesundheitsvorbehalte werden für höchstens fünf Jahre ausgesprochen. Tritt ein Leistungsfall ein, der vom Vorbehalt betroffen ist, ist die Kür-

zung der Leistung lebenslänglich. Bestehen bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung Vorbehalte, können sie – indem die bereits bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufene Dauer angerechnet wird – übernommen werden.

Detaillierungsgrad der Fragebögen

Die gestellten Fragen variieren je nach Pensionskasse. Es gibt aber Fragen, die unzulässig sind (siehe Kasten «No-Go bei Fragebögen»). Unternehmen, die einen möglichst detaillierten Fragebogen einsetzen, hoffen, dass die Angaben dadurch verbindlicher werden. Entscheidende Aussagen zu unterschlagen ist bei ausführlicheren Fragebögen schwieriger und die Hemmschwelle für Ausflüchte, Vergessen und Nichtwissen möglicherweise höher. Es kann aber nicht daraus abgeleitet werden, dass ausführliche Gesundheitsdeklarationen am Ende besser abschliessen als kurze. Ein kurzer, prägnanter Fragebogen, der sich bei einer kantonalen Pensionskasse seit Jahren bewährt hat, besteht aus lediglich fünf Fragen (siehe Kasten «Bewährter Gesundheitsfragebogen», Seite 96). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass

No-Go bei Fragebögen

Fragen nach dem Gesundheitszustand von Dritten sind nicht nötig, um den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers zu prüfen, und deshalb nicht mehr verhältnismässig. Versicherungsnehmer sollen nur Angaben über die eigene Person machen und keine Daten über Dritte deklarieren müssen.

Reto Kölbl

Dr. med.,
Vertrauensarzt SGV,
Bereichsleiter
RVK MedCasePool und
Geschäftsleitungsmitglied
RVK, Luzern



Erstklassige Leistungen für Pensionskassen.



„Wir entwickeln Lösungen für unsere Kunden - passend zu ihren Bedürfnissen.“

Riccardo Cutruneo, Head of Sales
riccardo.cutruneo@complementa.ch

Individuelle Anforderungen treffen auf massgeschneiderte Lösungen:

- Konsolidiertes & unabhängiges Investment-Reporting
- Auslagerung Reporterstellung
- Asset- & Liability Management
- Revisionsfähige Wertschriftenbuchhaltung
- Investment-Controlling
- Investment-Consulting
 - Anlageorganisation
 - Asset Manager Selection & Reviews
- Asset Management Software



Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

Complementa Investment-Controlling AG
Gaiserwaldstrasse 14 • 9015 St. Gallen
Beethovenstrasse 19 • 8002 Zürich
Telefon +41 71 313 84 84
info@complementa.ch
www.complementa.ch

 complementa

sich traditionelle Fragebögen bewährt haben und deshalb, unabhängig ob kurz oder lang, beibehalten werden können.

Arztbericht: Sinnvoll oder unnötig?

Einen Arztbericht einzufordern verursacht zusätzliche Kosten. Deshalb liegt es nahe, das Risiko möglichst aus den im Fragebogen enthaltenen Angaben definitiv zu beurteilen und allenfalls einen Vorbehalt zu formulieren. Dabei zeigen sich aber zwei Probleme. Die Diagnose allein bestimmt häufig nicht das Risiko und die Versicherungsnehmer machen die Angaben als medizinische Laien. Sind keine zusätzlichen Berichte nötig und muss kein Vorbehalt definiert werden, ist dies meistens aus den gemachten Angaben korrekt ersichtlich.

Erfahrungsgemäss ist häufig ein zusätzlicher Arztbericht nötig, um einen Vorbehalt definitiv zu formulieren. Der Arztbericht gibt unter anderem eine korrekte Diagnose, beschreibt den Schweregrad beziehungsweise das Ausmass des Leidens, die Folgen und Einschränkungen daraus, den Erfolg und die Möglichkeiten der Behandlungen. Diese Angaben sind nötig, um einen korrekten und fairen Vorbehalt für die Zeitspanne von fünf Jahren und nur für die gravierenden Ereignisse von Invalidität und Tod zu formulieren. Es geht dabei nicht – wie bei der Taggeldversicherung – um das Risiko der Arbeitsunfähigkeit oder – wie bei der Lebensversicherung – um das Risiko des frühzeitigen Todesfalls über die gesamte noch statistisch verbleibende Lebenserwartung.

Diagnoselisten: Effizient oder irreführend?

Viele Pensionskassen arbeiten mit Diagnoselisten, um das Risiko einzuschätzen und Vorbehalte zu formulieren. Es liegen keine Statistiken vor, die belegen, wie häufig solche Listen eingesetzt werden, ob die Vorbehalte korrekt formuliert wurden und ob die Vorbehalte im Leistungsfall durchgesetzt werden konnten. Wir nehmen jedoch an, dass einzelne, langjährige und engagierte Sachbearbeiter eine gute Kompetenz aufgebaut haben. Aber gelegentlich wundern wir Versicherungsmediziner uns auch, wenn wir Diagnoselisten prüfen, die zur Risikoeinschätzung und Vorbehaltsformulierung eingesetzt werden. Eine valide

Liste zu erarbeiten, ist sehr aufwendig. Zusätzlich müssten die Sachbearbeiter begleitend geschult werden.

Versicherungsärztlicher Dienst: Zielführend oder kolossal?

Die Medizin wird komplexer, neue Medikamente und Behandlungen kommen auf den Markt und Krankheiten werden neu definiert. Die medizinische Beurteilung erfordert deshalb vermehrt fachliche Kompetenz, die ein professioneller versicherungsärztlicher Dienst sicherstellen kann. Pensionskassen erhalten dadurch einen direkten Zugang zu Fachpersonen, die versicherungsmedizinische Fragen unabhängig erörtern und notwendige Entscheidungsgrundlagen erarbeiten können. Ein einfacher Zugang zu einem solchen Dienst stellt häufig auch eine schnelle und kostengünstige Fallabwicklung sicher. Ein weiterer Vorteil: Eingespielte Prozesse stellen die notwendige Sicherheit im Umgang mit den sensiblen Daten sicher. **I**

Bewährter Gesundheitsfragebogen

Ein kurzer Fragebogen könnte mit diesen fünf Fragen formuliert werden:

- Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?
- Sind Sie invalid im Sinn der IV? Wenn ja, bitte IV-Beschluss beilegen.
- Haben Sie in den letzten fünf Jahren einen Arzt aufgesucht?
- Wurden Sie in den letzten fünf Jahren in einem Spital behandelt?
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Wird eine Frage mit Ja beantwortet, soll der Versicherungsnehmer die Einzelheiten in einer nachfolgenden Tabelle mit genügend Platz für Einträge ausführen.

Conseil à la caisse de pensions par le médecin d'assurance

Un examen de santé – simple, bien rodé et peu coûteux

Les caisses de pensions ont besoin de connaître les risques de santé de leurs assurés afin de pouvoir en évaluer la gravité. Un examen de santé est donc souvent nécessaire. Il devrait fournir les renseignements nécessaires sans engendrer trop de bureaucratie et de frais.

EN BREF

Dans la prévoyance surobligatoire, les institutions de prévoyance peuvent formuler des réserves de santé pour une durée maximale de cinq ans sur la base d'un examen de santé. Les médecins d'assurance peuvent être d'un précieux secours lorsqu'il s'agit d'interpréter ces questionnaires.

Lorsqu'une personne souhaite conclure une assurance dans le domaine surobligatoire, l'examen de santé fait partie de la gestion des risques dans la prévoyance en faveur du personnel. Il faut des connaissances professionnelles étendues et une longue expérience pour évaluer les questionnaires de santé et les éventuels rapports médicaux avec le recul nécessaire, juger des risques médicaux effectifs et formuler une réserve de santé précise et inattaquable devant les tribunaux. Cette partie médicale du processus d'examen devrait se dérouler sans complications et frais inutiles grâce à une collaboration bien rodée.

Des renseignements exhaustifs

La caisse de pensions est en droit de demander des renseignements sur l'état de santé physique ou mental d'un assuré nouvellement admis ou dont les prestations sont relevées, elle peut aussi lui faire subir un examen médical par un médecin d'assurance dont elle devra assumer les coûts. Si l'état de santé laisse craindre un risque accru, la caisse de pensions peut émettre une réserve de santé et limiter les prestations d'invalidité et de décès pour les prestations supérieures au minimum LPP. L'assuré autorise les médecins et d'autres prestataires, ainsi que ses anciennes institutions de prévoyance, à fournir des renseignements à l'institution de prévoyance concernant son état de santé et à consulter ses dossiers médicaux. Seules les informations ayant un impact sur la prévoyance professionnelle peuvent être prises en considération. Les réserves de santé peuvent être émises pour une durée de cinq ans au maxi-

mum. Si un cas relatif à la réserve émise survient durant cette période, la diminution des prestations restera en vigueur à vie. Si des réserves ont déjà été émises par une ancienne institution de prévoyance, ces réserves pourront être reprises pour le reste de la période à courir.

Degré de détail des questionnaires

Les questions posées varient de caisse en caisse, mais certaines questions sont inadmissibles (voir «Questions à bannir du questionnaire»). Les entreprises qui travaillent avec un questionnaire aussi détaillé que possible en espèrent des renseignements plus fiables. En effet, il devient alors plus difficile de passer sous silence des informations importantes, de trouver des excuses ou d'invoquer l'oubli et l'ignorance. Cependant, il n'est pas établi que des déclarations de santé détaillées donnent un meilleur résultat qu'un questionnaire bref et concis. Ainsi, une caisse de pensions cantonale travaille depuis des années avec un questionnaire qui ne comporte que cinq questions (voir «Un questionnaire qui a fait ses preuves») et les résultats sont tout à fait concluants.

Questions à bannir du questionnaire

Il n'est pas nécessaire d'interroger le preneur d'assurance sur l'état de santé de tiers pour en tirer des conclusions concernant sa propre santé. Des questions de ce genre sont donc inappropriées. Les données demandées aux preneurs d'assurance doivent porter sur leur propre personne uniquement et non sur celle de tiers.

Il s'avère de toute façon que les questionnaires traditionnels, qu'ils soient courts ou détaillés, sont généralement satisfaisants et peuvent donc être maintenus tels quels.

Le rapport médical: utile ou superflu?

Chaque demande d'un rapport médical engendre des coûts supplémentaires. Il paraît donc logique d'évaluer le risque en fonction des informations fournies dans le questionnaire et d'émettre une réserve éventuelle sur cette base. Cependant, une telle démarche pose deux problèmes: d'abord, le diagnostic à lui seul ne permet souvent pas de déterminer le risque et ensuite, les preneurs d'assurance qui fournissent les renseignements ne connaissent rien à la médecine. Lorsqu'il n'est pas nécessaire de demander des rapports complémentaires parce que la situation est claire et qu'il n'y a pas lieu de formuler une réserve, les informations correctes disponibles sont généralement suffisantes.

L'expérience montre que c'est souvent pour trancher définitivement au sujet d'une réserve de santé que l'on a besoin d'un rapport médical complémentaire. Ce rapport fournira notamment un diagnostic correct, décrira la gravité ou l'envergure du problème de santé, ainsi que les conséquences et les limitations en résultant, de même que les pronostics de réussite d'un traitement. Ces indications sont nécessaires pour pouvoir formuler une réserve correcte et équitable pour une durée de cinq ans, réserve qui portera uniquement sur les événements

graves que sont l'invalidité et le décès. L'enjeu n'est pas le risque d'une incapacité de travail comme pour l'assurance indemnités journalières, ou le risque d'un décès prématuré par rapport à l'espérance de vie résiduelle statistique comme pour l'assurance-vie.

Les listes de diagnostic: efficaces ou trompeuses?

Beaucoup de caisses de pensions s'appuient sur des listes de diagnostics pour évaluer les risques et formuler des réserves. Il n'existe pas de statistiques sur la fréquence d'utilisation de telles listes, tout comme on ignore si les réserves formulées sur cette base étaient correctes et si elles ont pu être exercées lors de la survenue d'un cas de prestations. Il est permis de penser que certains responsables administratifs expérimentés et engagés ont acquis une compétence solide dans ce domaine. Et pourtant, il nous arrive de nous étonner quand nous sommes amenés en notre qualité de médecins d'assurance à vérifier des listes de diagnostics qui sont utilisées pour évaluer les risques et formuler des réserves. L'établissement d'une liste représente un travail laborieux et en plus, il faudrait former les responsables administratifs dans leur application correcte.

Le service des médecins d'assurance: constructif ou colossal?

La complexité de la médecine augmente, de nouveaux médicaments et traitements parviennent sur le marché et les maladies sont redéfinies. L'évaluation

médicale exige de ce fait plus de compétence professionnelle qui peut être garantie à travers un service de médecins d'assurance. Il permet aux caisses de pensions d'accéder directement aux spécialistes qui examinent les questions médicales importantes pour l'assurance d'un regard indépendant et peuvent élaborer les bases décisionnelles nécessaires. L'accès simple à un tel service permet souvent de régler un cas rapidement et à moindres frais. Autre avantage: les processus bien rodés qui règlent les démarches d'un tel service garantissent aussi l'indispensable sécurité dans la manipulation de données sensibles. |

Reto Köbli

Un questionnaire de santé éprouvé

Un questionnaire pourrait être très bref et ne contenir que les cinq questions suivantes:

- Êtes-vous actuellement en état de travailler à temps plein?
- Êtes-vous invalide au sens de l'AI? Si oui, veuillez joindre la décision de l'AI.
- Avez-vous consulté un médecin au cours des cinq années écoulées?
- Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq années écoulées?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments?

En cas de réponse affirmative à l'une de ces questions, le preneur d'assurance devra fournir des détails dans un tableau annexé au questionnaire où il devra disposer de suffisamment de place pour répondre.

WERBUNG

PUBLICITÉ

Der VPS Verlag hat mit dem Fachwörterbuch für die berufliche Vorsorge ein Standardwerk geschaffen, das Verantwortlichen von Pensionskassen ihre Arbeit erleichtert. Eine elektronische Version liegt dem Fachwörterbuch in Form einer CD bei. Zu jedem Begriff gibt es drei Zugänge: Erklärung, Anwendung, Beispiel.



Fachwörterbuch

für die berufliche Vorsorge

3. komplett überarbeitete Auflage 2015



Bestellungen: VPS-Verlag, abo@vps.ch, www.schweizerpersonalvorsorge.ch/buchshop