

**Stellungnahme**  
**des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft**  
**zum Themenblock 5 „Perspektiven der Gendiagnostik“**  
**im Rahmen der öffentlichen Anhörung von Sachverständigen**  
**zum Thema „Folgen der genetischen Diagnostik“ am 16. Oktober 2000**

Der Gesamtverband der Versicherungswirtschaft vertritt seit Ende der 80er Jahre folgende Position bezüglich Gentests in der Lebensversicherung:

- Momentan und in absehbarer Zukunft werden die Versicherungsunternehmen weder Gentests als Mittel der Risikodifferenzierung verlangen noch ausdrücklich nach durchgeführten Gentests fragen.
- Aufgrund der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 16 VVG) erwarten die Versicherungsunternehmen allerdings die Offenlegung gesundheitsrelevanter Informationen, ohne dass nach deren Herkunft unterschieden wird.

Um diese Position zu erläutern, wird im Folgenden auf allgemeine Fragen zur Risikoprüfung, spezielle Fragen zu Gentests in der Risikoprüfung sowie spezielle ethische und juristische Fragestellungen in Form eines Frage-/Antwortschemas eingegangen:

### **1. Allgemeine Fragen zur Risikoprüfung**

*Warum ist in der privaten Versicherung im Gegensatz zur Sozialversicherung überhaupt eine Risikoprüfung nötig?*

Zu den Grundlagen der privaten Versicherung gehört zum einen, dass Versicherungsschutz nur zur Absicherung gegen ungewisse Risiken geboten werden kann. Besteht eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für einen in absehbarer Zeit eintretenden Versicherungsfall, so kann das Risiko im Rahmen der privaten Versicherung nicht gedeckt werden. Ferner verlangt das Versicherungsprinzip einen gleichen Informationsstand zum Risiko bei Antragsteller und Versicherer.

Hieraus folgt, dass der Versicherer die Möglichkeit zur umfassenden Prüfung des Risikos haben muss, um zu entscheiden, ob und zu welchen Bedingungen er Versicherungsschutz bieten kann. Dies setzt voraus, dass der Antragsteller sämtliche risikorelevanten Umstände offen zu legen verpflichtet ist und der Versicherer weitere Informationen einholen darf. In Deutschland ergibt sich diese Anzeigepflicht aus der Regelung des § 16 VVG.

Anders als die gesetzliche Sozialversicherung kann die private Versicherung auf eine solche Risikoprüfung nicht verzichten. Dies hat folgende Gründe:

Die Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung, bei welcher der versicherte Personenkreis, Beginn, Art und Höhe des Versicherungsschutzes gesetzlich festgelegt sind. Damit ist gewährleistet, dass Sterbe-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten etc. praktisch dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechen. Im übrigen ist - im Gegensatz zur privaten Lebensversicherung - die Beitragshöhe der im Umlageverfahren arbeitenden Sozialversicherung für die Zukunft nicht festgeschrieben und damit anpassbar.

Die private Lebensversicherung basiert hingegen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Hier entscheidet der Einzelne frei darüber, ob und wann er Versicherungsschutz beantragt, gegen welche Risiken und in welcher Höhe. Dabei legt er seine Kenntnis und seine Einschätzung

über bei ihm vorhandene Risiken zugrunde. Naturgemäß werden verstärkt Personen mit Kenntnis von einem erhöhten Risiko Versicherungsschutz nachfragen. Dies lässt sich durch Erfahrungen der Versicherungswirtschaft in der Vergangenheit belegen. Die Risikoprüfung dient dazu, dieser "Antiselektionsgefahr" durch Schaffung einer Informationssymmetrie entgegenzuwirken und jeden Antragsteller entsprechend seinem individuellen Risiko einzustufen; ggf. wird ein höheres Risiko durch einen höheren Beitrag ausgeglichen. Im übrigen ist bei der privaten Lebensversicherung die Höhe von Beitrag und Leistung für die Vertragslaufzeit grundsätzlich garantiert (s. auch Antwort in 2. „*Wie kann die „versicherungsmathematische („aktuarielle“) Relevanz“ eines Gentests nachgewiesen werden?*“). Ein Risiko-Ausgleich durch nachträgliche Beitragserhöhungen ist daher nicht möglich.

*Wie wird die Risikoprüfung in der Lebensversicherung in der Praxis durchgeführt?*

In den Antragsunterlagen für eine Lebensversicherung sind Fragen zur versicherten Person zu beantworten. Die genaue Ausgestaltung ist unternehmensindividuell unterschiedlich, üblich sind Fragen zum Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, aber auch medizinische Fragen beispielsweise zu Vorerkrankungen oder aktueller Medikamenteneinnahme. Bei sehr hohen Versicherungssummen (etwa ab 250.000 - 750.000 DM) wird oft ein sogenanntes *Ärztliches Zeugnis* verlangt, d. h. für den Antragsteller, dass ein Arztbesuch notwendig wird und einige medizinische Untersuchungen durchgeführt werden. Der Umfang dieser Untersuchungen hängt wiederum von der Versicherungssumme ab, beispielsweise verlangen manche Versicherungsunternehmen bei sehr hohen Versicherungssummen (> 1.000.000 DM) auch ein Belastungs-EKG.

Zur Durchführung der eigentlichen Risikoprüfung beschäftigt die Versicherungswirtschaft speziell ausgebildete Fachleute, die Risikoprüfer, die die Fähigkeit und Erfahrung besitzen, medizinische und andere personenbezogene Daten auszuwerten. In die Entscheidung fließen nicht nur die jeweiligen Gesundheitsverhältnisse sondern z. B. auch Beruf, Hobbys und Versorgungsbedarf des Antragstellers ein. Auch die beantragte Versicherungsform muss in Betracht gezogen werden.

Wenngleich die Risikoprüfung essentielles Merkmal der privaten Versicherung ist, dürfen doch ihre Auswirkungen auf die Verbraucher nicht überbewertet werden. So zeigt etwa die Praxis der Lebensversicherer in Deutschland, dass 95 % der Anträge zu normalen Bedingungen angenommen, 4 % modifiziert – z. B. mit einem Zuschlag – akzeptiert und nur 1 % aller Anträge abgelehnt werden. Dies korrespondiert mit dem wirtschaftlichen Interesse der Versicherer, nicht nur gute, sondern möglichst viele Risiken zu übernehmen.

*Wie wird der Datenschutz sichergestellt?*

Generell gelten für alle personenbezogene Daten umfangreiche Schutzbestimmungen, deren Einhaltung über Datenschutzbeauftragte sichergestellt wird.

*Welche Auswirkungen könnte eine generelle Beschränkung der Risikoprüfung haben?*

Gesetzlich normierte Einschränkungen der Risikoprüfung würden das Prinzip des gleichen Informationsstandes aufheben. Folge wäre ein verstärkter Zugang höherer Risiken, ein Anstieg des Beitragsniveaus, verringerte Nachfrage von Personen mit normalem Risiko – ein sich wiederholender und in seinen Wirkungen sich verstärkender Prozess. Gesetzliche Restriktionen könnten im Extremfall zur Folge haben, dass für große Teile der Bevölkerung Versicherungsschutz nicht mehr zu erschwinglichen Preisen verfügbar wäre und Produkte

vom Markt genommen würden, die der Absicherung wichtigster Lebensrisiken wie Tod, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit dienen, für die aber aus sozialpolitischen Gründen gerade ein steigender Bedarf besteht.

*In welchem Zusammenhang wurden Antiselektionseffekte bereits festgestellt?*

- In Deutschland wird in den Antragsunterlagen der Lebensversicherer seit 1988 nach einem positiven HIV-Testergebnis gefragt. Die Untersuchung von Aids-Leistungsfällen bei einem großen deutschen Lebensversicherer ergab folgendes Bild: Die Zahl der Leistungsfälle wegen AIDS mit Vertragsbeginn in 1988 sank gegenüber der Zahl der Fälle mit Vertragsbeginn in 1987 um über 50%.
- In einigen Bundesstaaten in den USA wurde den Versicherungsunternehmen Mitte der 80er Jahre verboten, HIV-Test-Ergebnisse zu verwenden. Aufgrund des hohen Verlustpotenzials zogen sich daraufhin viele Gesellschaften aus diesen Regionen zurück. Nach Protesten aus der Bevölkerung wurden die gesetzlichen Beschränkungen wieder zurückgenommen.
- Die privaten Krankenversicherer fanden sich auf Drängen des Gesetzgebers bereit, den durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 abgeschafften Auslandsversicherungsschutz der gesetzlich Krankenversicherten auch unter Einschluss akut Behandlungsbedürftiger zu übernehmen. Da dieser Tarif wegen der zu erwartenden Inanspruchnahme geringfügig teurer war als solche Auslandsreiseversicherungen, die akute Erkrankungen ausschlossen, wählten gesunde Versicherte nur die letztere Tarifvariante, während sich in dem Tarif mit Einschluss aktueller Behandlungsbedürftigkeit überwiegend Dialysepatienten versicherten, bei denen praktisch auf jeder Reise Versicherungsleistungen fällig wurden. Der Verkauf des Produktes musste schon nach kurzer Zeit eingestellt werden.
- In Großbritannien wurde kurzzeitig ein Produkt ohne medizinische Risikoprüfung für junge Ehepaare unter der Voraussetzung angeboten, dass ein Hausbau geplant ist. Hintergrund war die Überlegung, dass eine akut erkrankte Person keine dermaßen langfristige angelegte Lebensplanung unternehmen wird. Der Vertrieb dieses Produktes musste allerdings wegen großer Verluste aufgrund von Antiselektion innerhalb kürzerer Zeit eingestellt werden.
- Nach dem Wegfall von Todesfallleistungen in der GKV Ende der 80er Jahre wurden von einigen Lebensversicherern niedersummierte private Sterbegeldversicherungen angeboten, bei denen die Risikoprüfung nur aus zwei sehr allgemein gehaltenen Gesundheitsfragen bestand. Aufgrund der starken Antiselektionseffekte musste das Angebot nach kurzer Zeit eingestellt werden.
- Zu Gruppenversicherungen ohne Beitrittspflicht wurde versucht, Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung anzubieten. Aufgrund des sehr schlechten Risikoverlaufs mussten bereits nach 6 Monaten Gesundheitsfragen eingeführt werden.

*Können Antiselektionseffekte „im Vorfeld“ quantifiziert werden?*

Das ist sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Zunächst sind dazu eine Vielzahl an medizinischen Informationen zu einer bestimmten Krankheit notwendig, etwa zur Prävalenz, Morbidität und Mortalität, was in der notwendigen Ausführlichkeit gerade bei neu auftretenden Erkrankungen wie beispielsweise Aids oft nicht gegeben ist. Das eigentliche - kaum lösbare Problem stellt allerdings die notwendige Prognose des Verhaltens der Personen dar, denen – aus welchen Gründen auch immer – die Möglichkeit zur Spekulation gegen die Versicher-

tengemeinschaft gegeben ist. Ein wesentlicher, kaum abzuschätzender Einflussfaktor ist hierbei ein möglicherweise entstehender Sekundärmarkt, bei dem mit Policen von schwer Erkrankten gehandelt wird. In den Vereinigten Staaten und Großbritannien ist beispielsweise der Kauf von Policen Aids-Erkrankter als Kapitalanlage akzeptiert. Da bei einem Weiterverkauf der Police der Versicherungsnehmer selbst profitieren würde, ist bei Vorliegen eines Sekundärmarktes ein deutlich höheres Antiselektionspotenzial anzunehmen. Bei einer gesetzlichen Beschränkung der Risikoprüfung kann es sogar zur lukrativen Kapitalanlage werden, schwer Erkrankten, aber bezüglich ihrer Erkrankung nicht zur Information verpflichteten Personen den Abschluss von Lebensversicherungsverträgen gegen Entgelt zu finanzieren.

*Gibt es nicht doch Produkte mit eingeschränkter oder sogar ohne Risikoprüfung?*

Es gibt aktuell mehrere Produkte auf dem deutschen Markt, die ohne medizinische Risikoprüfung angeboten werden. Grund hierfür sind geschäftspolitische Erwägungen oder – wie in der Rentenversicherung – fehlende Möglichkeiten der Kunden gegen die Versichertengemeinschaft zu spekulieren. Der Ausgleich erfolgt über bestimmte Zugangsvoraussetzungen, Leistungsbegrenzungen und/oder höhere Beiträge:

- Spezialangebote einiger Anbieter: Ab einem bestimmten Alter (beispielsweise >40) wird auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet. Der Ausgleich erfolgt über mehrere Vorkehrungen. Entscheidend ist die Wartezeit von 3 Jahren, d. h. im Todesfall innerhalb von 3 Jahren nach Vertragsabschluss werden nur die bisher gezahlten Beiträge zurückerstattet. Ausgenommen hiervon wird nur der Tod aufgrund eines Unfalls, bei dem die vereinbarte Versicherungssumme gezahlt wird. Zusätzlich bestehen Summenbegrenzungen, d. h. es können keine beliebig hohen Todesfallsummen vereinbart werden (beispielsweise <75.000 DM). Die speziellen Leistungseinschränkungen dieser Produkte in Verbindung mit der Gentests zugeschriebenen prädiktiven Aussagekraft von mehr als 3 Jahren lassen eine Übertragbarkeit dieser Angebote auf Personen mit problematischer genetischer Prädisposition nicht zu.
- Die Aufnahme eines Kredites wird oft mit einer Absicherung im Todesfall in Höhe der jeweils noch ausstehenden Schuld verbunden. Diese sogenannte Restkreditversicherung wird ebenfalls ohne medizinische Risikoprüfung verkauft. Allein der Verkauf der Versicherung im Zusammenhang mit beispielsweise einem Baudarlehen reicht als „Risikoprüfung“ nicht aus, wie das obige Beispiel aus Großbritannien zeigt. Zusätzlich wird daher im Allgemeinen in den ersten zwei Jahren nach Vertragsabschluss eine Leistung ausgeschlossen, falls der Versicherte an einer schweren Erkrankung verstirbt, die bereits vor Vertragsabschluss behandelt wurde.
- In der Rentenversicherung wird keine medizinische Risikoprüfung durchgeführt. Allerdings werden im Todesfall im Allgemeinen nur die eingezahlten Beiträge zurückerstattet, so dass bei diesem Produkt praktisch kein Todesfallrisiko zu tragen ist. Die Spekulation eines Einzelnen gegen die Versichertengemeinschaft ist damit ausgeschlossen. Es ist dagegen umgekehrt festzustellen, dass privat Rentenversicherte länger leben als der Bevölkerungsdurchschnitt: Untersuchungen über Versichertensterblichkeiten ergaben beispielsweise für 60-Jährige eine um zwei Jahre längere Lebenserwartung als im Durchschnitt (Anmerkung: Zahlen nach DAV 1994 R ohne Sicherheitszuschläge vs. Sterbetafel 1996/98 des statistischen Bundesamtes). Diese sich nur über die Gesamtheit aller Versicherten vermittelnde Selektion (aufgrund der „natürlichen“ Obergrenze für die Lebenserwartung) ist im Gegensatz zur möglichen Spekulation Einzelner bei der Todesfallabsicherung kalkulierbar.

- Im Kollektivgeschäft mit Pflichtmitgliedschaft wird im Allgemeinen auf eine Risikoprüfung verzichtet, da durch die Zugangspflicht eine „durchschnittliche“ Risikostruktur des Kollektivs gewährleistet wird.

*Stellt die Risikoprüfung nicht generell eine Diskriminierung dar?*

Die Risikoprüfung und die damit einhergehenden Pflichten des Antragstellers stellen keine Diskriminierung dar. Risikoprüfung ist keine Diskriminierung, sondern – wie in 1. dargelegt – notwendige Differenzierung. Unter Diskriminierung ist eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte zu verstehen. Diskriminierend wäre z. B. eine Differenzierung nach willkürlichen Kriterien. Risikoprüfung zielt gerade auf das Erkennen und Berücksichtigen ungleicher Sachverhalte und soll zu einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung beitragen.

Die Ambivalenz zwischen der aus der Individualität jedes Menschen begründeten, notwendigen Differenzierung einerseits und einem Diskriminierungsverbot andererseits ist natürlich weitaus tiefer liegend als die Frage nach der Rechtfertigung der Risikoprüfung in der privaten Versicherungswirtschaft. Exemplarisch wird eine differenzierte Betrachtung des Gleichheitsgebotes beispielsweise in der Deklaration der Menschen- und Bürgerrechte vom 26. August 1789 ausgeführt: In Artikel 1 heißt es zunächst „Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits.“ Danach wird aber sehr wohl eine Differenzierung (nach dem sachlich gerechtfertigten Grund der „utilité commune“) zugelassen: „Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune“. Weitere Beispiele finden sich in Artikel 6 und 13: „La loi est l'expression de la volonté générale ... Tous les citoyens étant égaux à ses yeux, sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leurs capacités, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et leurs talents.“ ... „Pour l'entretien de la force publique et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable: elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.“

## **2. Spezielle Fragen zu Gentests in der Risikoprüfung**

*Welche Position vertritt der GDV zum Thema Lebensversicherung und Gentests?*

Seit Ende der 80er Jahre vertritt der GDV folgende Position bezüglich Gentests in der Lebensversicherung:

- Momentan und in absehbarer Zukunft werden die Versicherungsunternehmen weder Gentests als Mittel der Risikodifferenzierung verlangen noch ausdrücklich nach durchgeführten Gentests fragen.
- Aufgrund der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 16 VVG) erwarten die Versicherungsunternehmen allerdings die Offenlegung gesundheitsrelevanter Informationen, ohne dass nach deren Herkunft unterschieden wird.

*Wieso haben die Verbote zur Verwendung von Gentests durch Versicherungen z.B. in Österreich und Belgien bisher keine negativen Auswirkungen auf die Lebensversicherer?*

Zur Zeit können nur sehr seltene monogenetische Erkrankungen und mit im Allgemeinen geringer prädiktiver Aussagekraft durch Gentests diagnostiziert werden. Einzige Ausnahme

ist der Test auf Chorea Huntington („Veitstanz“), bei der je nach Art und Schwere des Defektes relativ genaue Aussagen über den Ausbruchzeitpunkt der Krankheit getroffen werden können. Mit einer Prävalenz von 1 : 10.000-20.000 ist Chorea Huntington aber eine sehr seltene Erkrankung. Bei anderen monogenetischen Erkrankungen werden durch die hohe Anzahl von verschiedenen Mutationen (z. B. >700 bei der Zystischen Fibrose) mit unterschiedlichsten Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf klare Aussagen erschwert.

Dagegen haben die weiter gehenden Beschränkungen der Risikoprüfung in den Niederlanden sehr wohl bereits erste Auswirkungen gezeigt. Den dortigen Versicherern sind seit Januar 1998 bei bestimmten Produkten nicht nur Fragen nach durchgeführten Gentests verboten, sondern allgemein nach schweren und unheilbaren Krankheiten, die erst später ausbrechen (z. B. HIV, multiple Sklerose). Die Versicherer sahen sich daraufhin gezwungen, die Beiträge für diese Produkte durchschnittlich um etwa 10 % anzuheben, und es wurden Leistungsobergrenzen eingeführt. Beide Maßnahmen wurden rein präventiv und nicht aufgrund versicherungsmathematischer Kalkulationen eingeführt. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten, da sich die entscheidenden Auswirkungen erst im Laufe der nächsten Jahre manifestieren werden.

*Welche Rolle spielen Gentests aktuell in der Risikoprüfung?*

Aufgrund der dargestellten geringen Aussagekraft von Gentests spielen sie z. Zt. praktisch keine Rolle. Selbst aus größeren Unternehmen wird maximal von nur „eine Handvoll“ Tests im Jahr berichtet, die den Gesellschaftsärzten vorgelegt wurden (bei insgesamt über 10 Millionen neu abgeschlossener Verträge im Jahr 1999).

*Wie wird die ordnungsgemäße Ermittlung eines Gentestergebnisses durch Versicherer geprüft?*

Wesentlich für ein Gentestergebnis ist die Befundung, die von einem Genetiker erstellt wird. In Zweifelsfällen fragen wir bei Experten nach. Die Befunde der Gentests selber werden durch eine Qualitätskontrolle des Berufsverbandes Medizinische Genetik sichergestellt.

*Wie wird mit vorliegenden Gentests in der Risikoprüfung umgegangen?*

Der Umgang erfolgt analog zu anderen medizinischen Testergebnissen. Dies beinhaltet insbesondere eine umfassende Gewährleistung des Datenschutzes. Auch die Bewertung von vorliegenden Tests erfolgt analog zu anderen Diagnoseergebnissen. Dabei ist die Risikoprüfung insgesamt und insbesondere die medizinische Einschätzung von Risiken ein multifaktorieller und komplexer Prozess, der sich nicht in Einzelentscheidungen auflösen lässt (vgl. unter 1. „*Wie wird die Risikoprüfung in der Lebensversicherung in der Praxis durchgeführt?*“). Beispielsweise führt ein Blutdruck von 160/100 nicht zwangsläufig zu einem genau festgelegten Beitragsaufschlag. Genauso wenig lassen sich allgemein gültige Aussagen festlegen, welche Auswirkungen das Vorhandensein einer bestimmten genetische Prädisposition auf das Ergebnis einer Risikoprüfung besitzt. Aufgrund der meist noch sehr geringen Aussagekraft sind gerade bei Gentests praktisch immer zusätzliche Entscheidungshilfen notwendig und meist auch ausschlaggebend.

Denkbar ist allerdings der Fall, dass bei Vorliegen einer familiären Vorbelastung mit Hilfe eines Gentests nachgewiesen werden kann, dass die Krankheit nicht vererbt wurde. Auch bei behandelbaren Erberkrankungen – etwa einer Dickdarm-Polyposis – kann nach erfolgrei-

cher Operation prinzipiell ein Versicherungsschutz zu normalen Bedingungen angeboten werden.

*Wie kann die „versicherungsmathematische („aktuarielle“) Relevanz“ eines Gentests nachgewiesen werden?*

Aufgrund der geringen Aussagekraft der derzeit vorhandenen Gentests und/oder der geringen Erfahrung mit neu entwickelten Tests ist das z. Zt. kaum möglich. Notwendig sind u. a. Informationen zur Penetranz und Expressivität einer bestimmten Mutation, was aufgrund des meist vorhandenen aber noch nicht geklärten zusätzlichen Einflusses von Umweltfaktoren auch zukünftig ein sehr schwieriges Unterfangen darstellen wird.

Generell gilt für die „aktuarielle Relevanz“ von Diagnoseergebnissen, dass eine gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit genügt, um einen Beitragszuschlag zu rechtfertigen.

*Wird man nicht von (medizinisch notwendigen) Tests abgehalten aus Angst vor einem Verlust des Versicherungsschutzes?*

Da in der privaten Lebensversicherung nur vor Abschluss eines Vertrages eine Risikoprüfung durchgeführt wird, müssen Änderungen, die sich nach Vertragsabschluss ergeben, etwa die Durchführung einer medizinischen Untersuchung mit problematischem Befund, nicht nachträglich gemeldet werden.

Aber auch wenn noch kein Versicherungsschutz vorliegt ist diese Angst unbegründet, denn unauffällige/negative Gentests führen in der Risikoprüfung zu keiner Erschwerung und auch wenn der Gentest auffällig ist, ist eine Erschwerung oder gar Ablehnung keineswegs die Regel sondern eher die Ausnahme. Vielfach werden Mutationen entdeckt, über deren Auswirkungen keine definitive Aussage gegeben werden kann und die somit auch in der Risikoprüfung keine Berücksichtigung finden. Aber auch wenn von einem genetischen Zentrum risikorelevante Aussagen getätigt werden, bedeutet dies keine Ablehnung per se. In seltenen Fällen, in denen wirkliche Probleme mit einer Annahme auftreten, wird versucht werden, ein Alternativangebot (z. B. verkürzte Laufzeit) auszuarbeiten.

Gemäß einer Untersuchung in Großbritannien und den USA findet keine genetische Diskriminierung durch Versicherer statt. („Genetic testing and insurance: fears unfounded?“, The Lancet; 29. April 2000)

Darüber hinaus sehen wir keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Gentests und „normalen“ Diagnosemethoden. Nach allgemeiner Erfahrung lässt sich niemand von einer notwendigen „normalen“ Diagnose aus Angst vor Problemen mit seiner Versicherung abhalten.

*Welche Einschätzung geben Sie für die zukünftige Entwicklung?*

Bisher hat der medizinische Fortschritt stets zu einer Erhöhung der Versicherbarkeit beigetragen. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland fast jeder dritte Lebensversicherungsantrag abgelehnt wurde, kann heute nur in rund 1 % aller Fälle kein Versicherungsschutz gewährt werden. Es ist wenig wahrscheinlich, dass sich durch die Gentechnologie, die gerne als Schlüsseltechnologie des 21. Jahrhunderts bezeichnet wird, diese positive Entwicklung umkehrt.

*Besteht nicht doch die Gefahr einer speziellen „genetischen“ Diskriminierung?*

Als Besonderheit von genetischen im Gegensatz zu „normalen“ Erkrankungen wird verschiedenerseits angeführt, dass der Einzelne keinen Einfluss auf seine genetische Disposition nehmen könne (im Gegensatz zum Rauchen) und daher ein Träger „schlechter“ Gene doppelt bestraft werde. Hier lässt sich anführen, dass zunächst auch „normale“ Erkrankungen zumindest zum Teil auch genetische Ursachen haben und trotzdem seit jeher anerkanntermaßen im Rahmen der Risikoprüfung angegeben werden müssen. Auch das (rein genetisch bedingte) Geschlecht ist ein allgemein akzeptierter und wegen seines Zusammenhangs mit der Lebenserwartung notwendiger Differenzierungsgrund in der Lebensversicherung. Das bereits erreichte Alter ist mit der wichtigste Indikator für eine Abschätzung der zukünftigen Lebenserwartung und daher bei praktisch jedem Lebensversicherungsprodukt ein Tarifierungsmerkmal. Ebenso wie das Erbgut ist das Alter durch den Einzelnen nicht beeinflussbar.

Auch die prädiktive Aussagekraft, die manchen Gentests zugeschrieben wird, stellt keine Besonderheit dar. Ein erhöhter Blutdruck, Übergewicht oder das Rauchverhalten geben ebenfalls wichtige Hinweise auf zukünftig möglicherweise auftretende Folgeerkrankungen, ohne dass bereits Symptome aufgetreten sein müssten. In diesem Zusammenhang wird oft die Auffassung geäußert, dass insbesondere präsymptomatische Gentests (, die nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aber keinen sicheren Ausbruch einer bestimmten Krankheit prognostizieren) auf keinen Fall durch Versicherer verwendet werden dürfen. Dem ist zu entgegen, dass – wie bereits in 1. beschrieben – die Berücksichtigung eines (innerhalb einer festgelegten Zeitspanne) nur wahrscheinlichen aber nicht sicheren Eintritts des Versicherungsfalles zu den Grundanforderungen für das Funktionieren der privaten Versicherung gehört. Ist diese Wahrscheinlichkeit gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt erhöht, so muss dies durch einen höheren Beitrag ausgeglichen werden. Ist dagegen der Eintritt des Versicherungsfalles ab einem bestimmten Zeitpunkt absolut sicher, so kann das Risiko überhaupt nicht, oder nur für eine entsprechend verkürzte Zeitspanne übernommen werden.

Ein weitere vermeintliche Besonderheit von Generkrankungen stellen mögliche Rückschlüsse auf Verwandte dar, die unter Umständen nach der Diagnose einer Generkrankung gestellt werden können. Es ist den Versicherern aber grundsätzlich nicht erlaubt, bei Antragstellern auf evtl. vorliegende Informationen aus Anträgen/Verträgen von Verwandten zurückzugreifen. Jenseits dieser juristischen Vorgabe ist das Argument aber auch inhaltlich nicht richtig, da zum einen auch nicht-erbliche, auf spontane Mutationen rückführbare Generkrankungen existieren und zum anderen auch „normale“ Erkrankungen Rückschlüsse auf Verwandte zulassen würden (z. B. Diabetes).

Generell sind in der Risikoprüfung nicht die Ursachen für risikoeerhebliche Umstände, sondern nur deren Auswirkungen wesentlich. Das bedeutet, dass denkbare Differenzierungsmerkmale nicht herangezogen werden, wenn dieser Umstand keine Auswirkungen auf das übernommene Risiko hat (z. B. die genetisch bedingte Augenfarbe). Umgekehrt stellt etwa der Body-Mass-Index (medizinisch anerkannte Relation aus Körpergewicht und Größe) ein sehr wichtiges Differenzierungskriterium dar, unabhängig davon, ob ein vorhandenes Übergewicht auf falsche Essgewohnheiten oder „Veranlagung“ zurückzuführen ist.