

Frau  
Dr. Martina Bunge, MdB  
Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit  
Fraktion Die Linke.  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Az  
L1

Zeichen  
Sr/Me

Durchwahl  
-5210

Datum  
13.09.2007

### GDV-Stellungnahme Gendiagnostikgesetz-Entwurf

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,


am 10. Oktober 2007 ist der Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG; BT-Drs. 16/3233) der Fraktion BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN Gegenstand einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages.

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) hat zum vorliegenden Gesetzentwurf eine Stellungnahme verfasst, die wir Ihnen zusammen mit der freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung der Mitgliedsunternehmen des GDV zum Verzicht auf die Durchführung prädiktiver Gentests sowie Grundsätzen der Personenversicherung und Risikoprüfung übersenden.

Für Rückfragen und Erläuterungen zu unserer Stellungnahme stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

  
(Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Heilmann)

  
(Dr. Uwe Schrader)

Gesamtverband der Deutschen  
Versicherungswirtschaft e. V.

Wilhelmstraße 43 / 43 G, 10117 Berlin  
Postfach 08 02 64, 10002 Berlin  
Tel.: +49 30 2020-5000  
Fax: +49 30 2020-6000

Anlagen

60, avenue de Cortenberg  
B - 1000 Brüssel  
Tel.: +32 2 28247-30  
Fax: +32 2 28247-39

E-Mail: [u.schrader@gdv.de](mailto:u.schrader@gdv.de)

[www.gdv.de](http://www.gdv.de)

**Stellungnahme**  
**des Gesamtverbandes**  
**der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)**  
**zum**  
**Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen**  
**bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG)**  
**der Fraktion BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN**

**Kernaussagen zum Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes**

Gentests sind eine wichtige Basistechnologie vieler weiterer Entwicklungen der medizinischen Gentechnologie. Ohne Gentests kann es keine genotypbasierte Präventivmedizin, keine individuelle Getherapie und auch keine Pharmakogenetik geben, bei der Medikamente durch das genetische Profil der Patienten maßgeschneidert werden. Ein Gendiagnostikgesetz (GenDG), das die medizinische Seite des Umgangs mit Gentests regelt, hält die deutsche Versicherungswirtschaft für sinnvoll, insbesondere unterstützen die Versicherer die Bereiche Arztvorbehalt, Beratungspflichten und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

In einem Gendiagnostikgesetz müssen allerdings die Grundsätze der Personenversicherung, wie sie insbesondere in einem gleichen Informationsstand zwischen Versicherer und Antragsteller über die Risikosituation zum Ausdruck kommen, berücksichtigt werden. Die deutsche Versicherungswirtschaft lehnt deshalb das in dem GenDG-Entwurf vorgesehene umfassende Verbot zur Verwendung genetischer Untersuchungen vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages ab (§ 22 GenDG-E). Ferner ist das einer Generalklausel gleichkommende, umfassende Diskriminierungsverbot (§ 4 GenDG-E) für die deutsche Versicherungswirtschaft nicht akzeptabel.

- Das weitgehende Verbot, Ergebnisse von Gentests zu nutzen, lässt außer Acht, dass die Versicherungswirtschaft seit mehr als 15 Jahren größtmögliche Zurückhaltung im Umgang mit prädiktiven genetischen Analysen übt. Seit 2001 haben die Mitgliedsunternehmen des GDV diesen restriktiven Umgang in der freiwilligen Selbstverpflichtung bis 2011 verbindlich erklärt. Eine gesetzliche Regelung ist vor diesem Hintergrund nicht notwendig.

**Gesamtverband der Deutschen  
Versicherungswirtschaft e. V.**

Wilhelmstraße 43 / 43 G, 10117 Berlin  
Postfach 08 02 64, 10002 Berlin  
Tel.: +49 30 2020-5000  
Fax: +49 30 2020-6000

60, avenue de Cortenberg  
B - 1000 Brüssel  
Tel.: +32 2 28247-30  
Fax: +32 2 28247-39

Ansprechpartner:  
**Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Heilmann**  
**Geschäftsführer**  
**Lebensversicherung/Pensionsfonds**

Tel.: +49 30 2020-5200  
E-Mail: w.heilmann@gdv.de

**Dr. Uwe Schrader**  
**Leiter der Abteilung**  
**Mathematik/Versicherungsmedizin/  
Produktvergleiche**

Tel.: +49 30 2020-5210  
E-Mail: u.schrader@gdv.de

www.gdv.de

- Das als Generalklausel formulierte Diskriminierungsverbot in § 4 GenDG-E ist vom Regelungsumfang kaum eingrenzbar und verbietet nach dem derzeitigen Wortlaut auch Unterscheidungen, die sachlich begründet sind. Eine dem Stand der medizinischen Entwicklung entsprechende Risikoprüfung zielt aber darauf ab, ungleiche Sachverhalte zu erkennen und zu berücksichtigen (also zu differenzieren). Die Risikoprüfung ist deshalb keine (diskriminierende) Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte.
- Im Zuge des medizinischen Fortschritts können im Gesetz getroffene Regelungen binnen kurzer Zeit überholt sein. Eine einmalige Evaluierung zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wird der fortschreitenden Entwicklung der Gentechnologie nicht gerecht. Deshalb sollte eine regelmäßige Überprüfung festgeschrieben werden.
- Die zunächst bis zum 31.12.2011 geltende Selbstverpflichtung der deutschen Versicherungswirtschaft, an die sich der GenDG-E in Teilen offensichtlich anlehnt, war und ist nicht als Vorlage für ein Gesetz geeignet. Die Selbstverpflichtung berücksichtigt die gegenwärtige Situation, in der genetische Untersuchungen in der Risikoprüfung keine bedeutende Rolle spielen. Sie ist bewusst zeitlich befristet, weil sie der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen will. Denn wie sich die Situation im Hinblick auf genetische Untersuchungen im Jahre 2011 oder später darstellt, ist derzeit nicht vorhersehbar.
- Die Selbstverpflichtung der Versicherungswirtschaft bezieht sich auf prädiktive molekular- oder zytogenetische Gentests (im Sinne der Definition des Gesetzentwurfes). Die Einbeziehung von diagnostischen Gentests, Genprodukten und Tests auf Phänotypebene im GenDG-E ist viel zu weit gefasst und dürfte bei Anwendung des Gesetzes zu erheblichen Problemen und Verunsicherungen bei Ärzten, Patienten und Risikoprüfern führen.
- Das im GenDG-E vorgesehene Verbot, Ergebnisse bereits durchgeführter Gentests offenzulegen, widerspricht den Grundvoraussetzungen eines privaten Versicherungsvertrages. Dessen wesentliches Merkmal ist es, für den Fall des Eintritts eines für beide Vertragspartner gleichermaßen ungewissen Risikos eine bestimmte Leistung zu vereinbaren. Ein Versicherungsvertrag kann deshalb nur auf der Grundlage gleicher Information bei Versicherungsnehmer und Versicherer zustande kommen. Liegt aber ein risikorelevanter Gentest nur dem Versicherungsnehmer vor, ist ein Informationsgleichstand zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer und die Ungewissheit des Ereignisses für den Versicherungsnehmer nicht mehr gegeben. Die Folge wäre, dass für bestimmte Risiken kein Versicherungsschutz mehr angeboten werden könnte.

## **Die Position der deutschen Versicherungswirtschaft im Einzelnen**

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gendiagnostikgesetzes wird die politische Auseinandersetzung über den Umgang mit genetischen Untersuchungen wieder aufgenommen. Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und Analysen festzulegen, die Verwendung genetischer Proben und Daten zu regeln und eine genetische Diskriminierung zu verhindern. Im vorgelegten Entwurf wird jede Benachteiligung einer Person wegen ihrer genetischen Eigenschaften, wegen der Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung oder Analyse oder wegen des Ergebnisses einer solchen Untersuchung oder Analyse verboten.

Für die Versicherungswirtschaft wird darüber hinaus ein weitgehendes Verbot festgeschrieben, Ergebnisse von Gentests nutzen oder die Durchführung von Gentests aktiv fordern zu dürfen. Diese gesetzlichen Regelungen lehnen die deutschen Versicherer ab und begründen dies im Einzelnen wie folgt:

### **1 Keine Notwendigkeit gesetzlicher Regelung für genetische Untersuchungen im Versicherungsbereich**

Die Versicherungswirtschaft ist weder an einer unkontrollierten Verbreitung von Gentests – etwa über das Internet – interessiert noch forciert sie selbst deren Verwendung. Dieser Umstand wurde bereits von der Enquetekommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ in ihrem 1987 veröffentlichten Bericht ausdrücklich gewürdigt. Gleichzeitig empfahl die Kommission, darauf hinzuwirken, „dass eine von der Versicherungswirtschaft gegenwärtig geübte Zurückhaltung bei der Anwendung genetischer Analysen auch in Zukunft eingehalten wird“. An dieser Zurückhaltung der Versicherungswirtschaft in Deutschland hat sich seitdem nichts geändert, im Gegenteil hat die Branche den restriktiven Umgang mit genetischen Testmethoden auch in einer Selbstverpflichtung erklärt, deren Gültigkeit bis zum Jahr 2011 verlängert wurde. Die entsprechenden Unterlagen sind als **Anlage 1** beigefügt.

Auch die vom BMJ eingesetzte Expertenkommission zur Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat in ihrem Abschlussbericht, der insoweit auf den Zwischenbericht verweist, darauf hingewiesen. Zur Frage der zukünftigen Regelung der Verwendung von Gentests durch Versiche-

rer heißt es im Zwischenbericht: „Vorschläge für neue Vorschriften sollten vor allem dann nicht in einer Phase des Nichtwissens gemacht werden, wenn genügend Zeit bleibt, zukünftige Regelungen erst in einer späteren Phase zu entwickeln, in der hinreichendes Wissen vorliegen wird.“ Nach weiteren Darlegungen kommt die Expertenkommission zu folgendem Schluss: „Aus den genannten Gründen sieht die Kommission nach dem Zustandekommen der Selbstbeschränkungsabkommen der Versicherer keinen aktuellen gesetzgeberischen Handlungsbedarf für eine Regelung der Verwendung von Gentests durch Versicherer.“

Diese 2002 getroffene Aussage hat auch heute noch Gültigkeit: Mit einem kompletten Katalog, der für jedes Gen des Menschen die Struktur, die Aktivität und die Funktion beschreibt, ist frühestens in fünf Jahren zu rechnen. Ein Katalog der Struktur aller Proteine, die für zelluläre Aktionen ausschlaggebend sind, wird in den nächsten zehn Jahren mit Sicherheit nicht vorliegen. Bis das Risiko für multifaktoriell bedingte Erkrankungen, zu denen die sog. Volkskrankheiten gehören, mit Hilfe von Gentests klinisch valide bestimmbar sein wird, wird es voraussichtlich auch noch mindestens zehn Jahre dauern. Die Qualität der dann möglichen Vorhersagen ist heute schwer einzuschätzen, ebenso die Konsequenzen. Zumindest hinsichtlich der Frage der Nutzbarkeit von Gentests durch Versicherungen befindet sich die Branche immer noch in einer Phase des (relativen) Nichtwissens, in der gesetzliche Regelungen nicht erforderlich sind.

Auch der Nationale Ethikrat hat in seiner Stellungnahme zu prädiktiven Gesundheitsinformationen beim Abschluss von Versicherungen das Moratorium ausdrücklich hervorgehoben. Mit Verweis auf die noch nicht genau definierbare, aber sich beschleunigende Entwicklung auf dem Gebiet der genetischen Medizin weisen Mitglieder des Nationalen Ethikrates darauf hin, dass eine gesetzliche Regelung im Gegensatz zu einem Moratorium nicht praktikabel und zu unflexibel sei.

Insofern besteht aus Sicht der Versicherungswirtschaft derzeit keine Notwendigkeit, den Umgang mit Gentests durch Versicherungsunternehmen gesetzlich zu regeln. Abschnitt 5 des Gesetzentwurfs – Genetische Untersuchungen im Versicherungsbereich – sollte daher entfallen.

Wird dieser Abschnitt gestrichen, verbleibt jedoch die Generalklausel in § 4 GenDG-E. Da sich eine Vielzahl menschlicher Eigenschaften (von der Haarfarbe bis zum Geschlecht) zumindest teilweise auf das Genom zurückführen lässt, ist der Anwendungsbereich des schrankenlos formulier-

ten Diskriminierungsverbots gänzlich unbestimmt und in seiner Reichweite nicht absehbar. Die Versicherungswirtschaft hält diese Norm in dieser Form für nicht akzeptabel. Sie geht noch weit über Regelungen hinaus, wie sie der Gesetzgeber mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) bestimmt hat. Dort hat der Gesetzgeber zumindest ein Rechtfertigungssystem für eine unterschiedliche Behandlung im Gesetz verankert. Entsprechende Regelungen fehlen hier.

Die Versicherungswirtschaft ist deshalb der Auffassung, dass § 4 GenDG-E in dieser Allgemeinheit nicht mit der Systematik der Regelungen im AGG vereinbar ist. Darüber hinaus ist das Konkurrenzverhältnis zu anderen Rechtsnormen ungeklärt. Es sollte ferner klargestellt werden, dass eine Diskriminierung gerade nicht vorliegt, wenn nach sachlichen Gründen differenziert wird. Eine dem Stand der medizinischen Entwicklung entsprechende Risikoprüfung im Bereich der Personenversicherung ist grundsätzlich gerechtfertigt, wie dies auch mit § 20 AGG und vom Nationalen Ethikrat bestätigt wurde<sup>1</sup>. Die medizinische Risikoprüfung zielt darauf ab, ungleiche Sachverhalte zu erkennen und zu berücksichtigen, also zu differenzieren. Eine Ungleichbehandlung (also eine Diskriminierung) eigentlich gleicher Sachverhalte wird mit ihr nicht verfolgt und findet durch sie auch nicht statt!

In Anlehnung an das allgemeine Verständnis des Art. 3 Abs. 3 GG sollte deshalb nur die Benachteiligung ohne sachlichen Grund untersagt werden und der Wortlaut des § 4 um einen Satz 2 entsprechend ergänzt werden:

„Eine auf einem sachlichen Grund beruhende unterschiedliche Behandlung stellt keine Benachteiligung dar.“

---

<sup>1</sup> „Beim privaten Versicherungsvertrag gibt es jedoch sachliche Gründe für die Ungleichbehandlung der Antragssteller. Hier werden die Betroffenen nicht deshalb ungleich behandelt, weil ... sie eine genetische Ausstattung ... haben, sondern deshalb, weil sie ein höheres als ein durchschnittliches Risiko in die Versicherung einbringen .... Dies ist weder unfair noch willkürlich, sofern die Risikodifferenzierung versicherungsmathematisch korrekt ist, also die zur Unterscheidung herangezogenen Merkmale tatsächlich Voraussagewert für die zu erwartende Inanspruchnahme von Leistungen aus der Versicherung haben.“ (Nationaler Ethikrat: „*Prädiktive Gesundheitsinformationen bei Abschluss von Versicherungen*“, Nationaler Ethikrat, Berlin (2007), S. 41).

## **2 Keine unbefristeten Regelungen**

Sollte der Gesetzgeber bereits jetzt eine gesetzliche Regelung für erforderlich halten, wäre unbedingt zu berücksichtigen, dass die wissenschaftliche Entwicklung hinsichtlich ihrer prognostischen Möglichkeiten auch heute noch nicht annähernd zuverlässig eingeschätzt werden kann. Zwar sieht der Gesetzentwurf in § 38 eine einmalige Evaluation nach zwei Jahren vor, jedoch ist stark zu bezweifeln, ob nach zwei Jahren eine profundere Einschätzung der medizinischen Entwicklung eher möglich ist als zum Zeitpunkt des Inkrafttretens. Ein Gesetz sollte daher zumindest einen regelmäßigen Prüfvorbehalt dahingehend enthalten, nach z. B. fünf Jahren die Regelungen im Hinblick auf die wissenschaftliche Entwicklung jeweils zu überprüfen:

§ 38 GenDG-E neu:

„Die Bundesregierung legt dem Bundestag regelmäßig alle fünf Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht über die Durchführung des Gesetzes vor und fügt ihm ggf. geeignete Änderungsvorschläge bei, insbesondere solche, die sich unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Entwicklung der Genetik der komplexen Erkrankungen und ihrer genetischen Untersuchungen als notwendig erweisen könnten.“

Ein solcher Prüfvorbehalt ist z. B. in das Informations- und Kommunikationsdienstegesetz aufgenommen worden. Nicht zuletzt aufgrund des zu erstellenden Berichts ist es dann zu umfassenden Änderungen gekommen.

## **3 Keine Erweiterung oder Übernahme der Regelungen der Selbstverpflichtung in ein Gesetz**

Die befristete Selbstverpflichtungserklärung der deutschen Versicherungswirtschaft war und ist nicht als Vorlage für den Gesetzgeber gedacht, sie in ein Gesetz zu übertragen. Für eine endgültige Lösung ist sie viel zu weitgehend. Dies gilt vor allem für den grundsätzlichen Verzicht auf die Vorlage freiwillig durchgeführter prädiktiver Gentests. Dieser Verzicht erstreckt sich auch auf die im Versicherungsvertragsgesetz festgelegte vorvertragliche Anzeigepflicht gefahrerheblicher Umstände. Für die Frage, ob ein Verzicht auf die Vorlage freiwillig durchgeführter Gentests akzeptabel ist, kommt es auf das Antiselektionspotenzial von Gentests an. Dieses

ist zwar bei prädiktiven molekular- oder zytogenetischen Untersuchungen im Sinne von § 3 Abs. 1 GenDG-E wegen der geringen Zahl von Gentests derzeit eher als gering einzustufen, allerdings kann sich das Antiselektionspotential mit Blick auf die rasche wissenschaftliche Entwicklung schnell ändern. Wie eine endgültige Regelung aussieht, muss der wissenschaftlichen Entwicklung vorbehalten bleiben. Das gilt für die Frage des Verzichts ebenso wie für eventuelle Ausnahmeregelungen ab gewissen Summengrenzen.

Ein Verzicht führt in jedem Fall zu einer Informationsasymmetrie mit der Gefahr einer Antiselektion. Zur Antiselektion kommt es immer dann, wenn Antragsteller in Kenntnis ihres erhöhten Risikos verstärkt hohen Versicherungsschutz nachfragen. Manifestiert sich diese Antiselektion im größeren Ausmaß, dann ist der Umfang der Versicherungsleistungen größer als vom Versicherer bei Vertragsschluss kalkuliert. Dieses Marktphänomen, das letztlich zu einem fatalen Marktversagen führt, wurde von Akerlof und Stiglitz ausführlich untersucht<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Beide erhielten 2001 für diese Arbeiten den Nobelpreis. Vergleiche George Akerlof: The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics, Vol. 84 (1970), S. 488-500. Folgenden Beispiele beschreiben dieses Marktphänomen bis hin zum Marktversagen:

- Mitte der 80er Jahre wurde den Versicherungsunternehmen in einigen Bundesstaaten in den USA verboten, HIV-Test-Ergebnisse bei der Risikoprüfung zu verwenden. Daraufhin zogen sich viele Gesellschaften aus diesen Regionen wegen des hohen Verlustpotenzials zurück. Infolgedessen wurden bestimmte Lebensversicherungen nicht mehr angeboten. 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 langfristig angelegte Lebensplanung un-



Die Regelung aus der Selbstverpflichtung sollte daher gesetzlich nicht festgeschrieben werden. Auch insoweit wird deutlich, dass eine gesetzliche Regelung der Nutzung von Gentests durch Versicherungen derzeit zu früh kommt und nicht erforderlich ist.

#### **4 Beschränkung einer gesetzlichen Regelung auf prädiktive molekular- oder zytogenetische Gentests**

Sollte trotz der dargelegten Bedenken bereits jetzt eine gesetzliche Regelung auch für den Versicherungsbereich für erforderlich gehalten werden, sollte diese so gestaltet sein, dass auch zukünftig eine sachgerechte Risikoprüfung zur Herstellung der erforderlichen Informationssymmetrie zwischen Antragssteller und Versicherungsunternehmen vorgenommen werden kann (für eine ausführliche Erläuterung siehe **Anlage 2**).

Die vorgesehene Regelung ist dafür jedoch viel zu restriktiv gehalten. Sie schränkt sowohl das Untersuchungsrecht als auch die vorvertraglichen Anzeigepflichten massiv ein.

#### **Einschränkung des Untersuchungsrechts**

In § 22 Satz 1 Nr. 1 GenDG-E wird dem Versicherer untersagt, vor oder nach Abschluss des Vertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen zu verlangen. Im Zusammenhang mit der Definition von diagnostischen und prädiktiven Untersuchungen in § 3 Abs. 1 Nr. 5 ist dies sehr weit gefasst und bedeutet, dass weder die Vornahme diagnostischer noch prädiktiver Gentests verlangt werden darf. Ein derartig pauschales Verbot wird der besonderen Situation beim Abschluss von Versicherungsverträgen nicht gerecht. Da eine Informationssymmetrie durch Nachfragen und Erklärungen des Antragsstellers nicht mit völliger Sicherheit erreicht werden kann, ist es bei sehr hohem zu versicherndem Risiko unumgänglich, Untersuchungen zur Objektivierung des Risikos zu verlangen<sup>3</sup>. Es besteht dabei kein prinzipieller Unterschied hinsichtlich einer kli-

---

ternehmen wird. Der Vertrieb dieses Produktes musste allerdings wegen großer Verluste aufgrund von Antiselektion innerhalb kürzerer Zeit eingestellt werden.

<sup>3</sup> Der Nationale Ethikrat hat sich diesbezüglich wie folgt geäußert:  
„Eine medizinische Untersuchung des Antragsstellers, um zusätzliches Wissen für die Risikoprüfung zu erheben, sollte vom Versicherer nur veranlasst werden dürfen, wenn es z. B. aus den Angaben des Antragsstellers im Frage-

nischen, apparativen, klassisch laborchemischen oder genetischen Untersuchung. Es ist dem Arzt überlassen, auf welche Untersuchungsmethode er zurückgreift. Das gilt auch für Untersuchungen zur Festlegung einer geeigneten Therapie. Gendiagnostische Methoden werden in Zukunft billiger und vermutlich von größerem klinischen Nutzen sein. Es kann nicht richtig sein, dass die Untersuchung verboten und demzufolge unverwertbar ist, wenn eine gendiagnostische Methode angewandt wird.

### **Einschränkung der Anzeigepflichten**

Nach der Definition in § 3 Abs. 1 Nr. 1 ist eine genetische Untersuchung die Vornahme einer genetischen Analyse in Verbindung mit der Beurteilung des Analyseergebnisses im Hinblick auf den Untersuchungszweck. Nach Nr. 2 umfasst die genetische Analyse die Feststellung bestimmter genetischer Eigenschaften unter Verwendung genetischer Untersuchungsmittel durch Analyse

- der Zahl und der Struktur der Chromosomen (zytogenetische Analyse, § 3 Abs. 1 Nr. 2 a),
- der Sequenz der DNS oder RNS (molekulargenetische Analyse bzw. Analyse der unmittelbaren Genprodukte dieser Nukleinsäuren (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 b),
- des Phänotyps, also des äußeren Erscheinungsbildes oder der beobachtbaren Merkmale, in denen sich bestimmte genetische Eigenschaften ausprägen (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 c).

In Verbindung mit § 22 Satz 1 Nr. 2, in dem die Offenbarung von Ergebnissen aus prädiktiver genetischer Untersuchungen untersagt wird, wären aufgrund von § 3 Abs. 1 Nr. 1 c auch Ergebnisse von Untersuchungen von Lebensstilparametern betroffen, über die sich bereits heute Antragssteller (z. B. mit Hilfe von Internet-Testkits) zunehmend leichter informieren können. Beispielsweise dürften bei familiärer Hypercholesterinämie keine Cholesterinwerte mehr vorgelegt werden. Die geforderte Einschränkung der Anzeigepflicht würde die Erstellung von Hunderten – ständig zu aktualisierenden – Listen erforderlich machen, die zumindest jeder monogenen Erkrankung (ca. 6.000) klinische, nicht genetische Routineuntersuchungen

---

bogen des Versicherungsunternehmens konkrete Hinweise auf ein Risiko gibt, das einer diagnostischen Klärung bedarf. Diese Einschränkungen des Untersuchungsrechts sollen nur für ‚normale‘ Versicherungsverträge gelten.“ (Nationaler Ethikrat: *„Prädiktive Gesundheitsinformationen bei Abschluss von Versicherungen“*, Nationaler Ethikrat, Berlin (2007), S. 54).

zuordnen. Solche Listen würden in der Praxis sowohl von Patienten und Hausärzten als auch Versicherungsmedizinern nur schwer korrekt umgesetzt werden können. Bei Versicherungsabschluss würden auf Grund der Komplexität den Versicherungsunternehmen auch nicht genetische Befunde vorenthalten, sobald nur der geringste Verdacht einer Vererbung auftaucht. Erste Erfahrungen aus dem Alltag weisen daraufhin, dass beispielsweise Cholesterinwerte nicht mehr vorgelegt werden, sobald die Familienanamnese ergibt, dass ein anderes Familienmitglied auch erhöhte Blutfettwerte aufweist.

### **Vorschlag des GDV**

Eine gesetzliche Regelung sollte sich somit höchstens auf das Verbot beschränken, den Abschluss eines Versicherungsvertrages von der Durchführung eines noch nicht erfolgten prädiktiven molekular- oder zytogenetischen Tests abhängig zu machen. Die vorvertraglichen Anzeigepflichten sollten zur Wahrung der Informationsgleichheit aber in keiner Weise eingeschränkt werden.

Eine Antiselektion ist in diesem Fall ausgeschlossen, da auf beiden Seiten noch keine Erkenntnisse über eine erhöhte Risikowahrscheinlichkeit vorliegen, der Antragsteller den Versicherungsschutz also zur Absicherung eines ungewissen Risikos beantragt. Der Gesetzentwurf könnte in diesem Sinne wie folgt angepasst werden:

In § 3 Absatz 1 GenDG-E a.F. wird folgende neue Ziffer 3. eingefügt:

3. ist ein prädiktiver (präsymptomatischer) Gentest eine vorhersagende Untersuchung mit dem Ziel, bei Personen, die bislang nicht an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind, Veranlagungen für diese Krankheit vor dem Auftreten von klinischen Symptomen bzw. nichtgenetischen Befunden zu erkennen. Diese Veranlagung wird durch Untersuchungen des Erbmaterials auf Veränderungen an den Chromosomen, der DNS oder der RNS nachgewiesen

§ 22 Abs. 1 GenDG-E könnte dann etwa wie folgt lauten:

- (1) Der Versicherer darf von dem Versicherungsnehmer weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme eines prädiktiven Gentests verlangen.
- (2) § 16 VVG bleibt unberührt.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass mit einem Verbot der Verwendung bzw. Entgegennahme der Ergebnisse von prädiktiven Gentests, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, – neben der Gefahr der Antiselektion – Versicherungsnehmern die Möglichkeit genommen wird, in bestimmten Fällen Versicherungsschutz zu bekommen. Als Beispiel sei hier die Gauchersche Krankheit genannt, ein Enzymdefekt: Die Diagnose dieser Krankheit führte bis in die neunziger Jahre zur Ablehnung des Antrags.

Durch einen Gentest kann nun die mit der Schwere der Krankheit korrespondierende Genmutation identifiziert werden. Dem „schwachen“ Genotyp kann ein nahezu normales Risiko zugestanden werden, der „gemäßigte“ Genotyp stellt ein leicht erhöhtes Risiko dar, nur der „schwere“ Genotyp zwingt noch zur Antragsablehnung. Es ist davon auszugehen, dass die Fälle, in denen durch die genetische Diagnostik die Versicherbarkeit erweitert wird, zunehmen werden. Ein jetzt festgeschriebenes Verbot, solche Ergebnisse zu verwenden, würde die Chancen Betroffener, Versicherungsschutz zu bekommen, in solchen Fällen von vornherein zunichte machen.

Berlin, im September 2007

### Freiwillige Selbstverpflichtungserklärung der Mitgliedsunternehmen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

#### Präambel

Viele Millionen Kunden bringen den Versicherungsunternehmen Vertrauen entgegen - Vertrauen in die Kompetenz der Unternehmen, individuelle Vorsorge verantwortungsvoll zu gestalten und Vertrauen, individuelle Lebenslagen sachgerecht abzusichern. Die deutschen Versicherer sind sich dieses Vertrauens bewusst und nehmen die Sorgen der Menschen ernst.

Mit Sorgen betrachtet wird heute der medizinische Fortschritt insbesondere im Bereich der humangenetischen Forschung und deren Folgen. Die Schlagworte vom gläsernen Menschen oder einem Menschen nach Maß sind in der Vorstellung der Bevölkerung schon zu einer unmittelbaren Bedrohung geworden: Während genetische Testmethoden zur Diagnose bestehender Krankheiten in der Medizin bereits selbstverständlich geworden sind, ranken sich Mythen um die Perspektiven prädiktiver Gentests, die Aussagen zum Ausbruch von Krankheiten heute noch gesunder Menschen möglich machen.

Daran ändern auch seriöse Stimmen wenig, die im Menschen mehr als die Summe seiner Gene sehen. Vorhersehbarkeit, Wahrscheinlichkeit und Risikoabschätzung werden zu Kategorien der Beurteilung von Krankheitsverläufen und Lebenserwartung. Es wird klar, dass die Diskussionen um das Ausmaß der möglichen Eingriffe in den Verlauf menschlichen Lebens das Werteverständnis unserer Gesellschaft nachhaltig verändern.

Die deutschen Versicherer sehen sich deshalb veranlasst, Sorgen in der Bevölkerung entgegenzutreten und Ängste abzubauen, dass genetisch getestete Menschen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein könnten. Die Selbstverpflichtung dient diesem Ziel.

Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diese Erklärung unterzeichnet haben, verpflichten sich, freiwillig folgende Regeln einzuhalten:

## Erklärung

### I.

Die Versicherungsunternehmen erklären sich bereit, die Durchführung von prädiktiven Gentests nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses zu machen.

Sie erklären weiter, für private Krankenversicherungen und für alle Arten von Lebensversicherungen einschließlich Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Unfall- und Pflegerentenversicherungen bis zu einer Versicherungssumme von weniger als 250.000 EURO bzw. einer Jahresrente von weniger als 30.000 EURO auch nicht von ihren Kunden zu verlangen, aus anderen Gründen freiwillig durchgeführte prädiktive Gentests dem Versicherungsunternehmen vorzulegen. In diesen Grenzen verzichten die Versicherer auf die im Versicherungsvertragsgesetz verankerte vorvertragliche Anzeigepflicht gefahrerheblicher Umstände.

Die Versicherungsunternehmen werden in diesen Fällen von den Kunden dennoch vorgelegte Befunde nicht verwerten.

### II.

Die molekulargenetische Diagnostik zur Abklärung bestehender Krankheiten ist bereits heute aus dem klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Demgegenüber ist der Umgang und die Nutzung prädiktiver Gentests im Bereich der Medizin noch unklar. Bei einem prädiktiven Gentest wird das Erbmateriale eines Gesunden daraufhin untersucht, ob er die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit schon in sich trägt und daran später erkranken kann. Zu diesen prädiktiven Gentests zählen beispielsweise Tests auf Chorea Huntington, die erbliche Form des Brustkrebs (BRCA 1 und 2) und die erbliche Form von Morbus Alzheimer.

Die Versicherer erkennen an, dass ein prädiktiver genetischer Test tief in die Lebensplanung des Einzelnen eingreift, insbesondere dann, wenn keine Heilungschancen bestehen. Andererseits haben die Versicherungsunternehmen die Gemeinschaft der Versicherten davor zu schützen, dass bei einseitigem Wissen ihrer Kunden um die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsausbruchs keine Missbräuche beim Erwerb eines privaten Versicherungsschutzes entstehen.

Die Gefahr des Missbrauches besteht besonders bei hohen Versicherungssummen oder hohen Renten. Deshalb müssen die Versicherungsunternehmen bei Verträgen, in denen der Versicherungsschutz die in dieser Erklärung genannten Grenzen übersteigt, den gleichen Wissensstand wie ihre Kunden über das Ergebnis vorhandener prädiktiver Gentests erhalten, damit dem übernommenen Risiko entsprechende gerechte Beiträge berechnet werden können.

### III.

Die Versicherer verpflichten sich für den Fall, dass vorhandene prädiktive Gentests von Kunden dem Unternehmen vorgelegt werden müssen, weil sie eine sehr hohe Absicherung wünschen, folgende Regeln einzuhalten:

- Die Gentests werden getrennt von den Antragsunterlagen direkt an den Gesellschaftsarzt versandt. Die Bewertung erfolgt ausschließlich durch diesen Gesellschaftsarzt. Aufbewahrt werden lediglich diejenigen Tests, deren Befunde für den Vertragsabschluss relevant sind, und zwar in einem besonders gesicherten Archiv.

Durch diese Vorgehensweise wird dem notwendigen Datenschutz höchste Priorität eingeräumt. Damit wird auch sichergestellt, dass Ergebnisse eines Gentests einem nur sehr kleinen und kontrollierbaren Personenkreis zur Kenntnis gelangen.

- Die Ergebnisse eingereichter Gentests werden ausschließlich für die Risikobeurteilung des Kunden verwendet, der versichert werden will.

Damit wird ausgeschlossen, dass die Auswertung auch für die Risikobeurteilung von Verwandten herangezogen werden könnte.

- Beitragsnachlässe auf der Grundlage von Befunden aus Gentests werden nicht eingeräumt.

### IV.

Diese Erklärung gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2011.

# Erklärung

Das Versicherungsunternehmen

.....

verpflichtet sich gegenüber dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. beim Umgang mit den Ergebnissen aus prädiktiven Gentests zur Einhaltung nachfolgend niedergelegter Grundsätze.

## 0. Definition

Ein „prädiktiver Gentest“ im Sinne dieses Vertrages ist eine vorhersagende Untersuchung auf das Vorliegen einer Erbgutveränderung. Bei einem prädiktiven Gentest wird ein Gesunder untersucht, ob er die Veranlagung für eine bestimmte Erkrankung trägt und daran erkranken kann. Diese Veranlagung wird durch Untersuchungen des Erbmaterials auf das Vorliegen der folgenden Veränderungen nachgewiesen:

- Anzahl der Chromosomen
- Struktur der Chromosomen
- Veränderungen der DNA, die eine Erkrankung auslösen
- Marker, die mit ursächlichen Veränderungen der DNA gekoppelt sind

## I. Allgemeiner Teil: Personenversicherung

1. Die Durchführung eines prädiktiven Gentests wird nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses gemacht.
2. Es wird keine Offenlegung von bereits durchgeführten prädiktiven Gentests verlangt. Vorgelegte Befunde aus prädiktiven Gentests werden nicht verwertet.
3. Bei allen Arten von Lebensversicherungen einschließlich Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen findet 2. nur Anwendung, wenn die insgesamt für die zu versichernde Person bei Versicherungsunternehmen beantragten und bereits abgeschlossenen Versicherungssummen weniger als 250.000 € betragen bzw. die Jahresrenten weniger als 30.000 €.

## II. Spezieller Teil: Lebensversicherungen bei sehr hoher Absicherung

4. Es wird sichergestellt, dass eventuell vorliegende prädiktive Gentests getrennt von den restlichen Antragsunterlagen direkt an den Gesellschaftsarzt gesandt werden.
5. Die Einordnung eines prädiktiven Gentests in der Risikoprüfung erfolgt ausschließlich durch den Gesellschaftsarzt.
6. Beitragsnachlässe auf der Grundlage von Befunden aus prädiktiven Gentests werden nicht eingeräumt.



7. Aufbewahrt werden lediglich für den Vertragsabschluss relevante Befunde aus einem prädiktiven Gentest. Diese werden in einem besonders gesicherten Archiv verwahrt.
8. Der Befund eines prädiktiven Gentests wird nur für die Risikoprüfung der zu versichernden Person verwendet. Seine Verwendung bei anderen Personen ist ausgeschlossen.

Der Vertrag kann frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden. Die beigefügten Erläuterungen sind Bestandteil des Vertrages.

....., den .....

.....  
.....Unternehmen

Berlin, den .....

.....  
.....GDV

# Erläuterungen

## Einleitung

Den Versicherungsunternehmen bringen viele Millionen Kunden Vertrauen entgegen, Vertrauen in die Kompetenz der Unternehmen, individuelle Risikovorsorge verantwortungsvoll und sachgerecht mitzugestalten. Die Versicherer ihrerseits nehmen die Sorgen der Menschen ernst, die in Bezug auf die Verwendung von prädiktiven Gentests bestehen. Der freiwillige, weitgehende Verzicht auf die Berücksichtigung von Befunden aus prädiktiven Gentests in der Risikoprüfung durch Versicherer soll dies bekräftigen. Diese Zurückhaltung der Branche ermöglicht es Politik und Öffentlichkeit, die Implikationen der prädiktiven genetischen Diagnostik sachlich und ohne Zeitdruck zu diskutieren.

## 0. Definition

Anlass für prädiktive Gentests ist die Sorge des Betroffenen, in der Zukunft an einer erblich bedingten Krankheit zu erkranken. Anlass sind also keine aktuellen oder früheren Beschwerden oder Krankheitssymptome des Betroffenen. Anlass ist typischerweise vielmehr ein Fall (oder auch mehrere Fälle) von Erkrankungen an einer erblich bedingten Krankheit in der Verwandtschaft des Betroffenen oder die Vermutung, ein Verwandter könnte an einer Erbkrankheit leiden oder gelitten haben. Zu diesen prädiktiven Gentests zählen beispielsweise Tests auf Chorea Huntington, die erbliche Form des Brustkrebs (BRCA 1 und 2) und die erbliche Form vom Morbus Alzheimer, wenn sie aus den genannten Anlässen durchgeführt werden.

Nicht als prädiktiver Gentest anzusehen sind:

- die beschriebenen Untersuchungen, wenn sie bei bereits Erkrankten durchgeführt werden. Hier dient die Untersuchung nicht der Vorhersage eines künftigen Erkrankungsrisikos, sondern der Bestätigung einer bestehenden Diagnose bzw. Abklärung einer Verdachtsdiagnose (diagnostischer Gentest).
- Untersuchungen zur Abschätzung von Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen (Pharmakogenetik).

## I. Allgemeiner Teil: Personenversicherung

Im Allgemeinen Teil des Vertrages wird ein weitgehender Verzicht auf die Nutzung von prädiktiven Gentests festgelegt.

**zu 1.** Mit dem Verzicht auf die Veranlassung zur Durchführung von Gentests wird dokumentiert, dass die Versicherer auf keinen Fall den Einsatz von Gentests forcieren wollen. Mit Gentests können Wahrscheinlichkeitsaussagen über den Ausbruch von Krankheiten vor dem Auftreten erster Symptome getroffen werden. Die Bewertung eines positiven Befundes mit ggf. weit reichenden Implikationen kann für den Betroffenen allein sehr schwierig sein. Oft wird man die Frage stellen müssen, ob die Durchführung eines Gentests überhaupt sinnvoll ist. Aus unserer Sicht ist es daher notwendig, die Veranlassung zur Durchführung von Gentests und die Vermittlung ihrer Befunde einem Arzt vorzubehalten.

**zu 2.** Es wurde in der öffentlichen Diskussion bereits die Befürchtung geäußert, dass Versicherer mit Hilfe besonders günstiger Spezialangebote Antragsteller dazu bewegen

könnten, Gentests freiwillig vorzulegen, um damit ähnliche Effekte bezüglich der Risikosegmentierung wie mit einer aktiven Einforderung von Gentests zu erreichen.

Diese Befürchtungen sind schon deshalb grundlos, da zur Zeit kein Gentest existiert, der die Gewährung von Vorzugskonditionen rechtfertigen würde. Es ist fraglich, ob es überhaupt je Tests geben wird, die umfassende Aussagen über die Lebenserwartung einer Person aufgrund ihrer genetischen Veranlagung erlauben. Auf der anderen Seite sind wissenschaftliche Fortschritte nicht vorhersehbar, so dass sich diesbezügliche Befürchtungen nicht allein mit einem Hinweis auf deren unmögliche Realisierbarkeit beruhigen lassen werden. Daher verzichten die Versicherer weitgehend auf die Verwertung von Gentests.

Anders gelagert ist die Situation, wenn eine Risikoprüfung ohne Verwendung von Gentests zu dem Ergebnis gekommen ist, dass der Antragsteller nicht oder nur mit hohen Zuschlägen versicherbar ist und mit Hilfe eines Gentests eine bessere Einstufung erfolgen kann. Es liegt im beiderseitigen Interesse, einen vorgelegten Gentest zu berücksichtigen, wenn nur hiermit die Versicherbarkeit nachgewiesen werden kann.

**Zu 3.** Zur Zeit können nur Veranlagungen zu seltenen monogenetischen Erkrankungen durch Gentests festgestellt werden. Insgesamt ist die versicherungsmedizinische Relevanz von Gentests eher gering einzuschätzen. Auf der anderen Seite ist für die risikoadäquat kalkulierende freiwillige Privatversicherung das Prinzip der Informationssymmetrie unabdingbar. Würde dieses Prinzip außer Kraft gesetzt, könnten Antragsteller ihren Wissensvorsprung über ihren eigenen Gesundheitszustand nutzen, um gezielt die Finanzierungslast eines nur ihnen bekannten Risikos auf die Versichertengemeinschaft überzuwälzen. Aufgrund der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 16 VVG sind gesundheitsrelevante Informationen offen zu legen, ohne dass nach deren Herkunft unterschieden wird.

Durch den Abschluss von grundsätzlich beliebig hohen Versicherungsverträgen besteht in der Lebensversicherung bereits durch Einzelfälle ein hohes Gefährdungspotential. Ein vollständiger Verzicht auf die Anzeige von bereits durchgeführten Gentests ist in der Lebensversicherung daher nicht möglich. Wird hier keine Begrenzung eingezogen, so wäre es sogar denkbar, dass externe Geldgeber als Beitragszahler und Versicherungsnehmer auftreten und sich so bereichern. Die in 3. festgesetzten Summengrenzen sollen dieser Gefahr entgegenwirken. Damit diese Regelung nicht durch den Abschluss mehrerer Verträge unterhalb der Summengrenze umgangen werden kann, werden sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei Versicherungsunternehmen berücksichtigt.

## **II. Spezieller Teil: Lebensversicherungen bei sehr hoher Absicherung**

Aus den dargelegten Gründen kann in der Lebensversicherung nicht vollständig auf die Anzeige bereits durchgeführter Gentests verzichtet werden. Dies macht es erforderlich, Regelungen für einen Umgang mit vorgelegten Gentests in diesen wenigen Fällen festzulegen, um Ängsten innerhalb der Bevölkerung bezüglich einer missbräuchlichen bzw. unseriösen Nutzung von Gentests durch Versicherungsunternehmen zu begegnen.

Sämtliche Regelungen aus II. beziehen sich nur auf die in 3. explizit genannten Fälle. Andere Versicherungsformen unterliegen dem umfassenden Verwertungsverzicht aus 1. und 2.

**Zu 4.** Diese Regelung macht es erforderlich, dass das Lebensversicherungsunternehmen explizit und ohne Einschränkung bezüglich ihrer Gefahrenerheblichkeit nach durchgeführten Gentests fragen muss. Denn nur mit einer solchen expliziten Frage kann der Hinweis verbunden werden, dass die betreffenden Untersuchungsergebnisse an eine gesonderte Stelle des Unternehmens - den Gesellschaftsarzt - zu senden sind. Dem notwendigen Datenschutz wird durch diese Vorgehensweise höchste Priorität eingeräumt. Gentests werden so nur einem sehr beschränkten Personenkreis zugänglich gemacht.

Sollte ein Unternehmen keinen eigenen Arzt beschäftigen, so tritt an dessen Stelle der Gesellschaftsarzt des Rückversicherers.

**Zu 5.** Diese Regelung stellt die sachgerechte Bewertung sicher. Grundlage der Bewertung ist die Befundung, die von einem Genetiker erstellt wird. In Zweifelsfällen kann bei dem Experten nachgefragt werden. Der Versicherungsmediziner kann so das Ergebnis des Tests in den gesamten medizinischen Kontext der Risikoprüfung einordnen. Durch die ärztliche Schweigepflicht ist eine besondere Vertraulichkeit beim Umgang mit den Daten gewährleistet.

**Zu 6.** Auch bei einer insgesamt sehr hohen Absicherung soll kein indirekter Anreiz zur freiwilligen Vorlage von Gentests durch ein Angebot von besonders günstigen „Spezialtarifen“ erzeugt werden (vgl. Erläuterungen zu 2.)

**Zu 7.** Dadurch wird die Datenhaltung auf das Notwendigste beschränkt. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass es auch nach Abschluss eines Vertrages nur sehr beschränkte Zugriffsmöglichkeiten auf Gentestbefunde gibt. Im übrigen unterliegen sämtliche Mitarbeiter einer Lebensversicherung einer Schweigepflicht, für die - ebenso wie für die ärztliche Schweigepflicht - die strafrechtlichen Sanktionen nach § 203 Abs. 1 StGB gelten.

**Zu 8.** Dadurch wird ausgeschlossen, dass Gentests etwa für die Risikoprüfung von Verwandten herangezogen werden.

Die Selbstverpflichtung ist grundsätzlich unbefristet gültig. Umgekehrt kann eine Kündigung aus vertragsrechtlichen Gründen nicht unbeschränkt ausgeschlossen werden. Um nicht den Eindruck zu erwecken, die Versicherer planten bereits kurzfristig einen Ausstieg, wurde der frühest mögliche Kündigungsstermin auf den 31. Dezember 2011 festgelegt.

### **Grundsätze der Personenversicherung und Risikoprüfung**

Im Unterschied zur Sozialversicherung ist die Privatversicherung keine Pflichtversicherung, sondern basiert auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Der Kunde / Versicherungsnehmer entscheidet frei darüber, ob, wann und gegen welche Risiken (beispielsweise Tod oder Berufsunfähigkeit) und in welcher Höhe er Versicherungsschutz beantragt. Dabei legt er seine Kenntnis über vorhandene Krankheiten und Leiden und seine Einschätzung über seinen Gesundheitszustand zugrunde.

Umgekehrt dient die Risikoprüfung auf Seiten des Versicherers dazu, jeden Antragsteller entsprechend seinem individuellen Risiko einzustufen: Gegebenenfalls wird ein höheres Risiko durch einen höheren Beitrag ausgeglichen oder durch Ausschlussklauseln neutralisiert. Auf diese Weise vermeidet der Versicherer, dass sich erhöhte Risiken in einem Vertragsbestand unerkannt akkumulieren und die eingenommenen Prämien gegebenenfalls nicht ausreichen, seinen Leistungspflichten nachzukommen.

Die Risikoprüfung schafft mithin ein Informationsgleichgewicht zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherungsunternehmen. Dieses Gleichgewicht ist unverzichtbar für ein ausgewogenes Verhältnis der Risiken in einem Vertragsbestand und begegnet der Gefahr überdurchschnittlich hoher Risiken in einem Kollektiv (versicherungstechnisch „Antiselektion“). Nur durch die Risikoprüfung kann die jederzeitige Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag gewährleistet werden, die das Versicherungsunternehmen im Interesse der Gesamtheit aller Versicherten sicherstellen muss.<sup>1</sup>

Der Zusammenhang zwischen Risikoprüfung und Informationsgleichgewicht sowie Möglichkeiten zur Einschränkung des Frage- und Untersuchungsumfanges vor Abschluss einer freiwilligen Versicherung werden nachfolgend erläutert.

### **Pflichtversicherung – Verzicht auf individuelle Risikoprüfung**

Eine Absicherung der Gesamtbevölkerung gegen ein Risiko ist nur mit einer Versicherungspflicht jedes Bürgers möglich, zum Beispiel im Rahmen einer gesetzlichen Versicherung, gegebenenfalls mit Befreiungsmöglichkeiten bei privater Versicherung. Dies ist immer dann nötig, wenn es sich um ein elementar wichtiges Risiko handelt, gegen das jeder Bürger versichert sein sollte bzw. muss (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung, Haftpflichtversicherung für alle Fahrzeughalter etc.). Eine Risikoprüfung ist hier nicht nötig, da alle Bürger nach risikounabhängigen Kriterien versichert sind und die notwendige Versicherungsprämie nach der Schadenseintrittswahrscheinlichkeit der Gesamtbevölkerung berechnet werden kann.

---

<sup>1</sup> Vergleiche z. B. Art. 56 Richtlinie 91/674 (Versicherungsbilanzrichtlinie) sowie z. B. § 11 Abs. 1 VAG, § 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG, § 10 Abs. 1 Nr. 3 Kalkulationsverordnung.

## **Freiwillige Versicherung**

Sobald der Entschluss zur Versicherung in die Entscheidung des einzelnen Bürgers gestellt wird, wird die Wahl zur Absicherung überhaupt und zur Höhe der versicherten Leistung entscheidend von den dem Antragsteller bekannten Risikofaktoren oder bereits eingetretenen Risiken bestimmt. Um einer Antiselektion (wesentlich häufigere und höhere Versicherung von Antragstellern mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit für das versicherte Risiko) begegnen zu können, ist bei dieser Versicherungsart eine Risikoprüfung und Bewertung zwingend notwendig. Eine Antiselektion kann nur verhindert oder zumindest gemindert werden, wenn bei erhöhten Risiken auch adäquat erhöhte Prämien verlangt werden und sehr hohe oder bereits eingetretene Risiken abgelehnt werden können.

## **Individuelles Risiko**

Das individuelle Risiko ist abhängig von äußeren Faktoren (z. B. Beruf, Umwelteinflüsse, Unfälle, zufällig erworbene Erkrankungen) und inneren Faktoren (z. B. selbst gewählte Lebensweise – Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährung, Art und Umfang der körperlichen Aktivität –, angeborene oder durch angeborene Faktoren beeinflusste Erkrankungen), wobei in vielen Fällen äußere und innere Ursachen zusammenwirken.

## **Prämienberechnung**

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Risikoprämie ist das durchschnittliche Risiko des versicherten Kollektivs (z. B. für Sterblichkeit, Pflegerisiko, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, Erkrankungen und Unfallverletzungen). Die in der privaten Personenversicherung im Regelfall erhobenen Prämien genügen zum Risikoausgleich des durchschnittlichen und eines moderat erhöhten Risikos (z. B. in der Lebensversicherung einer Übersterblichkeit von weniger als 50 %, in der Berufsunfähigkeitsversicherung einer Risikoerhöhung von weniger als 25 %).

## **Versicherbar ist nur eine ungewisse Zukunft**

In der privaten Personenversicherung ist grundsätzlich nur eine für den Antragsteller und die Versicherung ungewisse Zukunft versicherbar. Wenn ein Ereignis in Zukunft mit Sicherheit eintreten wird oder schon eingetreten ist und dies dem Antragsteller oder der Versicherung bewusst ist, ist die Grundlage für eine Versicherung (Risikoausgleich für ein in der Zukunft mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auftretendes Ereignis) nicht mehr gegeben. Deshalb kann z. B. ein Antragsteller, bei dem aus Untersuchungsergebnissen oder aufgrund eines Symptoms bekannt ist, dass er mit Sicherheit in naher Zukunft erkranken, zu einem Pflegefall, erwerbs- oder berufsunfähig werden oder versterben wird, nicht mehr versichert werden. Wenn gegen den Grundsatz, dass nur für beide Vertragspartner ungewisse Risiken versicherbar sind, über lange Zeit und in erheblichem Umfang verstoßen wird, führt dies zu immer höheren Versicherungsprämien und schließlich zum Ende einer möglichen privaten Absicherung gegen Lebensrisiken, zumindest für Menschen mit durchschnittlichen oder geringen Einkommen.

## **Erhöhtes Risiko – offene und nachvollziehbare Risikobewertung**

Wenn ein mehr als durchschnittliches oder moderat erhöhtes Risiko (siehe Prämienberechnung) vorliegt, dies aber weder dem Antragsteller noch der Versicherung bekannt ist, ist eine Versicherung zu normalen Bedingungen möglich, weil ein solcher Antragsteller weder den gesteigerten Wunsch zu einer Absicherung überhaupt oder zu einer besonders hohen Absicherung haben kann. Wenn sich das Risiko dann verwirklicht, führt es im Rahmen einer Gesamtbetrachtung zu einem durchschnittlichen Risikoverlauf.

Wenn dem Versicherten das erhöhte Risiko allerdings bekannt ist, ist zur Beherrschung der Antiselektion eine Offenlegung gegenüber dem Versicherungsunternehmen nötig (Informationssymmetrie). Das Versicherungsunternehmen hat dann die Verpflichtung, durch eine offene und nachvollziehbare Risikobewertung einen erhöhten Prämienbedarf und in Einzelfällen auch eine Ablehnung zu begründen.

## **Durch ein Versicherungsunternehmen veranlasste Untersuchungen**

Da eine Informationssymmetrie durch Nachfragen und Erklärungen des Antragstellers nicht mit völliger Sicherheit erreicht werden kann, ist es bei sehr hohem zu versichernden Risiko unumgänglich, Untersuchungen zur Objektivierung des Risikos zu verlangen. Der Zwang zu einer solchen Untersuchung besteht dabei bei einer freiwilligen Versicherung in keinem Fall, allerdings ist bei Verzicht auf eine Untersuchung die Versicherungshöhe auf die unternehmensindividuelle Untersuchungsgrenze begrenzt. Die Art der veranlassten Untersuchungen wird sich dabei immer nach der Häufigkeit und Bedeutung des Untersuchungsergebnisses für den Risikoverlauf richten.

## **Keine Sonderrolle von genetischen Untersuchungen**

Durch eine Untersuchung kann entweder eine bereits aufgetretene Erkrankung objektiviert werden oder ein Risikofaktor für eine sich zukünftig entwickelnde Erkrankung aufgedeckt werden (prädiktive Untersuchung). Es besteht dabei kein prinzipieller Unterschied hinsichtlich einer klinischen, apparativen, klassisch laborchemischen oder genetischen Untersuchung. In allen diesen Fällen kann bei noch nicht eingetretenen Erkrankungen im Regelfall nur eine Erkrankungswahrscheinlichkeit berechnet werden und nicht eine sichere Vorhersage für den Eintritt oder gar die Auswirkung einer Erkrankung. Dies gilt auch für genetische Untersuchungen, da die Auswirkung genetischer Veränderungen von Umweltbedingungen, persönlichem Verhalten, medizinischen Maßnahmen und individuellen, zumindest heute nicht erfassbaren Voraussetzungen modifiziert werden. Aus diesen Gründen wird auch in ferner Zukunft eine sichere Prognose allein aufgrund einer genetischen Veränderung wegen dieser Wechselwirkungen im Regelfall nicht möglich sein.

## **Unternehmensfreiheit**

Wenn ein Versicherungsunternehmen aufgrund seiner Geschäftspolitik oder aufgrund der aktuell gegebenen Aussagekraft oder Seltenheit eines Befundes sein Nachfragerecht freiwillig einschränkt (z. B. keine Nachfragen zum Rauchverhalten oder bezüglich Erkrankungen die mehr als 10 Jahre zurückliegen oder bereits durchgeführter prädiktiver Untersuchungen oder Gentests (Selbstverpflichtungserklärung)), so muss dies im Rahmen der Unternehmensfreiheit gestattet sein, solange eine nachvollziehbare Prämienberechnung durchgeführt wird und verlangte Zuschläge offen und nachvollziehbar begründet werden. Dies ist aber keine hinreichende Voraussetzung, diesen Zustand für die Zukunft fest zu schreiben. Insbesondere muss es einem Unternehmen immer gestattet sein, durch Nachfragen und bei sehr hohen Einzelrisiken auch durch ergänzende Untersuchungen die Informationssymmetrie zwischen Antragsteller und Versicherungsanbieter so weit wie möglich bzw. wirtschaftlich sinnvoll sicherzustellen, da nur so auch in Zukunft ein umfassender und bezahlbarer Schutz für die Versichertengemeinschaft angeboten werden kann.