

Psychische Störungen im Kontext der Personenversicherung

SCOR *inFORM* - September 2012

Autor

Dr Lannes

Ärztlicher Berater der
SCOR Global Life

Redaktion

Bérangère Mainguy

Tél. : +33 (0)1 58 44 70 00

Fax : +33 (0)1 58 44 85 17

life@scor.com

Herausgeber

Gilles Meyer

Psychische Störungen im Kontext der Personenversicherung



Die psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, der es jedem erlaubt, sich voll zu verwirklichen, die normalen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv und erfolgreich zu arbeiten und imstande zu sein, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten.

Im Jahre 2020 werden die psychischen Störungen vermutlich die Häufigkeit der Herz-Kreislauf-Beschwerden bzw. Krebsfälle nahezu erreicht bzw. gar überholt haben.

“...Lebensbelastungen ... Arbeiten ... Produktivität” – anhand dieser allgemeinen Darstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lässt sich schon heute vermuten, dass die psychischen Störungen eine nicht unerhebliche Auswirkung auf das Risiko in der Personenversicherung haben, dass die “weltweite psychiatrische Welle” wächst und sich mit Sicherheit zunehmend auf unsere Tätigkeit als Versicherer auswirken wird. Vorab eine wichtige Information zu diesem Thema: Die psychischen Störungen sind die häufigste Selbstmordursache und die dritthäufigste Ursache von Krankschreibungen und Invalidität nach Knochenbrüchen und Rückenschmerzen.

Wir bieten hier eine Übersicht der maßgeblichen psychischen Störungen, die sich auf das Risiko in der Personenversicherung auswirken. Wir untersuchen Angstzustände, Depressionen, Bipolare Störungen und Schizophrenien. Übermäßiger Alkoholenuss sowie Toxikomanie, die als Ursache oder Konsequenz psychischer Störungen auftreten, werden ebenfalls in den unterschiedlichen Kapiteln angesprochen.

Die häufigsten Erkrankungen

Angst

Wir alle wissen, was Angst ist und haben sie bereits unter bestimmten Umständen oder gar spontan empfunden. Es handelt sich um einen Zustand "innerer Spannung", der geprägt ist durch negative Umgebungseinflüsse und das Gefühl einer bevorstehenden Katastrophe oder durch einen Schicksalsschlag verstärkt wird. Sie stellt einen Bestandteil der menschlichen Lebenserfahrung dar und offenbart sich dann als oft positiv, wenn sie, uns in die Lage versetzt, unsere gesamten geistigen bzw. motorischen Fähigkeiten aufzubringen, wenn es darum geht, „die Beine in die Hand zu nehmen“ oder mit einer ungewöhnlichen oder gefährlichen Situation umzugehen. In einigen Fällen kann diese Angst jedoch als unangenehm empfunden werden und wird zur Last und zum Hindernis. Daraus resultiert eine Unmöglichkeit zur Konzentration, zur Flucht oder zum Handeln. Anstelle einer positiven und nützlichen Funktion wirkt die Angst lähmend und zerstörend: Dies stellt einen pathologische Angstzustand dar.

Angst kann chronisch werden und sich ausbreiten. In diesem Fall bewirkt sie eine Störung der Anpassungsfähigkeit: Der Betroffene sieht sich nicht mehr in der Lage, gängige Lebenssituationen zu meistern. Diese Art der Manifestation tritt normalerweise in bestimmten Situationen auf, kann sich jedoch zur Angststörung ohne auslösenden Faktor verselbständigen.

Angst oder allgemeiner neurotische Störungen können sich wie nachstehend beschrieben unterschiedlich manifestieren:

- durch **phobische Störungen**, d. h. durch eine starke Angst und Furcht des Betroffenen in einer ganz bestimmten Situation: in Anwesenheit von Hunden oder Schlangen, in geschlossenen Räumen oder Aufzügen (Klaustrophobie), beim Zusammentreffen mit Unbekannten (soziale Phobie) usw.
- **Zwangsstörungen (frz. TOC, engl. OCD)**: Dies sind Angststörungen, die durch wiederkehrende zwanghafte Gedanken gekennzeichnet sind, die den Betroffenen zu einer Reihe von ihm selbst als irrationell empfundenen Handlungen zwingen, die mehr oder weniger ritualisiert und häufig wiederholt werden. Die Symptome können sehr unterschiedlich von Patient zu Patient ausgeprägt sein. Die meisten Personen weisen hin und wieder diese Symptomatik auf, doch man spricht von Zwangsstörungen (TOC/OCD) nur dann, wenn diese Störungen mindestens eine Stunde pro Tag anhalten

und sich negativ auf seine Tätigkeiten auswirken. Die Symptomatik ist äußerst vielschichtig und reicht vom Berühren gerad- oder ungeradzahlgiger Gegenstände über das Vermeiden des Betretens von Plattenfugen am Boden bis hin zum Zählen von irgendwelchen Dingen.

- **Panikattacken** liegen vor, wenn eine Person mehrmals im Monat plötzliche Angstkrisen empfindet, die mehrere Minuten oder Stunden anhalten. Die Krisen treten spontan auf oder werden durch starke Emotionen oder körperliche Anstrengungen ausgelöst. Dieser Zustand setzt um das dreißigste Lebensjahr ein. Plötzlich empfindet der Betroffene eine Spannung mit allen Symptomen der Angst: neurovegetative Symptome (Schweißausbruch, Tachykardie), motorische Symptome (Unrast, Lähmung oder Blockade) und mentale Symptome (unheilvolle Verstärkung von Ereignissen).



- und abschließend **post-traumatischer Stress**, der sich als Angstzustand definieren lässt, der nach einem besonders dramatischen Ereignisses eintritt, beispielsweise einer lebensbedrohlichen Lage für den Betroffenen selbst oder einer nahe stehenden Personen, einem Angriff auf ihn, einem Unfall oder einer Katastrophe. Das Ereignis wird immer und immer wieder durchlebt. Am Tage hat der Patient Flashbacks oder kann von nichts anderem mehr reden. Nachts werden die traumatischen Szenen in Alpträumen erneut durchlebt. Der Betroffene bemüht sich, Gedanken, Gespräche oder Situationen in Zusammenhang mit dem Traumaerlebnis zu vermeiden. In diesem Stadium kommen Konzentrations- und Schlafstörungen, Ermüdung, ein deutlicher Rückgang des Interesses für übliche Tätigkeiten, innerer Rückzug und schlussendlich Funktionsstörungen im sozialen und beruflichen oder Familienleben hinzu. Dies stellt die Versicherer vor die schwierige Herausforderung, Entscheidungen zu treffen und Entschädigungen anzusetzen.

Angststörungen können generell die Betroffenen zur Flucht durch Gebrauch von Narkotika oder zur Einnahme von Substanzen zur Herabsetzung der Hemmschwelle, euphorisierenden Stoffen oder Rauschmitteln veranlassen, kurzum, zur Einnahme von Anxiolytika und später von Alkohol und/oder Betäubungsmitteln.

Angststörungen werden mit Anxiolytika behandelt, in erster Linie mit Benzodiazepinen, in einigen Fällen in Verbindung mit Antidepressiva. Psychotherapie, Entspannungstechniken, Erlernen von Selbstkontrolle und alternative Medizin sind Techniken und Behandlungsansätze, mit denen sich die persistierende Angst dämpfen lässt und die den Betroffenen in die Lage versetzen sollen, die gefürchtete Situation besser zu meistern.

Ein weiteres Problem ist, dass die Angstsymptomatik stets mit depressiven Elementen auftritt, d. h., dass sie stets mit einer Art Traurigkeit, Mutlosigkeit oder Ermüdung einhergeht. Im Umkehrschluss gibt es jedoch auch keine depressive Pathologie ohne Angstsymptomatik. Dies ist auch der Grund, warum in unseren medizinischen Versicherungsfragebögen der Begriff „ängstlich/depressiv“ verwendet wird.

Die Depressionen

Hier geht es darum, Depressionen nicht mit „gewöhnlichen Gemütschwankungen“ oder „Rückschlägen“ zu verwechseln, die im Leben vorkommen. Hier sprechen wir von depressiven Krankheiten, die einen Bruch in der Lebenslinie des Betroffenen herbeiführen. Es gibt ein „vorher“ und ein „nachher“. Der Depressive ist nicht mehr derselbe. Er leidet

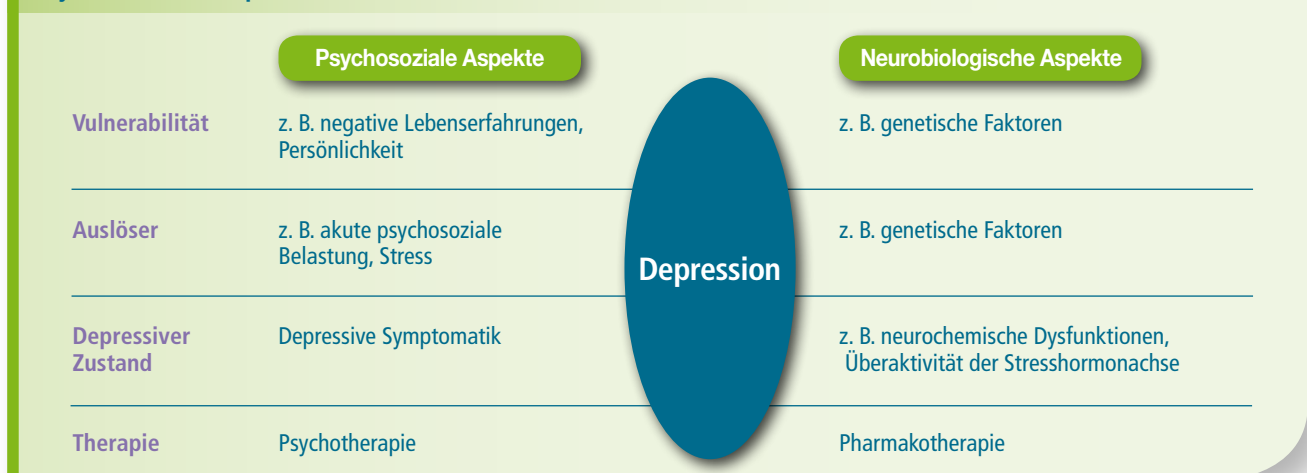
unter Traurigkeit, unheilvollen manchmal selbstmörderischen Vorstellungen, Schlafstörungen, intellektueller und motorischer Verlangsamung, verbunden mit einem Gefühl der Ermüdung.

Frauen haben ein doppelt so hohes Risiko, an Depressionen zu erkranken wie Männer. Eine depressive Episode kann in jedem Lebensalter eintreten: bei Kindern, Heranwachsenden, Erwachsenen und Senioren. Typischerweise treten die Episoden jedoch im Alter zwischen 25 und 45 Jahren auf, insbesondere die ersten Episode. Vielleicht ist dies ja die schwierigste Lebensphase? Vor allem jedoch ist es die Lebensphase mit den wichtigsten Ereignissen und Verantwortungen. Die Rückfallquote nach einer ersten depressiven Episode beträgt 50%, und 70 bis 80% nach zwei Episoden.

In Kanada erlitten 30 bis 50% der Patienten mit Herzerkrankungen und 25% der Krebspatienten eine Major Depression. Im übrigen geht man davon aus, dass über 10% der Bevölkerung an einer Major Depression leidet.

Die depressive Episode kann spontan und ohne deutlichen auslösenden Faktor auftreten. In diesem Fall sprach man von „**endogener Depression**“. Sie kann auch im Anschluss an ein besonders unangenehmes Ereignisses wie beispielsweise Trauer, Scheidung, aber auch nach einer schweren Krankheit (Herz- oder Krebserkrankung usw.) eintreten. In diesem Fall spricht man von einer Anpassungsstörung, früher von „**reaktiver Depression**“.

Psychische und körperliche Ursachen: 2 Seiten einer Medaille



Ein bemerkenswerter Aspekt für einen Versicherer, der sich für Pflegeversicherung interessiert und folglich für Demenz: Wenn die erste depressive Episode nach dem 50. Lebensjahr eintritt, spricht man von „spät einsetzender Depression“. Diese ist sehr häufig ein Vorläufer der Alzheimer-Krankheit, die dann einige Jahre später diagnostiziert wird.

Derzeit ist die Depressionsdiagnostik vornehmlich klinisch und es gibt keine paraklinische Untersuchungsmethode (Laboranalyse oder bildgebende Verfahren usw.), die eine Diagnose oder eine genaue prognostische Bewertung eines depressiven Zustandes ermöglicht. Man beobachtet insbesondere Fortschritte in der profunden Untersuchung des Schlafs und von Schlafstörungen oder die Visualisierung anhand von MRT-Bildern hypo- und hyperaktiver Gehirnregionen von depressiven Patienten.

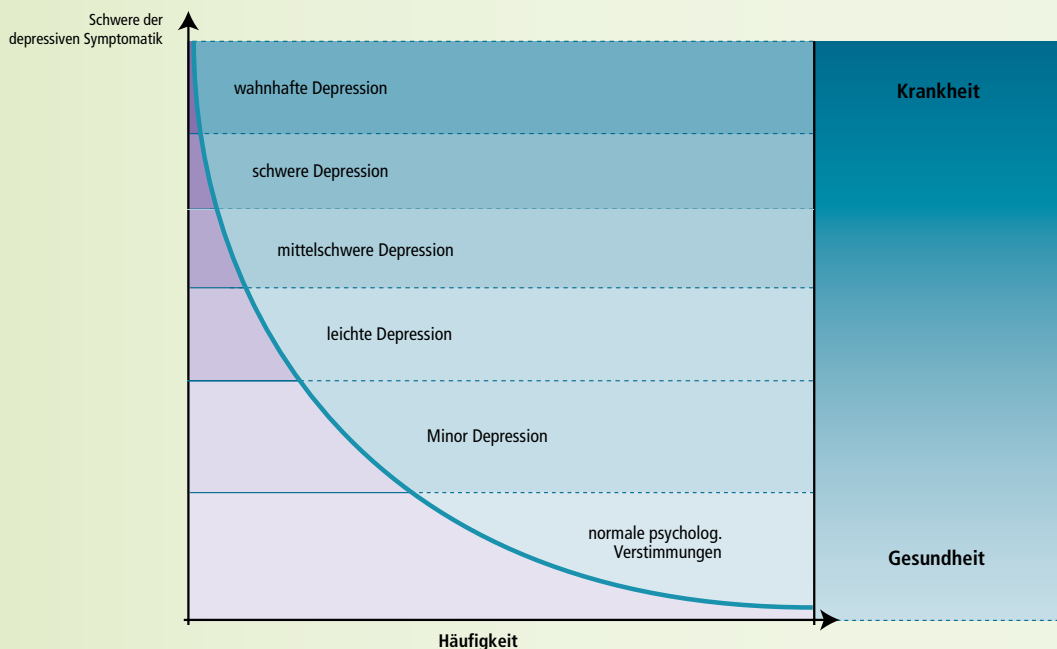
Der zugrundeliegende Mechanismus von Depressionen ist nicht genau bekannt und besteht sehr wahrscheinlich in einer Art chemischer Störung im Gehirn, die zu einer biologisch bedingten Verstimmung des Betroffenen und einer Störung seiner intellektuellen oder körperlichen Funktionen führt. So könnte die Absenkung des intrazerebralen Spiegels bestimmter chemischer Neurotransmitter wie beispielsweise Serotonin eine herausragende Rolle spielen. Beispielsweise

Weltweit leiden derzeit 400 Mio. Menschen an psychischen oder neurologischen Störungen oder haben psychosoziale Probleme, insbesondere in Verbindung mit Alkohol oder Toxikomanie. Die Depression ist derzeit die fünf häufigste Todes- und Behinderungsursache weltweit. (WHO)

liegt auch bei mehr als der Hälfte der Depressiven eine Familienanamnese mit psychiatrischen Erkrankungen vor. Selbstverständlich spielt die Genetik beim Einzelnen eine prädisponierende Rolle, indem er beispielsweise eine Veranlagung mitbringt, so dass negative Lebensereignisse in seinem Umfeld die depressive Episode auslösen oder unterhalten.

Antidepressiva sind selbstverständlich bei der Behandlung depressiver Erkrankungen angezeigt. In diesem Fall gilt als Faustregel, die Wirksamkeit der Behandlung nach sechs bis acht Wochen dahingehend zu beurteilen, ob die Symptome sich abgeschwächt haben oder sogar beseitigt sind und dem Selbstmordrisiko vorgebeugt wurde. Auch die Psychotherapie hat in diesem Bereich ihre Wirksamkeit erwiesen. Die beste

Depression: Differenzierung nach Schwere der Symptomatik



Lösung besteht darin, beide Behandlungen zu verbinden, da sie sich optimal ergänzen.

Die stationäre Behandlung in der Psychiatrie wird empfohlen bei hohem Selbstmordrisiko, markanter somatischer Ausprägung (insbesondere bei Anorexie) oder wenn das soziale oder Familienumfeld des Patienten nicht ausreichend stabil ist.

Wenn es sich um eine Depression von größerem Ausmaß handelt, die therapieresistent gegenüber verschiedenen Behandlungen ist, kann eine Elektrokonvulsionstherapie, besser bekannt als Elektroschocktherapie, vorgenommen werden. Es handelt sich um eine in Sekundenbruchteilen ablaufende transkranielle elektrische Stimulation. Sie vermag spektakuläre Behandlungserfolge bei Depressiven zu erzielen und kommt in einer Reihe von Psychiatrieeinrichtungen wieder in Mode.

Bipolare Störungen

Die bipolaren Störungen wurden früher als manisch-depressive Psychosen bezeichnet und sind gekennzeichnet durch den Wechsel häufig schwerer depressiver Phasen und Phasen höchster Erregtheit, genannt „manischen Phasen“. Dazwischen gibt es Perioden eines unauffälligen Normalzustandes. Sie betrifft Männer und Frauen in gleichem Maße unabhängig von Beruf oder ethnischer Abstammung. Im Alter zwischen 20 und 30 Jahren durchlebt der Betroffene beispielsweise eine Episode euphorischer Erregtheit: Er ist unermüdlich, schläft nicht mehr, gibt Unmengen von Geld aus, zeigt eine gesteigerte sexuelle Aktivität usw.

In den USA leiden über zwei Millionen Erwachsene an bipolaren Störungen.

Eine Episode dauert spontan zwischen vier und sechs Monaten. Die depressive Episode ist wie eine „Negativausgabe“ der manischen Episode und weist sonst keine Besonderheiten auf: Sie wird geprägt von Traurigkeit, Ermüdung, Verlangsamung, Selbstmordgedanken usw. Die Episoden wechseln sich ab im Rhythmus von 1 bis 2 Episoden pro Jahr, manchmal jedoch wesentlich schneller, mit über vier Episoden pro Jahr (rapid cycle). Bleibt eine Behandlung aus, tragen diese Patienten ein hohes Selbstmordrisiko und neigen zu starken Anspannungen in ihrer Beziehung zum affektiven Umfeld, zur Familie und im Beruf. Unter Behandlung und mit guter Einstellung können zahlreiche Patienten außerhalb der Krisen ein normales Leben führen. Es gibt eine familiäre und daher vermutlich starke genetische Veranlagung: In zwei Dritteln

der Fälle gibt es eine Familienanamnese von nachgewiesenen bipolaren Erkrankungen, Selbstmorden oder Medikation mit Stimmungsmodulatoren.

Zu den Therapietechniken zählen Stimmungsmodulatoren, die in der Lage sind, das Auftreten depressiver oder manischer Episoden zu verhüten. Sie dienen weder zur Behandlung der Depression noch des manischen Anfalls, sondern stellen eine Langzeitbehandlung dar, in deren Verlauf die Episoden weniger häufig auftreten, sich verkürzen oder weniger gravierend ausfallen. Diese Medikamente ermöglichen eine beachtliche Verbesserung, denn ohne Behandlung tendieren die natürlichen Episoden dazu, länger, häufiger und gravierender auszufallen. Es handelt sich insbesondere um Lithiumsalze und andere Stimmungsmodulatoren: In jüngster Zeit haben sich ebenfalls Behandlungen mit Antiepileptika oder bestimmten Neuroleptika bei der Behandlung der bipolaren Erkrankung als wirksam erwiesen. Eine gesunde Lebensführung ist mindestens genauso wichtig wie die Medikation. So sollten die Patienten beispielsweise auf den Erhalt ihrer Schlafqualität achten, sich vor Jet-Lag (Zeitverschiebung) schützen und übermäßigen Alkoholkonsum vermeiden. Sie sollten keine Schichtarbeit leisten.



Schizophrenie

Schizophrenie ist eine Psychose, die 1% der Bevölkerung befällt. Sie setzt im Alter zwischen 15 und 35 Jahren ein und befällt Männer und Frauen zu gleichen Teilen. Diese Krankheit wird gleichermaßen von den Familien wie von den Patienten gefürchtet.

Das Einsetzen der Schizophrenie verläuft je nach Person unterschiedlich. Zumeist ist der Beginn progressiv und der Betroffene führt ein nahezu normales Leben, bis eine Krise mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Unrast, Abbau der schulischen Leistungen, ein Selbstmordversuch oder sonstige psychotische Symptome eintreten. Zu den auslösenden Faktoren zählt Cannabis, das schizophrene Veranlagungen (Vulnerabilität) induziert bzw. zutage bringt.



Einmal in Gang gesetzt, lässt sich der Prozess nicht mehr stoppen und die Schizophrenie wird chronisch, wobei Phasen mit Krisen sich mit Beruhigungsphasen abwechseln. Kennzeichnend für die Schizophrenie ist das „sonderbare“ Verhalten des Betroffenen. Er ist nicht mehr in der Lage, sich an die Wirklichkeit anzupassen, nicht nur aufgrund seiner Wahnvorstellungen, sondern auch aufgrund einer globalen psychischen Störung in Bezug auf Denken, Affekte und Verhalten. All dies führt zu einer mentalen Spaltung (Verhalten, unzusammenhängende oder absurde Äußerungen), zu einer Persönlichkeitsveränderung, zum Interessensverlust an der Umgebung und zu völlig deplatzierten Reaktionen im normalen Leben, mit einem inneren Rückzug des Betroffenen.

Nach einem fünfjährigen Krankheitsverlauf bieten sich gute prognostische Anhaltspunkte für den Verlauf von weiteren zwanzig Jahren. Wenn der Betroffene weiterhin Halluzinationen oder Wahnvorstellungen und seine Unabhängigkeit eingebüßt hat, wird dies auch nach zwanzig Jahren der Fall sein. Hat er sich jedoch stabilisiert und einen gewissen Unabhängigkeitsgrad wiedererlangt, wird dies auch noch nach zwanzig Jahren zutreffen. Alle Weichen werden in den ersten fünf Jahren des Krankheitsverlaufs gestellt. Weniger als ein Drittel der Schizophreniekranken erlangt einen Selbständig-

keitsgrad, der es ihnen ermöglicht, in einem geschützten Umfeld zu arbeiten oder unabhängig zu leben, sei es allein oder als Paar. Die Prognose ist daher eher schlecht. Zudem ist bei einem Drittel der Patienten der Verlauf so schwer, dass sie früher als „frühe Demenz“ bezeichnet wurde. Der Betroffene verliert früh seine affektiven, emotionellen, intellektuellen und sozialen Fähigkeiten. Selbstmord ist die häufigste Todesursache bei Schizophrenen. Die Mortalität wird zudem durch eine schlechte Lebensführung beeinflusst, die sehr häufig in Verbindung mit der Krankheit auftritt (Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß, Bewegungsmangel, Fettleibigkeit usw.). Schizophrene müssen häufig stationär aufgenommen werden, gelegentlich als Notfallaufnahme insbesondere zu Beginn der Erkrankung.

Neuroleptika können die Symptome abschwächen. In diesem Bereich wurden im Verlauf der vergangenen 15 Jahre signifikante Fortschritte verzeichnet mit so genannten „atypischen“ antipsychotischen Neuroleptika, insbesondere mit Olanzapin und Risperidon. Leider hält jedoch bei einer Reihe von Schizophreniekranken das Unvermögen an, ihre Medikamente einzunehmen. Ihre Urteilskraft ist so stark gestört, dass sie die nachfolgenden Konsequenzen ihrer Handlung nicht zu ziehen in der Lage sind: „Wenn ich meine Behandlung abbreche, werde ich sechs Wochen später wieder eingewiesen“. Psychiater verfügen inzwischen über atypische Retard-Antipsychotika: Eine bis zwei Depot-Injektionen monatlich bewirken dieselbe Wirkung wie die Einnahme einer oder zwei Tabletten täglich, was ein beachtlicher Vorteil bei schlecht organisierten Patienten oder solchen Patienten ist, die Gefahr laufen, ihre Behandlung abzubrechen. Parallel zur Medikation bietet die Betreuung in einer geschützten Pflegeeinrichtung die besten Versorgungsmöglichkeiten für Schizophreniekranken.

Psychische Störungen, Wirtschaftskrise und Arbeitsbedingungen

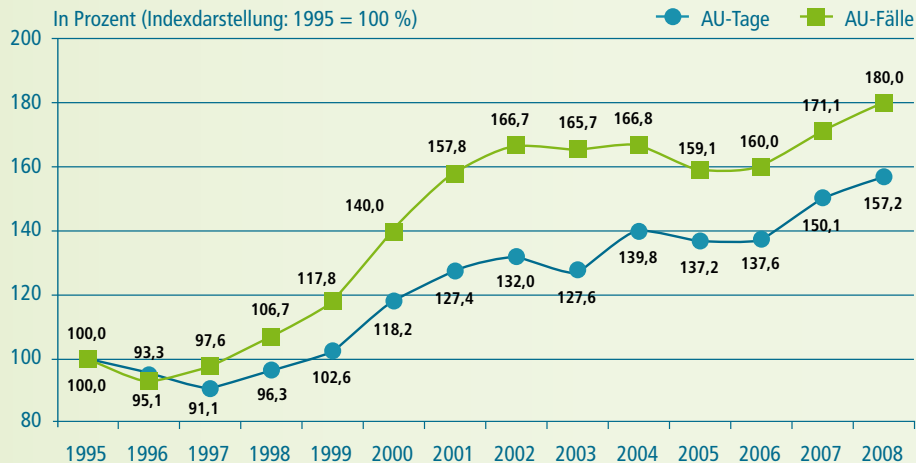
In Frankreich hat eine Studie der Versorgungskasse französischer Ärzte gezeigt, dass mehr als 40% der Berufsunfähigkeitsrenten aufgrund von psychischen Störungen und nur 10% aufgrund von kardiovaskulären oder Krebserkrankungen resultieren.

Ein kürzlich erschienener Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigt auf, dass die steigende Präkarisierung der Angestellten

Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen

Fehlzeiten sind aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1995 um 80% gestiegen

Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen 1995-2008, AOK-Mitglieder



und der wachsende Arbeitsdruck in den kommenden Jahren zu einer Verschärfung des Problems der psychischen Störungen führen könnte. Es wird von einem Anstieg der Depressionen, der bipolaren Erkrankungen und der Toxikomanierate (Alkohol, Drogen) ausgegangen. Die meisten Menschen mit psychischen Störungen haben eine Anstellung, sind jedoch immer häufiger und immer länger krankgeschrieben.

Die Anträge auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit, die früher eher auf Unfälle in der Industrie zurückzuführen waren, sind heute mehr und mehr auf psychischen Problemen begründet. Die OECD geht davon aus, dass einer von drei Anträgen auf Invalidenrente, in manchen Ländern jeder zweite, auf psychische Probleme zurückzuführen ist und dass diese Zahlen seit 1990 stetig ansteigen.

Risikobewertung

Im Versicherungswesen ist die Bewertung des neuropsychiatrischen Risikos sowohl beim Underwriting als auch bei der Abwicklung eines Schadensfalls schwierig. Der Hauptgrund dafür ist, dass die meisten psychischen Störungen zur Gruppe „nicht objektivierbarer Krankheiten“ gehören, d. h., dass keine klinischen oder paraklinischen Untersuchungen (Laboruntersuchungen oder bildgebende Verfahren) zur sicheren

Diagnose oder zur Einschätzung des tatsächlichen Schweregrades der psychischen Störung vorliegen. Auch die Prognose ist schwierig zu beurteilen. Daher ist es den Betroffenen in bestimmten Fällen möglich, im Versicherungsantrag die psychische Störung, beispielsweise durch die Verwendung unauffälliger und unverdächtigter Begriffe wie Müdigkeit, Schlaflosigkeit oder Stress anstelle der Begriffe Depression oder gar Schizophrenie, herunterzuspielen. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, die Symptome schlimmer oder verstärkt bei der Regulierung eines Schadensfalls wegen Depression darzustellen, wenn es generell um Schwere, Bedeutung, Intensität der Invalidität usw. geht.

Darüber hinaus hängt der Verlauf einer psychischen Störung häufig von positiven und auch negativen äußeren Faktoren im Leben des Antragstellers ab, die seine Heilung oder die nachhaltige Chronifizierung der Depression oder der Angst beeinflussen. All dies ist für den Versicherer schwierig zu beurteilen.

In diesem Zusammenhang muss der Versicherer möglichst viele objektive Anhaltspunkte zur Anamnese der psychischen Störung des Antragstellers zusammentragen. Zusätzlich zu den ärztlichen Attesten und Arztberichten ist es besonders nützlich, Informationen zu psychotropen Behandlungen (einfache Anxiolytika, Antidepressiva, Behandlung einer bipolaren Erkrankung bzw. Gabe von antipsychotischen Neuroleptika) oder Informationen über Einweisungen in die Psychiatrie,

Krankschreibungen oder Invalidität aufgrund psychiatrischer Störungen einzuholen. Wenn beispielsweise eine oder mehrere Einweisungen in die Psychiatrie von über 3 Wochen in Verbindung mit einer schweren Neuroleptika-Behandlung aus der Familie der Antipsychotika vorliegen, sollten diese als „Alarmsignale“ für eine psychotische Erkrankung gewertet werden, auch wenn der medizinische Fragebogen eher unauffällig erscheint.

Zum Thema Selbstmord, häufigste Todesursache bei Nervenkrankungen, fehlen dem Versicherer genaue statistische Anhaltspunkte. Viele Selbstmorde werden vom Umfeld aufgrund kultureller, religiöser oder sonstiger Gründe vertuscht. Zahlreiche Selbstmorde werden verkannt und auf Unfälle zurückgeführt (Autounfälle, Tod durch Ertrinken, Stürze usw.). Die ärztliche Schweigepflicht kann ebenfalls den tatsächlichen Grund des Selbstmordes verschleiern: Wie viele Selbstmorde verbergen sich hinter ärztlichen Attesten, aus denen „Tod infolge von Polytraumata nach Sturz“ hervorgeht? Kurzum, die Erhebung der tatsächlichen Selbstmordzahl in einem Todesfall-Portfolio ist ein heikles Unterfangen, denn sehr häufig analysieren wir Selbstmordversuche.



Der Suizidversuch ist ein erschwerender Faktor bei psychischen Störungen. Er kann den Ausgangspunkt einer Major Depression oder einer Schizophrenie darstellen. Dies ist jedoch wiederum zu relativieren: Bei Jugendlichen und insbesondere bei jungen Frauen sind sehr viele Selbstmordversuche als „Hilferuf“ an die Umgebung ohne tatsächliche zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung zu deuten. Diese Selbstmordversuche bestehen häufig in der Einnahme von Medikamenten und Alkohol gefolgt von einer kurzen stationären Behandlung. Bei den Meisten führt dies zu einer Versöhnungsbereitschaft und Aussprache usw.. In diesem Fall muss der Versicherer in der Lage sein, die Vergangenheit nach mehreren Jahren eines „normalen“ Lebens zu streichen.

In der Praxis, wenn es gilt, einen Versicherungsvorgang unter dem Blickwinkel psychischer Störungen zu beurteilen, hat der Risikoprüfer folgendes zu beachten:

- Schwere Psychosen, psychotisches Verhalten und nicht stabilisierte Schizophrenie sind von den Versicherungssparten Todesfall, Berufsunfähigkeit und Invalidität auszuschließen.

- Berücksichtigung der Familienanamnese im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen, soweit hierüber Kenntnisse vorliegen.
- Berücksichtigung der Anamnese des Antragstellers bei psychischen Störungen, wobei jedoch zu beachten ist, dass wir uns hier in einem „nicht objektivierbaren“ Bereich bewegen. In der Tat können im medizinischen Fragebogen eine Reihe von sich widersprechenden Aussagen angetroffen werden.
- Stützung auf möglichst viele objektive Anhaltspunkte, die vom Antragsteller nicht übergangen werden können, um sich eine Meinung zu bilden und die Schwere der psychischen Störung einzuschätzen: stationäre psychiatrische Behandlungen von über 3 Wochen Dauer, Behandlung mit Anxiolytika, Neuroleptika, Elektroschocks, Psychotherapie, Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten aus psychiatrischen Gründen.
- Zudem gilt es, die persönliche Anamnese und Lebensführung des Antragstellers aufmerksam zu analysieren, wie insbesondere Genuss von Alkohol, Tabak oder Betäubungsmitteln.

Anhand dieser Informationen ist eine Entscheidung und Einschätzung möglich, die vornehmlich das Selbstmordrisiko bei Todesfallversicherungen und die Auswirkungen der psychischen Störung auf die Erwerbstätigkeit berücksichtigt, indem möglichst objektiv das Risiko von Krankschreibungen oder Invalidität beurteilt werden. Beispiele:

- Ein Antragsteller mit Angststörungen, die mit Anxiolytika und/oder Psychotherapie behandelt werden, der keinen Selbstmordversuch unternommen hat und nicht in der geschlossenen Psychiatrie behandelt wurde und keine Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweist, sollte nahe dem Standardrisiko eingeschätzt werden.
- Eine angegebene depressive Episode kann nach Untersuchung des Vorgangs als Minor- oder Major oder mittelgradig ausgeprägte Depression eingestuft werden. Die Einschätzung hat je nach Sachlage für jeden dieser Fälle zu erfolgen.
- Ein Antragsteller mit einer psychotisch anmutenden Störung, beispielsweise einer schizophrenen Störung, der mehrfach in die geschlossene Psychiatrie eingewiesen wurde, Neuroleptika erhält und berufsunfähig ist, ist für eine Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr versicherbar.

Zwischen diesen typischen Fällen gibt es jedoch ein breites Kontinuum in der Einschätzung, wobei Vorsicht bei den Deckungssparten Berufsunfähigkeit und Invalidität geboten ist. In diesem Bereich kann man entweder eine Einschätzung vornehmen oder einen Ausschluss von „psychiatrischen Störungen“ vorschlagen. Es wird sich häufig als nützlich erweisen, lange Karenzzeiten begrenzte Entschädigungs-

zeiträume und gedeckelte Versicherungssummen vorzusehen. Eine große Zahl an Invaliditätsfällen aus psychiatrischen Gründen setzt vor dem 40. Lebensjahr ein.

Was die mit einer psychischen Störung des Antragstellers gegebenenfalls einhergehenden Faktoren wie übermäßiger Alkoholkonsum und/oder Toxikomanie angeht, sind diese stets als erschwerende und bedeutende Faktoren zu werten, mit der Folge, dass viele Versicherungsanträge abzulehnen sein werden.

Bei Antragstellern mit einem unternommenen Selbstmordversuch bieten sich dem Risikoprüfer zwei Lösungen:

- Einbindung des Ereignisses in die zugrunde liegende psychische Störung und Bewertung als erschwerender Faktor.
- separate Einschätzung des Selbstmordversuchs und der zugrunde liegenden psychischen Störung. Dies ist der von SCOR Global Life empfohlene Weg. Auf jeden Fall sind die Frist zwischen dem Selbstmordversuch und dem

Antrag sowie die Anzahl der Selbstmordversuche zu berücksichtigen. Wir empfehlen eine Zurückstellung für jeden Selbstmordversuch, der weniger als ein Jahr vor dem Antragstermin unternommen wurde und eine Ablehnung bei mehr als drei Versuchen.

Major Depressionen, Psychosen und insbesondere Schizophrenieerkrankungen erfordern eine aufmerksame Analyse des Vorgangs und höchste Vorsicht seitens des Risikoprüfers. Es ist zu beachten, dass es sich um schwere Erkrankungen handelt, die sich in der manchmal nicht objektivierbaren Sphäre der Psychiatrie bewegen. Ein seit mehreren Jahren dank Behandlung gut stabilisierter Antragsteller mit guter sozialer Eingliederung ins Erwerbsleben, ohne vorangegangenen Selbstmordversuch noch kürzlich stattgefundenen stationärer Einweisung, der weder Alkohol noch Drogen zu sich nimmt, ist für die Todesfallversicherung noch versicherbar.

Schlussfolgerungen

Die psychischen Störungen werden in den nächsten Jahren bei den Versicherern zunehmend ins Gewicht fallen. Es handelt sich um ein weites Feld, in dem Standardisierungen eine Herausforderung darstellen; zudem kann diese Publikation lediglich einen ersten Einblick bieten. Doch obwohl sich die Psychiatrie nur schwer mit Einschätzungserschwernissen vereinbaren lässt, geht SCOR Global Life davon aus, dass dieses Thema weiter vertieft werden sollte. Es sind eingehende Kenntnisse erforderlich, um das Risiko möglichst objektiv einzuschätzen, ähnlich wie bei rein körperlichen Krankheiten. Wir hoffen, dass dieser Überblick Ihre Neugierde sowohl auf persönlicher als auch auf beruflicher Ebene geweckt hat, und Sie dieses Gebiet weiter verfolgen werden. Zu beachten ist auf jeden Fall, dass es sich zumeist um ein nicht objektivierbares Risiko handelt, das jedoch weltweit auf dem Vormarsch ist.



SCOR Global Life
5 avenue Kléber
75795 Paris Cedex 16
France
www.scor.com

SCOR
Global Life