



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Fragenkatalog der Monopolkommission gem. § 44 Abs.1 des Gesetzes
gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) im Vorfeld eines geplanten
Sondergutachtens der Monopolkommission zu Krankenversicherungsmärkten

Berlin, 30.09.2016

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

I. Vorbemerkung

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer hat der Wettbewerb innerhalb der Krankenversicherungssysteme auf der Basis maßgeblicher Gesundheitsreformen der letzten 15 Jahre deutlich zugenommen. Bei der weiteren Ausgestaltung der zukünftigen Wettbewerbsrahmenbedingungen für Krankenkassen sollten daher folgende Aspekte vermehrt Berücksichtigung finden:

- die Daseinsvorsorge und Versorgungssicherheit,
- die Pluralität der Krankenversicherungssysteme und Anbieter in den Systemen,
- die Gewichtung zwischen Preis- versus Qualitätswettbewerb.

Neben der üblicherweise im Vordergrund stehenden Preisdebatte mit dem Fokus auf der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V sollte die im SGB V-Bereich schon weit fortgeschrittene Debatte zum Qualitätswettbewerb besondere Beachtung finden. Auch die versorgungspolitischen Konsequenzen sollten intensiver analysiert werden. So zeigen die aktuellen Diskussionen zu den Konsequenzen eher preisgetriebener Rabattverträge, dass zwar Einsparungen erzielt werden, sich allerdings zunehmend Probleme im Bereich der Versorgungssicherheit und -qualität ergeben. Wenn über längere Zeit z. B. Lieferengpässe bei Antibiotika, Impfstoffen und hämato-onkologischen Präparaten zu verzeichnen sind, sollten auch diese Auswirkungen des Wettbewerbs Eingang in den Diskurs um die weitere Ausgestaltung von Wettbewerbsrahmenbedingungen finden. Aus Sicht der Bundesärztekammer gilt es mehr denn je, Möglichkeiten – aber auch Konsequenzen und Grenzen – des Wettbewerbs im Gesundheitswesen im Sinne eines „lernenden Systems“ auszuloten.

Ein qualitätsgesicherter Wettbewerbsrahmen sollte primär die Versorgungsqualität und -verfügbarkeit für eine demografiebedingt zunehmend versorgungsbedürftigere Bevölkerung im Auge haben und ausreichend Schutzmechanismen gegen mögliche ungewollte Auswirkungen vorhalten.

Allerdings zeigen u. a. die wachsenden Bemühungen von Bundesländern, Landkreisen und Kommunen, die in Kooperation mit der Ärzteschaft vielfältige Maßnahmen ergriffen haben, um insbesondere in strukturschwachen Regionen auch weiterhin eine gute medizinische Versorgung gewährleisten zu können, auch positive Aspekte des Wettbewerbs. Motivation hierfür sind neben gesundheitlichen Aspekten auch ökonomische und gesellschaftspolitische Faktoren wie die Förderung der wirtschaftlichen Produktivität und der Ansiedlungsbereitschaft in den betreffenden Regionen.

Eine reine Fokussierung auf die wirtschaftlichen Auswirkungen im Bereich des SGB V und somit auf den Beitragssatz gemäß § 71 SGB V ist auf Dauer nicht zielführend.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahren der Anteil der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach wie vor stabil bei 6,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes liegt.

II. Stellungnahme zu den Fragen im Einzelnen

A Allgemeine Fragen

1. Wie schätzen Sie die Entwicklung des Wettbewerbs im gesetzlichen und im privaten Krankenversicherungssystem ein?

Aus Sicht der Bundesärztekammer hat der Wettbewerb innerhalb und zwischen den Systemen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Insbesondere der Wettbewerb um Versicherte mit Schwerpunkt auf der Gruppe junger, gesunder und gutverdienender Neuversicherter wurde in beiden Versicherungssystemen intensiviert. Neben z. B. erweiterten Präventionsangeboten und umfassenderen, freiwilligen Satzungsleistungen gesetzlicher Krankenkassen ist im Bereich der PKV eine Diversifizierung des Leistungs- und Tarifangebotes sowie des Preisgefüges zu verzeichnen. Kennzeichnend für diesen Wettbewerb sind im Vergleich zu den Vorjahren zunehmende Versichertenwechsel zwischen und innerhalb der Krankenversicherungssysteme und -tarife. Die Verfügbarkeit und der Zugang zu innovativen Verfahren und Versorgungsansätzen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Ebenso nehmen Angebote im Bereich der Digitalisierung und Vernetzung einen wachsenden Raum bei den Wettbewerbsaktivitäten ein.

Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ist weiterhin eine Verschärfung des Wettbewerbs u. a. durch die Verteilungssystematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und die Einführung des Zusatzbeitrages zu beobachten. Aktuelles Resultat sind deutliche Verschiebungen der Versichertenzugehörigkeit. Im ersten Halbjahr 2016 verzeichnete alleine die AOK-Plus einen Nettozuwachs von 164.170 Mitgliedern (+7 Prozent). Für das AOK-System in toto betrug der Zuwachs im gleichen Zeitraum knapp 435.000 Versicherte.

Seitens der Bundesärztekammer wird diese Auswirkung des intensivierten Wettbewerbs unter den derzeit 118 gesetzlichen Krankenkassen mit Sorge gesehen. Einerseits können Fehlverteilungen im Bereich des Morbi-RSA die Kooperationsbereitschaft von Krankenkassen gegenüber Ärzten aus rein ökonomischen Gründen verändern. Viele längerfristig sinnvolle und gemeinsam erarbeitete Kooperationsprojekte werden in Ermangelung kurzfristiger ökonomischer Benefits (Prävention, Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden Patienten) nicht fortgeführt. Andererseits könnten mittelfristig auch große, ggf. systemrelevante Krankenkassen in eine finanzielle Schieflage geraten, die sich erheblich auf die Planungssicherheit der beteiligten Vertragspartner und die Versorgungssicherheit der Versicherten auswirken könnte.

Aktuell haben im ersten Halbjahr 2016 einige der mitgliederstärksten gesetzlichen Krankenkassen unter den Top-Ten bis zu 3 Prozent ihrer Versicherten verloren. Daraus resultierende Konsolidierungsmaßnahmen in Form von Fusionen dürften mittelfristig die Frage der Sicherung der Pluralität der gesetzlichen Krankenkassen nach sich ziehen. Nachhaltige Maßnahmen zum Schutz dieser Pluralität sind derzeit nicht zu erkennen.

Zudem stellt sich die Frage, ob die erhebliche Wettbewerbsdynamik mit den planungstechnischen Anforderungen und den Spezifika der Daseinsvorsorge (z. B. flächendeckende Gewährleistung der Notfallversorgung) in Einklang gebracht werden können.

Für den Wettbewerb innerhalb der Privaten Krankversicherung (PKV) ist ebenfalls eine Intensivierung zu verzeichnen. Neben neuen Tarifmodellen für die Vollversicherung finden die durch die PKV ergänzend angebotenen Zusatzversicherungen bei den gesetzlich Krankenversicherten eine wachsende Akzeptanz. Hintergrund dieser Dynamik dürften insbesondere die zunehmenden Leistungsausschlüsse auf Basis der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sein.

2. Haben Krankenversicherungen genügend Anreize um den Gesundheitszustand ihrer Versicherten langfristig zu verbessern? Wie wirkt sich hier Wettbewerb aus?

Vor dem Hintergrund meist langjähriger Versicherungsverhältnisse und der für alle Krankenkassen wachsenden Anzahl von chronisch kranken und multimorbiden Versicherten sollten sowohl GKV als auch PKV ein besonderes Interesse an einer langfristigen Verbesserung des Gesundheitszustandes ihrer Versicherten haben.

Die aktuellen Wettbewerbsrahmenbedingungen wirken allerdings in Verbindung mit weiteren gesetzlichen Vorgaben insbesondere bei den gesetzlichen Krankenkassen kontraproduktiv. Zunehmend ist z. B. ein überschaubares Interesse der gesetzlichen Krankenkassen an präventionszentrierten und somit langfristig ausgerichteten Verträgen gem. §§ 140 ff SGB V zu verzeichnen. Bei vielen der neueren Ansätze (z. B. Bonussysteme gem. § 65 a SGB V für den Einsatz von Wearables und Präventions-APPs) deutet sich eher eine Marketing-, als eine gesundheitliche Langzeitpräventionsstrategie an. Es wird auf junge und in der Regel gesunde Versicherte abgezielt, die für den Nachweis ihres guten Gesundheitszustandes durch Bonusmodelle und (indirekte Beitragssenkung) honoriert werden.

Die Frage ist auch im Kontext mit dem Modifikationsbedarf des Morbi-RSA zu sehen (siehe Antwort zu Frage 3).

B Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung

3. Gibt es aus Ihrer Sicht in der Organisation des Krankenversicherungssystems systematische Wettbewerbsverzerrungen zwischen bestimmten Organisationsformen von GKV'n?

Seit einigen Jahren werden die Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) verstärkt diskutiert. Auf Basis mehrerer Gutachten externer Institute zeigt sich ein deutlicher Nachjustierungsbedarf.

Auffällig ist das Verteilungsgefüge der Zuweisungen: Während eine Kassenart von der Systematik profitiert, verzeichnen derzeit alle Übrigen erhebliche Verluste bei den Zuweisungen.

Die Folge ist ein verzerrter Wettbewerb innerhalb der GKV. Durch die kritische finanzielle Lage bei einigen Krankenkassen ist zu beobachten, dass bisherige und begrüßenswerte Satzungsleistungen gestrichen sowie Vertragsangebote zu verschiedenen innovativen Versorgungsansätzen (Integrierte Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V, Modellversuche gem. § 63 SGB V bzw. weitere Selektivverträge) eingeschränkt bzw. zurückgenommen werden. Auf diese Weise werden gemeinsam mit der Ärzteschaft entwickelte sinnvolle Versorgungsansätze Opfer eines verzerrten Wettbewerbsansatzes innerhalb der GKV.

Es ist angesichts der aktuellen Wettbewerbssituation anzunehmen, dass es zu weiteren Fusionen und Konsolidierungen im GKV-Bereich kommen wird. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es aber bei der weiteren Ausrichtung und Nachjustierung des GKV-internen Wettbewerbs unverzichtbar, einerseits eine gewisse Pluralität der aktuell noch 118 gesetzlichen Krankenkassen zu sichern, um Ärzten und Kliniken zukünftig ein ausreichendes Spektrum innovativer Vertragspartner als Add-on zum Kollektivvertrag gewährleisten zu können. Andererseits sollten die versorgungspolitischen Auswirkungen des teilweise kurzfristig angelegten und z. T. ungerichtet wirkenden Wettbewerbs über eine suffiziente Versorgungsforschung besser analysiert werden. Nur so kann im Sinne einer medizinischen Versorgungssicherung und -gewährleistung rechtzeitig gegengesteuert werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer bleibt festzuhalten, dass schon jetzt Lieferengpässe und Unterversorgung zu verzeichnen sind (insbesondere in der Hämato-/Onkologie, siehe Verlautbarungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft „Ein gefährlicher Versuch“, Welt am Sonntag, 21. August 2016), auch wenn kaum belastbare Analysen zu den Auswirkungen des Wettbewerbs auf die medizinische Versorgung der Versicherten vorliegen.

Während wettbewerbsbedingte Versorgungsengpässe z. B. in der Automobilindustrie zu unerfreulichen finanziellen Verlusten führen und Arbeitsplätze gefährden könnten, kann ein verzerrter und unkontrollierter Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung schnell zu einer Gefährdung der medizinischen Versorgung führen.

Die Bundesärztekammer plädiert daher für eine deutlich sorgsamere Wettbewerbsrahmensetzung im Gesundheitswesen mit einer belastbaren, rechtzeitigen Evaluierung von möglichen Kollateralwirkungen auf die Versicherten und die an der Versorgung Beteiligten.

Versorgung

4. Welche Informationen haben die gesetzlichen Krankenversicherungen über den Gesundheitszustand ihrer Patienten und die Inanspruchnahme von Leistungen?

Über die Vorgaben aus verschiedenen Reformansätzen der letzten Jahre ist die Transparenz des Leistungs- und Kostengeschehens insbesondere für die gesetzlichen Krankenkassen deutlich gestiegen. Zu nennen sind unter anderem umfängliche Qualitätssicherungsinitiativen, die mit der Einführung der Fallpauschalensystematik verbundenen umfangreichen Dokumentationspflichten, die ausgebauten amtlichen Klassifikationssysteme und die wachsende Zahl von Add-on-Verträgen zwischen Krankenkassen, medizinischen Einrichtungen, Kliniken und Ärzten. In Verbindung mit spezifischen Analysen und Auswertungen durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, eigener wissenschaftlicher Institute der Krankenkassen und extern in Auftrag gegebener Gutachten dürfte eine sehr umfängliche Informationsgrundlage verfügbar sein.

Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt sich daher die Frage, warum nach diesem massiven Ausbau der Dokumentations- und Datenlieferungsverpflichtungen kein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beantwortung versorgungsrelevanter Fragestellungen zu verzeichnen ist. Wiederholt werden in Abständen von teilweise wenigen Wochen Auswertungen unterschiedlicher Krankenkassen zu vergleichbaren und teilweise identischen Sachverhalten mit vielfach überschaubarer Aussagekraft vorgelegt (z. B. spezifische Versorgungsprobleme chronisch kranker Patienten, Rückenschmerzen, Arzneimitteltherapie oder Ergebnissen einzelner Disease-Management-Programme).

Häufig sind weder für die einzelne Krankenkasse, noch für die an der Patientenversorgung Beteiligten sowie für die Patienten relevante Schlussfolgerungen abzuleiten.

Durch eine GKV-intern verbesserte Abstimmung von möglichen Analyseansätzen könnte auch dem wiederholt seitens der GKV beklagten Manko eines vermeintlich unzureichenden sektorübergreifenden Zugangs zu Leistungs- und Versorgungsdaten Rechnung getragen werden.

Ein zentrales Ziel des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ist letztlich ein effizienterer Umgang mit den verfügbaren Ressourcen. Dies sollte angesichts wiederholt steigender Verwaltungs- und Personalkosten auch für die gesetzliche Krankenversicherung gelten. Es ist der Bevölkerung und den Versicherten nur schwer vermittelbar, dass trotz des intensivierten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen weiterhin erhebliche Verwaltungskosten zu verzeichnen sind, die dem eigentlich Ziel einer verbesserten und effizienteren Patientenversorgung indirekt entzogen werden. Alleine in den AOK'n sind aktuell mehr als 56.000 Mitarbeiter beschäftigt.

Darüber hinaus plädiert die Bundesärztekammer für eine hohe Datenqualität anstatt eines Ausbaus einer ungezielten Datenquantität. Der aktuelle Stand der dokumentationsabhängigen Bürokratie und daraus resultierender Mitarbeiterbindung in Klinik und Praxis hat das angemessene Maß längst überschritten. Ziel sollte nicht eine

100prozentige Dokumentation des Leistungsgeschehens gegenüber der GKV sein, sondern klug angelegte, unvoreingenommene Datenerhebungen und Analysen durch institutionsübergreifend agierende Experten.

5. Ist aus Ihrer Sicht der Selektivvertrag im Bereich der Versorgung (z. B. integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung) in der Lage qualitätssteigernd oder kostensenkend zu wirken?

Prinzipiell sind die in Ergänzung zum Kollektivvertrag abgeschlossenen Verträge der Integrierten Versorgung oder der hausarzt-/facharztspezifischen Versorgung geeignet, innovative Versorgungskonzepte zu erproben und bei Erfolg in die Regelversorgung zu überführen. Allerdings zeigt sich, dass sich nicht immer kurzfristig die gewünschte Qualitätssteigerung bzw. Kostenreduktion realisieren lässt. Da sich Schnittmengen mit Belangen der Daseinsvorsorge, insbesondere im ländlichen Raum, ergeben, sollten kontrahierende Krankenkassen eine ausreichende Vertragslaufzeit ermöglichen. In einigen Selektivvertragsangeboten der GKV scheint die Prämisse stärker im Sinne des Marketings (Anwerben neuer Versicherter) oder möglicher kurzfristiger Einsparungen angelegt zu sein. Erfüllen sich die Erwartungen der Krankenkasse nicht, werden die Verträge gekündigt oder aber finanziell und versorgungstechnisch nivelliert.

6. Wie effizient ist der Budgetausgleich zwischen kollektiver Versorgung und selektiven Bereichen organisiert? Besteht hier noch Änderungspotenzial?

Weiteres Änderungspotenzial im Rahmen des Budgetabgleichs und der Budgetbereinigung ist durchaus gegeben. Die notwendigen Adaptierungen sollten allerdings den Vertragspartnern auf Bundes- und Landesebene vorbehalten sein, da diese im Kontext mit den Auswirkungen auf die Versorgung und Finanzierung des Kollektivvertrages zu werten und zu bemessen sind.

7. Welches Wettbewerbspotenzial sehen Sie darüber hinaus in bestehenden und potenziellen Möglichkeiten des selektivvertraglichen Kontrahierens? Welche Änderungen sind hier notwendig um ggfs. das Potenzial weiter auszuschöpfen?

Der gesetzliche Rahmen des SGB V ermöglicht z. B. über die Vorgaben der §§ 140 ff SGB V weitreichende Vertragsmöglichkeiten. Es wäre ebenso im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung als auch im Interesse von Kostenträgern und Leistungsanbietern, wenn die Finanzierungsgrundlagen im ambulanten und stationären Bereich so ausreichend ausgestaltet würden, dass langfristig eine sektorübergreifende Versorgung über Integrationsmodelle ermöglicht werden kann. Davon kann jedoch aktuell keine Rede sein. Alleine im stationären Sektor führt ein von den Ländern verschuldeter Investitionsstau von derzeit 27 Mrd. Euro immer wieder zu Betriebsmittelzweckentfremdungen zur Deckung des investiven Bedarfs. Unter solchen Bedingungen kann auch eine mögliche Erweiterung des

gesetzlichen Wettbewerbsrahmens weder mehr Integrations- bzw. Selektivverträge noch eine medizinische und ökonomische verbesserte Versorgung bewirken.

Finanzierung

8. Welches wettbewerbliche Potenzial sehen sie in den Möglichkeiten zum Angebot von Wahlтарifen? Müsste der gesetzliche Spielraum hier aus Ihrer Sicht verändert/erweitert werden?

Unter Beibehaltung der von Patientinnen und Patienten hochgeschätzten Wahlfreiheit des Arztes können Wahlтарife ergänzende, innovative Optionen ermöglichen. Wesentlich erscheint aus Sicht der Bundesärztekammer, dass die Konditionen dieser Wahlтарife dem Patienten transparent vermittelt werden und sein schriftliches Einverständnis nach einem eingehenden Informationsgespräch vorliegt. Zudem sollten die möglichen Widerrufsoptionen unkompliziert gehalten werden. Das Spektrum der bisher verfügbaren Wahlтарife ist allerdings schon recht umfangreich. Aktuell werden durch die GKV u. a. Wahlтарife für die Integrierte Versorgung, für die variable Kostenerstattung, für Disease-Management-Programme, für spezifische Modellvorhaben, für spezielle Arzneimittel, für Beitragsrückerstattung, für Selbstbehalte sowie Hausarztтарife und für besondere ambulante ärztliche Behandlung angeboten. Innerhalb dieses Spektrums besteht eine ausreichende Variationsmöglichkeit, die sich auch durch einen wachsenden Wettbewerb bemerkbar macht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es wesentlich, dass diese Angebote mehr denn je mit der Regelversorgung und den Anforderungen des ambulanten und stationären Sektors abgeglichen werden. Multimorbide Patienten, die beispielsweise Teilnehmer eines diagnosespezifischen Disease-Management-Programms sind, müssen in Diagnostik und Therapie die Sicherheit haben, dass auch ihre weiteren Diagnosen, Beschwerden und Medikationen jenseits der Anforderungen des Wahlтарifs auf den individuellen Bedarf abgestimmt sind. Diese ärztlich-koordinierende Komponente könnte in Zukunft bei der Ausgestaltung neuer Wahlтарife stärker in den Fokus rücken.

9. Wie schätzen Sie die Effizienz des bestehenden Risikostrukturausgleichs ein? Wo sind Veränderungen am Risikostrukturausgleich nötig, um einen funktionsfähigen Wettbewerb zu ermöglichen?

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Gutachtenergebnisse der letzte Jahre zur Thematik (zuletzt Gutachten im Auftrag der Bayerische Staatsregierung, Fokus Regionalkomponente, Juli 2016) dürfte unstrittig sein, dass der bestehende Risikostrukturausgleich im Sinne eines „lernenden Systems“ weiterer Modifikationen bedarf. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss dies angesichts der erheblichen Umbrüche in der GKV, der schnell sinkenden Zahl von gesetzlichen Krankenversicherungen und des erheblichen Finanzvolumens zeitnah und unabhängig von der Bundestagswahl 2017 eingeleitet werden. Die Einleitung einer Gesamtanalyse des Morbi-RSA als mögliches Thema des nächsten Koalitionsvertrages käme letztlich zu spät. Dieses Anliegen ist längst

Bestandteil und Auftrag des aktuellen Koalitionsvertrages. Das Abwarten von möglichen Ergebnissen eines solchen dann zu vergebenden Gutachtens würde zudem erhebliche Planungsunsicherheiten für alle Beteiligten nach sich ziehen, könnte ggf. die Finanzgrundlage von gesetzlichen Krankenkassen gefährden und die Wettbewerbsaktivitäten lähmen.

Seitens der Bundesärztekammer wird u. a. weiterer Adaptierungsbedarf in Bezug auf eine verbesserte Berücksichtigung einer Regionalkomponente, den weiteren Umgang mit der Erwerbsminderungsrente und die zu berücksichtigenden Diagnosen gesehen. Hier sollte sich der sich abzeichnende Umbruch von einer Akutversorgung zu einem quantitativ stärkeren Anteil an sektorübergreifend zu versorgenden chronisch kranken Patienten widerspiegeln.

10. Wie beurteilen Sie Vorschläge, nach denen die Ärzte den gesetzlich Versicherten nach einem Arztbesuch mitteilen sollen, welche Leistungen für sie abgerechnet wurden (Rechnung beim Arzt)?

Dieser Vorschlag wird seit Jahren wiederholt diskutiert. Festzuhalten bleibt, dass schon seit 2004 ein gesetzlicher Anspruch auf eine sogenannte Patientenquittung besteht. Aus Sicht der Bundesärztekammer sind u. a. in § 305 SGB V umfassende Ansprüche niedergelegt worden.

„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. ...

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten.“

Die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag haben sich wiederholt für Fortschritte im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens (z. B. im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte) eingesetzt. Weitere Schritte in Richtung einer verbesserten Datenhandhabung werden der Thematik Patientenquittung voraussichtlich dienlicher sein als weitere gesetzliche Vorgaben. Allerdings bleibt die Nachfrage des einzelnen Patienten nach einer entsprechenden Quittung weit hinter den öffentlich kommunizierten Erwartungen (bis zu 91 Prozent; Deutschlandtrend Februar 2010) zurück. Wesentliche Wettbewerbsimpulse sind daher in diesem Bereich auch 2016/2017 nicht zu erwarten.

C Fragen zur privaten Krankenversicherung

11. Halten Sie Änderungen hinsichtlich der Regulierung von privaten Krankenversicherungen (bspw. auch hinsichtlich der Prämienkalkulation) für sinnvoll oder gar notwendig? Falls ja, welche Änderungen könnten Ihrer Meinung nach umgesetzt werden?

Nach wie vor gibt es aus Sicht der Bundesärztekammer trotz einiger Fortschritte Handlungsbedarf, die unterschiedlichen Tarif- und Leistungsstrukturen vergleichbar und damit transparent zu gestalten. Die Ermöglichung dieser Vergleichbarkeit wird eine wesentliche Grundlage für die langfristige Akzeptanz der PKV werden. Versicherte aller Altersgruppen müssen klar und deutlich abschätzen können, welche Vor- und Nachteile für sie mit dem jeweiligen Tarifwechsel innerhalb der PKV verbunden sind. Dies gilt auch für die Handhabung und den Umfang der für die Vermittlung einer Versicherung oder Beratung beim Tarifwechsel erzielten Provisionen. Insgesamt sieht die Bundesärztekammer die PKV als verbesserungsbedürftigen, aber unverzichtbaren Bestandteil des Krankenversicherungssystems in Deutschland.

Prämienkalkulation und Alterungsrückstellungen

12. Welche Kriterien spielen eine besondere Rolle bei der Entscheidung, welchen Krankenversicherer ein sich privat Versicherender wählt? Für wie transparent und nachvollziehbar halten Sie die Prämienkalkulation und Prämienanpassung aus Sicht der Versicherten in diesem Kontext?

Nach wie vor wird die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung eher im jüngeren Lebensalter entschieden. Erwartungsgemäß spielt dabei für junge, gesunde Versicherte (wie bei anderen Versicherungstarifen) das Preis-Leistungsverhältnis eine wesentliche Rolle. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Vergleichbarkeit der Tarifstrukturen der unterschiedlichen Anbieter innerhalb der PKV wesentlich. Als weiteres Kriterium steht neben der langfristigen Stabilität des Leistungsumfangs auch der Schutz vor Überforderung durch unangemessen hohe Prämiensteigerungen im Fokus. Der Unterbindung des Angebots von Dumping-Einstiegstarifen kommt dabei eine wesentliche Funktion zu. Üblicherweise zahlen junge, gesunde Versicherte zunächst einen in Relation höheren Beitrag, als nach dem statistischen Risiko für eine Kostendeckung in ihrer Altersgruppe erforderlich wäre. Die damit in jungen Jahren aufgebauten Altersrückstellungen sollten langfristig zum Schutz gegen unangemessen hohe Prämiensteigerungen zum Einsatz kommen. Die Bundesärztekammer hat sich in diesem Kontext wiederholt explizit gegen die Gewährung unangemessen hoher Abschlussprovisionen für Versicherungsmakler durch einzelne PKV-Unternehmen ausgesprochen.

Die Transparenz der Prämienkalkulation und -anpassung ist aus Sicht der Bundesärztekammer ausbaufähig. Allerdings ist dies eine Herausforderung, die bezüglich der Vergleichbarkeit der Versicherungsbedingungen und des Leistungsumfangs sowohl für

die private, als auch für die gesetzliche Krankenversicherung gilt. Auch für die zunehmend durch die Versicherten ergänzend in Anspruch genommenen Zusatzversicherungen sollte ein sachgerechter, neutraler Vergleich über Prämien und Leistungsangebote sichergestellt sein.

13. Wie hoch schätzen Sie den zusätzlichen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern ein, welcher durch die Mitgabe eines Anteils der Alterungsrückstellungen nach aktueller Rechtslage (Übertragungswert) im Fall eines Versicherungsverwechsls erzeugt wird?

Der Bundesärztekammer liegen zu dieser Fragestellung keine detaillierten Auswertungen vor.

14. Wie beurteilen Sie die diskutierte Mitgabe individualisierter bzw. risikobasierter Alterungsrückstellungen im Fall eines Versicherungsverwechsls?

Privatversicherten sollte über einen Ausbau der Transparenz des Angebots der Zugang zu den unterschiedlichen Tarifen sachgerecht und unkompliziert ermöglicht werden. Neben dem unternehmensinternen Angebot unterschiedlicher Tarifwahloptionen stehen die Krankenversicherungsunternehmen naturgemäß untereinander im Wettbewerb. Für den auf Basis eines transparent gestalteten Tarifvergleichs ggf. angestrebten Wechsels eines Versicherten von einem Unternehmen zum anderen sollten die Alterungsrückstellungen PKV-intern zu keinem relevanten Hindernis werden. Entsprechende Optionen der PKV-internen Verrechnung sollten daher ausgebaut und weiterentwickelt werden. § 13 der Kalkulationsverordnung (KaIV) bietet (in Verbindung mit § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) dazu seit dem 1. Januar 2009 eine Grundlage.

Bedingt durch die mit einem Wechsel des Versicherungsunternehmens zu erwartende neue Gesundheitsuntersuchung und den bei (Begleit-)Erkrankungen zu erwartenden Risikoaufschlägen wird die Fragestellung insbesondere für die Altersgruppe gesunder "Unter-45-jähriger " relevant sein. Für eine weitergehende Diskussion wären aus Sicht der Bundesärztekammer detaillierte Zahlen, Daten und Fakten über die Entwicklung der Mitgabe/Mitnahmeentwicklung der Alterungsrückstellungen seit 2009 von Interesse.

Leistungsmarkt

- 15. Bereits seit einigen Jahren wird eine Erneuerung bzw. Anpassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) diskutiert. Jedoch sind die letzten Versuche, eine Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu treffen, gescheitert. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Gebührenordnung für Ärzte wettbewerblicher zu gestalten?**
- 16. Wie könnte eine mögliche Öffnungsklausel aussehen und welche wettbewerblichen Wirkungen könnten durch diese erreicht werden?**
- 17. Wie könnten private Krankenversicherer weiterhin Kosteneinsparungen auf dem Leistungsmarkt und hierdurch Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren Konkurrenten erzielen?**

Vor dem Hintergrund der laufenden Verhandlungen der Bundesärztekammer mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, der PKV und weiterer Partner bitten wir um Verständnis, dass zu diesem Zeitpunkt von einer entsprechenden Einschätzung Abstand genommen wird.

Markteintritt

- 18. Für das Frühjahr 2017 wird der Markteintritt eines neuen Krankenversicherers im Markt der privaten Krankenversicherungen erwartet. Welche Auswirkungen und Entwicklungen erwarten Sie durch den Eintritt des neuen Versicherers auf dem (privaten) Krankenversicherungsmarkt?**

Durch ein weiteres Unternehmen im Bereich der PKV ab dem Jahr 2017 wird mit einer Zunahme des PKV-internen Wettbewerbs z. B. um attraktive Tarife und ein verlässliches, innovatives Leistungsangebot zu rechnen sein. Diese Entwicklung zeigt, dass auch neue Unternehmen sich nach wie vor gute Chancen in diesem Versicherungsbereich versprechen und zu Recht auf eine nachhaltige Koexistenz von PKV und GKV setzen.

Private Zusatzversicherungen

- 19. Wie schätzen Sie die Wettbewerbsentwicklung auf dem Markt für private Zusatzversicherungen ein?**

Die Entwicklung der Zahl der Abschlüsse privater Zusatzversicherungen hat sich mit Bezug auf Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) in den Jahren 2000 bis 2014 auf über 13 Millionen mehr als verdoppelt. Dies zeigt, dass nicht nur das Angebot einer Vollversicherung durch die PKV auf das Interesse der Versicherten stößt.

Aus Sicht der Bundesärztekammer liegen derzeit keine Anzeichen dafür vor, dass der PKV-interne Wettbewerb bei Zusatzversicherungen eingeschränkt wäre. Eher ist zu beobachten, dass sich insbesondere GKV-Versicherte additiven Versicherungsschutz über

Zusatzversicherungsangebote der PKV sichern. Dies spricht für eine erhebliche, faktische Ausdünnung des Leistungsangebots der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Entwicklung bedeutet auch, dass sich Versicherte neben dem Preis vermehrt für den Leistungsumfang und die Leistungsqualität interessieren.

20. Private Zusatzversicherungen werden insbesondere von gesetzlich Versicherten abgeschlossen. Liegen aus Ihrer Sicht hier Wettbewerbsprobleme in Bezug auf Angebote der PKV bzw. GKV vor?

Aus Sicht der Bundesärztekammer liegt das Problem weniger in möglichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen der GKV und der PKV als potentielle Anbieter von Zusatzversicherungen, sondern vielmehr in einer wachsenden Beschränkung des Leistungskatalogs der GKV. Hier dürfte insbesondere den Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine maßgebliche Rolle zukommen. Für gesetzliche Krankenkassen ist es – im Vergleich zu Privatversicherern – dem Versicherten sicherlich schwieriger zu vermitteln, dass für bisher im Leistungskatalog enthaltene, aber nunmehr ausgeschlossene Leistungen eine neue Zusatzpolice durch den Versicherten abgeschlossen und finanziert werden soll.

D Weitere Fragen

Krankenversicherung von Flüchtlingen

21. Wie schätzen Sie die Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt hinsichtlich der aktuellen Entwicklung und Absicherung der Flüchtlinge in (naher) Zukunft ein?

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die laufenden Bemühungen zur umfassenden Integration von Flüchtlingen und Asylbewerbern in die Krankenversicherungssysteme aufgrund der besonderen Herausforderungen und Sensibilität zunächst getrennt von der klassischen Wettbewerbs- und Leistungsdiskussion im Gesundheitswesen erörtert werden. Ausgehend von den durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Zahlen ist bereits für das Jahr 2017 mit gesteigerten Aufwendungen für die GKV zu rechnen. Die mit dem Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) geplante Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einen ersten Anhaltspunkt für den anstehenden Finanzierungsbedarf. Entscheidend werden neben der Zahl der Flüchtlinge und Asylsuchenden auch die Altersstruktur und die damit in der Regel verbundene Morbidität sein. Detaillierte Zahlen, Daten und Fakten dazu liegen der Bundesärztekammer nicht vor, entsprechende Untersuchungen wurden angeregt.

Nach ersten Verlautbarungen der GKV ist ein Großteil der GKV-Zugänge dieser Gruppe der Jahre 2015 und 2016 dem AOK-System zuzuordnen. Damit darf mit Stand September 2016 unterstellt werden, dass die Zahl der derzeit im AOK-System ca. 25 Millionen Versicherten zunächst nochmals zunehmen wird.

22. Welche Auswirkungen hat die zu erwartende Zunahme an Krankenversicherten auf die gesetzliche Krankenversicherung, auf die private Krankenversicherung und auf den Gesundheitsmarkt allgemein?

Bedingt durch die derzeit noch nicht seriös einschätzbare Zahl des weiteren Zugangs von Flüchtlingen und Asylsuchenden in den Jahren 2017, 2018, 2019 und der damit verbundenen Volatilität der Vorhersagen sollte diese Fragestellung jährlich in den gesundheitspolitischen Debatten zur Zukunft der Krankenversicherungssysteme und deren Finanzierung auf Basis themenspezifischer Prognosen des Schätzerkreises Berücksichtigung finden. Für das Jahr 2016 wird eine deutliche Zunahme der Versicherten in der GKV unterstellt. Anzeichen für daraus resultierende, spezifische Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der GKV liegen der Bundesärztekammer derzeit nicht vor.

Digitalisierung im Gesundheitswesen

23. Die Bundesregierung setzt mit dem E-Health-Gesetz und der einhergehenden elektronischen Gesundheitskarte auf eine stärkere Zusammenarbeit bzw. Verbindung der Patienten, Praxen und Kliniken unter anderem durch die Telematikinfrastruktur.

Wie werden die Krankenversicherungen bei der besseren Verbindung mit einbezogen? Welche Informationen werden zukünftig elektronisch an die Krankenkassen weitergeleitet?

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur (TI) haben das Ziel, die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, indem relevante Informationen (bspw. Vorbefunde, Medikation) den weiterbehandelnden Leistungserbringern (Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, etc.) elektronisch zur Verfügung gestellt werden können. Weiteres Ziel ist die Stärkung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, ihre eigenen Daten einsehen zu können. Entsprechende Anwendungen der eGK und der TI stellen der Notfalldatensatz, der Medikationsplan, der elektronische Arztbrief und die elektronische Patientenakte dar. Der Gesetzgeber unterstützt die o. g. Zielsetzung mit der Vorgabe, dass auf diese Anwendungen nur zum Zwecke der Versorgung zugegriffen werden darf. Ein Zugriff aus anderen Motiven oder durch Unbefugte (z. B. Arbeitgeber, Krankenkassen) wird sanktioniert.

Eine Weitergabe von Behandlungsdaten der Patientinnen und Patienten an die gesetzlichen Krankenkassen findet daher nicht statt. Diese Festlegung der Zugriffsrechte auf die Daten der eGK wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind über ihren Spitzenverband Gesellschafter der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik GmbH). Hier sind sie in die Konzeption und Umsetzung des Gesamtprojektes eingebunden. Als weitere Anwendung der eGK verantworten die Krankenkassen das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), mit dem der Anspruch des gesetzlich Versicherten auf Inanspruchnahme von Leistungen geprüft werden kann. Mit Einführung des VSDM kann in Arztpraxen und Krankenhäusern online überprüft werden, ob ein gültiges Versicherungsverhältnis bei einer bestimmten Krankenkasse vorliegt.

Weiterhin werden die Krankenkassen dahingehend eingebunden, dass sie auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben ihren Versicherten gegenüber auskunftspflichtig sind, welche Daten auf der eGK gespeichert wurden. Im Falle der Versichertenstammdaten können Krankenkassen diese Informationen an ihre Versicherten übermitteln, im Falle der – für die Krankenkassen nicht einsehbaren medizinischen Informationen – haben Krankenkassen die Pflicht, ihren Versicherten organisatorische Möglichkeiten zu bieten, damit die Versicherten ihr informationelles Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen können. Eine solche organisatorische Möglichkeit stellt ein sog. Patiententerminal in einer Arztpraxis, Apotheke oder Krankenhaus dar, mit Hilfe dessen der Versicherte seine Daten auf der eGK einsehen kann.

Der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. hat seine Beteiligung in der gematik GmbH im Jahr 2009 aufgegeben. Die getroffenen Aussagen treffen auf privat Versicherte bzw. deren Versicherungen nicht zu.

24. Eine weitere digitale Entwicklung ergibt sich durch Angebote von sogenannten digitalen Arztprechstunden, bei denen Patienten per Telefon oder App bzw. Website mit einem Arzt Kontakt aufnehmen können (bspw. „Teleclinic“ oder das geplante „Doc Sofort“). In der Schweiz ist die digitale Sprechstunde bereits insofern anerkannt, dass über die telemedizinische Beratung Behandlungspläne verlängert/angepasst und Medikamente bestellt werden können. In Deutschland ist dies im Wesentlichen durch das Fernbehandlungsverbot ausgeschlossen. Welche Vor- oder Nachteile birgt das Fernbehandlungsverbot? Könnten Sie sich auch in Deutschland eine (umfangreichere) telemedizinische Beratung vorstellen?

In Deutschland existiert kein Fernbehandlungsverbot. Durch die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte ist lediglich die ausschließliche Fernbehandlung über Kommunikationsmedien untersagt. In diesem Falle fände eine abschließende Behandlung des Patienten statt, ohne dass der behandelnde Arzt jemals einen unmittelbar physischen Kontakt zu dem Patienten hatte. Diese Regelung dient sowohl der Gewährleistung der Behandlungsqualität als auch dem Schutz der Patientensicherheit.

Eine Vielzahl telemedizinischer Projekte (wie das Telemonitoring) haben sich in Deutschland auf Grundlage der berufsrechtlichen Regelungen bereits etabliert. Ist der Patient mit seinem konkreten Behandlungsfall dem Arzt bekannt und hat in diesem Rahmen ein physischer Kontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden, ist eine Weiterbehandlung mittels telemedizinischer Verfahren möglich. Die Bundesärztekammer hat im Dezember 2015 Hinweise und Erläuterungen zur Fernbehandlung veröffentlicht, um darzulegen, welche Formen der Fernbehandlung auf Grundlage der bestehenden Berufsordnung zulässig sind.

(http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf)

Angesichts fortschreitender Digitalisierung und zunehmender technischer Kommunikations- und Übertragungsmöglichkeiten stellt sich die Ärzteschaft jedoch auch die Frage, ob die o. g. berufsrechtliche Grenze des Verbots einer ausschließlichen Fernbehandlung überprüft werden sollte. Aus diesem Grund hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg eine „Modell-Klausel“ in ihre Berufsordnung aufgenommen. Dabei wurde die bestehende Regelung des § 7 Absatz 4 der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte

"Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt."

um einen Satz 3 ergänzt:

„Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren.“

Die seitens der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 23.07.2016 beschlossene Änderung wurde von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt.

Auf dieser Grundlage ist die Erprobung von Versorgungskonzepten, wie sie bspw. in der Schweiz verbreitet sind, möglich, um deren Potenziale, Risiken und Grenzen im Rahmen einer Evaluation zu bewerten.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist dies ein geeignetes Vorgehen, um Vorgaben der Berufsordnung vor dem Hintergrund neuer Behandlungsmöglichkeiten mittels digitalen Fortschritts auf den Prüfstand zu stellen. Insofern besteht aus Sicht der Bundesärztekammer kein weiterer Deregulierungsbedarf.

25. Wo sehen Sie weiterhin wettbewerbspolitischen Handlungsbedarf?

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur stellt nur eine der Facetten der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens dar. Sogenannte Gesundheits-Apps und die Möglichkeit der Auswertung enormer Datenmengen zur Versorgung bzw. Versorgungssteuerung (Big Data in der Medizin) entwickeln sich zunehmend. Unzureichend geklärt sind die regulatorischen Rahmenbedingungen unter denen diese digitalen Angebote entwickelt und angewendet werden können, z. B.:

- der Zugang zum ersten Gesundheitsmarkt,
- grundlegende Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit und des informationellen Selbstbestimmungsrechtes der Patienten

sowie

- offene Fragen der Bewertung des Nutzens und der Sicherheit der Anwendungen.

Auch ethische Fragen sind ungeklärt. Es stellt sich beispielsweise die Frage, wie mit dem „Recht auf Nichtwissen“ umzugehen ist, wenn „Big Data-Auswertungen“ Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand (z. B. Vererbung von Krankheiten) Einzelner ermöglichen können.

Darüber hinaus hat aus Sicht der Bundesärztekammer bisher kein hinreichender gesellschaftlicher Diskurs dazu stattgefunden, wie und in welchem Umfang personenbezogene Daten in einem digitalen Kontext zur Versorgung eines Patienten verwendet werden sollen und dürfen. Einem Wettbewerbsmodell sollten stets ein solcher Diskurs und ein entsprechender Konsens vorausgehen.

Ein Wettbewerbsmodell, das die Offenbarung medizinischer Daten eines Patienten belohnen würde, z. B. durch Prämienvergünstigungen des Versicherers, wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Die Gesundheit von Patienten ist keine Ware. Das Wettbewerbsrecht sollte daher nur insoweit Anreize setzen, um die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es darf daher kein Ziel sein, über unlautere wettbewerbsrechtliche Anreize möglichst viele, junge und gesunde Versicherte zu Mitgliedern der eigenen Krankenkasse zu machen. Neue digitale Möglichkeiten dürfen nicht als Instrument für eine Risikoselektion verwendet werden.

Ein völlig freier Wettbewerb kann daher nicht – oder nur begrenzt – zu guten Lösungen führen. Hier existiert Handlungsbedarf des Gesetzgebers, um den Beteiligten klare Spielregeln vorzugeben.

Weiterer Handlungsbedarf (allgemein):

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte im Rahmen der laufenden Wettbewerbsdebatte der gesetzlichen Krankenversicherungen deutlich intensiver über aktive Schutzmaßnahmen gegen die fragwürdigen Beratungs- und Dienstleistungsaktivitäten einzelner Anbieter im Rahmen der dokumentarischen „Morbiditysteigerung“ diskutiert werden. Nach aktuellen Schätzungen entsteht alleine durch die Aufwendungen der Versicherungen für Maßnahmen, um ihre Patienten möglichst krank erscheinen zu lassen ein jährlicher Finanzschaden von bis zu 1 Milliarde Euro (siehe „Kranker Anreiz“, Welt am Sonntag, 18.09.2016)

Diese Ressourcen werden der Patientenversorgung entzogen. Gleichzeitig führt dieser aktive Fehlanreiz in Ermangelung einer funktionsfähigen Schutzsystematik dazu, dass einigen Versicherten in Zukunft der Zugang zu dringend gewünschten Versicherungsangeboten wie Berufsunfähigkeitsversicherungen (z. B. als Voraussetzung für Selbstständigkeit) und verschiedene Zusatzpolicen nur noch unter erschwerten Bedingungen zugänglich sein werden.