

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA)

Hier:

Anhörung des Bundesversicherungsamtes zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren gemäß § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2017

0. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die strukturierte und fokussierte Vorgehensweise des BVA bei der sukzessiven Abarbeitung der Vorschlagsliste sowie die weiteren Verbesserungen bei der Darstellung der Berechnungsergebnisse.

A. Allgemeine Anmerkungen zum RSA-Verfahren

Gutachten zur Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im RSA

Es liegt ein veröffentlichtes Gutachten des IGES-Instituts und von Prof. Dr. Glaeske vor, das einen Verzicht auf die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im RSA empfiehlt. Dort wird ausgeführt, dass die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überflüssig geworden ist und im Grunde nur als Relikt des Vorgängerverfahrens Eingang in den aktuellen RSA gefunden hat. Auch empirische Argumente sprechen für einen Verzicht auf das Merkmal. Die Betriebskrankenkassen fordern das BVA bzw. den wissenschaftlichen Beirat beim BVA daher auf, einen Verzicht auf den Erwerbsminderungsstatus im RSA zu prüfen.

Abhängigkeit von Krankheitsauswahl und Klassifikation

Die Betriebskrankenkassen weisen erneut auf die nicht auflösenden Wechselwirkungen und Abhängigkeiten zwischen Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell hin. Eine getrennte Festlegung, wie seit Einführung des RSA durch das Bundesversicherungsamt (BVA) praktiziert, wird dieser Situation nicht gerecht. Das BKK System spricht sich deshalb grundsätzlich für eine Zusammenführung beider Prozesse aus

Evaluation des RSA

Das BKK System erneuert seine Aufforderung zu einer begleitenden intensiven gutachterlichen Prüfung des RSA. Bisher gab es nur eine umfassende Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA, diese bezog sich auf das Ausgleichsjahr 2009. Seither sind eine Fülle von Änderungen am Verfahren vorgenommen worden, die einer Bewertung ihrer Wirkungen bedürfen. Aus Sicht

des BKK-Systems wäre eine regelmäßige Evaluation des RSA auf breiter gutachterlicher Basis sinnvoll.

B. Anmerkungen zum Vorschlagsverfahren

Die zur besseren Übersicht auf Seite 217 vorgenommene Auflistung der bearbeiteten Vorschläge des GKV-SV der Jahre 2016 und 2017 wird von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist anzumerken, dass nicht alle dort aufgelisteten vom BVA und/oder des wissenschaftlichen Beirats bearbeitet, beziehungsweise einer Bewertung unterzogen wurden. Teilweise wurde zu Vorschlägen zwar etwas ausgeführt, doch nur, dass diese im nächsten Anpassungsprozess bewertet würden. Damit sind diese nach Meinung des BKK-Systems als unerledigt zu betrachten und auch weiterhin in der Liste aufzuführen.

Da die Liste der Jahre 2016 und auch 2017 sicherlich bei einem fakultativen Vorschlagsverfahren für das Jahr 2018 genutzt und weiterverfolgt wird, schlagen die Betriebskrankenkassen folgendes gegenüber dem GKV-SV beziehungsweise dem BVA vor:

1. Die Vorschläge sollten vom GKV-SV in einer Liste zusammengeführt werden, indem das Vorschlagsjahr als weitere Spalte aufgenommen wird. Damit wäre ein Kontinuität gewahrt und für Vorschläge in einzelnen Hierarchien auch eine bessere Übersicht gewährleistet. Sofern zu dieser Hierarchie neue Vorschläge aufgeführt werden, könnte diese dort entsprechend eingruppiert werden. Dies hätte auch den Vorteil, das im Jahr 2018, da ja nicht alle Vorschläge abgearbeitet sind, drei Listen aufgeführt werden müssen, was die Lesbarkeit und auch Nachvollziehbarkeit erschweren würde.
2. Die so angepasste Liste sollte dann verkürzt am Ende vom BVA dargestellt werden. Dort könnte dann kurz der Vorschlag aufgelistet und eine kurze Entscheidung des BVA eingetragen werden. Auch der Hinweis, dass das BVA diesen Vorschlag auf einen späteren Zeitpunkt verschoben hat, wäre möglich.
3. Für Vorschläge in Hierarchien, die aufgrund einer neuen Krankheitsauswahl aus dem Klassifikationsmodell herausfallen, sollte eine Kennzeichnung „nicht relevant“ erfolgen. Dies aus dem Grund, da bei einer Wiederaufnahme der Krankheit der Vorschlag entsprechend wieder relevant und damit auch theoretisch wieder geprüft werden könnte.

Zudem weist das BKK-System darauf hin, dass die Wahl der Überschrift „unterstützt durch“ einen falschen Eindruck vermitteln kann, dass ein System oder auch Kasse den Vorschlag befürwortet. Dieses ist in der Ursprungsmittelung und ohne weitere Kommentierung irreführend. Grundsätzlich wird mit der Un-

terstützung nur signalisiert, dass einer Prüfung des Vorschlages zugestimmt wird.

Zur grundsätzlichen Gestaltung der Vorschlagsliste:

Als Anregung schlägt das BKK System vor, bei der konsolidierten Vorschlagsliste neben den Spalten „Wir unterstützen die Prüfung des Vorschlags durch den Wissenschaftlichen Beirat“ und „Wir lehnen eine Prüfung des Vorschlags durch den wissenschaftlichen Beirat ab“ eine weitere Spalte einzufügen, die zunächst lediglich eine „Klärung zur Entscheidung notwendig“ zulässt. Im engen zeitlichen Rahmen ist eine umfassende medizinische, pharmakologische und analytische Bewertung aller Vorschläge auf der Basis von GKV-Daten nicht leistbar. Deshalb ist es für die betroffenen Organisationen unmöglich die Vorschläge abschließend sachlich im Hinblick auf „Unterstützung“ oder „Ablehnung“ einzuordnen.

C. Anmerkung zum Stellungnahmeverfahren:

Die Referenzlisten zur Arzneimittelzuordnung im Festlegungsentwurf enthielten Fehler, die erst am Mittwoch, den 20.07.2016 durch das BVA korrigiert wurden. Dies hatte zur Folge, dass eigene Berechnungen und darauf aufbauende Bewertungen revidiert werden mussten. Innerhalb der ohnehin schon knappen Frist zur Stellungnahme verkürzte sich so die zur Verfügung stehende Zeit zur Bewertung des Festlegungsentwurfs weiter. Aus diesem Grund hätten die Betriebskrankenkassen eine Fristverlängerung zur Abgabe der Stellungnahme begrüßt.

D. Anmerkungen zur Methodik

Zu 3.2.3 Verwendung der 30%-Stichprobe und Vollerhebung

Das Verfahren zur Festlegung des Klassifikationsmodells ist in den vergangenen Jahren transparenter geworden. Dies begrüßt das BKK System ausdrücklich. Insbesondere trägt die konsequente Mitteilung von Standardfehlern und Gütemassen in den einzelnen Analyseschritten zum Verständnis von Modelländerungen und zur einfacheren Bewertung bei. Daneben wäre es hilfreich, einleitend zu den einzelnen Analyseschritten eine kurze Begründung anzuführen, wenn im Einzelfall von der 30% Stichprobe abgewichen wurde.

Bereits im letzten Jahr hatten die Betriebskrankenkassen vorgeschlagen, eine einheitliche Methodik (Stichprobe oder Vollerhebung) für alle Analysen zu wählen. Dies aus dem Grund, um so die methodische Konsistenz der Analysen zu stärken und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Bei der Verwendung einer Stichprobe, sollten vor Ziehung der Stichprobe in Abstimmung mit dem GKV-SV Kriterien für deren Repräsentativität definiert werden, ihre Einhaltung nach Ziehung der Stichprobe geprüft und die Ergebnisse bekanntgegeben werden. Zudem sollte bei Anwendung einer Stichprobe der GKV-

Spitzenverband in die Lage versetzt werden, die Stichprobe nachzubilden und so die Berechnungen des BVA nachvollziehen zu können.

Das BVA hat in der letztendlichen Festlegung des Jahres 2016 darauf hingewiesen, dass es sich um eine einfache, nicht stratifizierte Zufallsstichprobe von 30% der Versicherten handelt, die aus der Grundgesamtheit der Vollerhebung gezogen wurde. Es führte weiter aus, dass die im Anhörungsverfahren kommentierten Unterschiede im Bestimmtheitsmaß zwischen Stichprobe und Vollerhebung auf eine unterschiedliche Präsenz starker Kostenausreißer zurückzuführen sein dürften. Das BVA selbst sieht in einer etwaigen Unterrepräsentierung von Kostenausreißern in der Stichprobe allerdings kein Problem, da dies eher für die Güte der Stichprobe spräche. Die verwendete Stichprobe wurde vor ihrer Verwendung in Bezug auf die Verteilung wesentlicher Merkmale (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung, Kostenerstattung, HMG etc.) auf ihre Repräsentativität geprüft.

Darüber hinaus verwies das BVA auf seine Erläuterungen zum Festlegungsentwurf des Jahres 2016 und auf die Tatsache, dass die Konsistenz des so entwickelten endgültigen Modells dann am Ende eines jeden Kapitels noch einmal auf der Grundlage der Vollerhebung geprüft wird.

Eine Antwort auf die Frage der Betriebskrankenkassen, wann eine Instabilität der Schätzer zu sehen ist, beziehungsweise nach welchen definierten Kriterien ein Ausweichen auf die Vollerhebung nötig erscheint, ist nach wie vor nicht ersichtlich. Ein Verweis auf die allgemeinen Formulierungen ist hier nach Meinung der Betriebskrankenkassen nach wie vor nicht ausreichend.

Im letzten Jahr stieg das R^2 um 2,0 Prozent von der Vollerhebung zur Stichprobe. Dieses Jahr liegt der Anstieg bei 0,46 Prozent. Darüber hinaus wäre bei einer Berücksichtigung des Vorschlages, einer zweiten Stelle in diesem Verfahren die Möglichkeit zu geben, die umfassenden Berechnungen der Modelle im Zweifel auf Basis der so einheitlichen Stichprobe besser nachzuvollziehen zu können. Dies würde zur Transparenz des Verfahrens beitragen.

Die Betriebskrankenkassen können grundsätzlich nachvollziehen und begrüßen dies auch ausdrücklich, dass die mit der Stichprobe berechneten favorisierten Modelle auf Basis der Vollerhebung erneut berechnet werden. Es ist damit natürlich auch für den GKV-Spitzenverband möglich, die Berechnungen auf Basis der ihm vorliegenden und mit dem BVA im Rahmen des normalen Berechnungs- und Meldeverfahren abgestimmten Daten nachzuvollziehen.

Dennoch entstehen bei der Durchsicht des Festlegungsentwurfs Fragen bezüglich der Stichprobe und auch der Berechnungen, die ad hoc nicht zu beantworten sind und Fehler vermuten lassen. So verändern sich zum Beispiel in der Untersuchung der Hierarchie 2 in der Tabelle 16 auf Seite 70 die HMG 261 und 262 weder in der Zuordnung, in der Stellung im Hierarchiebaum, den Versicherungszahlen und der Standardabweichung. Dennoch sind die Jahreswerte, wenn

auch im Cent-Bereich, unterschiedlich. Auch in der Tabelle 15 fällt auf, dass die höchste HMG Unterschiede im Jahreswert aufweist. Dies ist ad hoc und ohne weitere Ausführungen nicht erklärbar.

Die Betriebskrankenkassen würden es aus dieser Sicht nach wie vor begrüßen, eine Umsetzung des oben genannten Vorschlags in Erwägung zu ziehen.

Zur Darstellung der Modellrechnungen:

Die Darstellung der Standardabweichung in den Modellberechnungen begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich. Darüber hinaus schlagen die Betriebskrankenkassen vor, rein aus besserer Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit, wenn der Begriff „Modell“ für wirkliche Veränderungen in dem Modell genutzt wird und Vergleiche zwischen der 30-Prozent Stichprobe und der Vollerhebung unter dem gleichen Modell aufgeführt werden.

Darüber hinaus sollte, sofern in einer Analyse eines Modells aus etwaigen Gründen die Vollerhebung genutzt wird, die anderen zu prüfenden Modelle auch auf Basis der Vollerhebung berechnet werden. Auch in der Darstellung sollten nach Möglichkeit nur gleiche Datenbasen miteinander verglichen werden. In der Analyse der Hierarchie 2 Neubildungen (S. 64 ff. im Entwurf) ist dies teilweise unterblieben, was eine Bewertung erschwert.

E. Anmerkungen zum hierarchieübergreifenden Anpassungsbedarf

Zu 6 Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung

Das BKK System begrüßt es, dass das BVA und der Wissenschaftliche Beirat die Austauschfähigkeit von Arzneimitteln nach § 129 Abs. 1 SGB V im aktuellen Festlegungsverfahren aufgegriffen und die Relevanz der bereits eingebrachten Hinweise gesehen haben. Es ist verständlich, dass eine systematische Prüfung aller ca. 5.000 Fälle mit einer notwendigen medizinisch- inhaltlichen Einzelbewertung durch das BVA bei gegebenen Ressourcen nur schwerlich zu leisten ist. Die Vermutung, dass es sich bei den vorzunehmenden Anpassungen um Einzelfälle handelt, können wir auf Basis der bisher vorliegenden Erkenntnisse nicht bestätigen aber auch nicht widerlegen. Wir sehen, bestärkt durch das Beispiel „Methotrexat“, die Relevanz und Notwendigkeit, alle verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen von BVA, GKV- SV und Krankenkassen zu bündeln und zu strukturieren, um dieses Themengebiet weiter zu erschließen und möglichst vollständige Arzneimittelzuordnungen zu erreichen.

Der Wirkstoff Duloxetin wird als Antidepressivum und zur Behandlung von Inkontinenz eingesetzt. Für die Wirkstärken 20mg und 40mg ist dem Wirkstoff der ATC-Code G04BX18 (Urologikum) zugeordnet, für Wirkstärken 30mg und 60mg gilt der ATC-Code N06AX21 (Antidepressivum). Da in der Praxis Ärzte die Wirkstärke patientenindividuell festlegen, kann es durchaus vorkommen, dass psychisch kranke Patienten Arzneimittel erhalten, die aufgrund ihrer Wirkstärke

dem ATC-Code G04BX18 zugeordnet sind. Dies betrifft die PZN 10953936, 10953959, 10953965 und 10953971. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor den ATC- Code G04BX18 den DXG 263 Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen, DXG 843 Sonstige manische und bipolare affektive Störungen und DXG 907 Chronischer Schmerz mit Dauermedikation zuzuordnen.

Zu 7. Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka

Das BKK-System hatte sich gegen eine Ausweitung der Berücksichtigung der genannten Arzneimittel als Aufgreifkriterien ausgesprochen. Dass das BVA an dieser Stelle keine Ausweitung vorgenommen hat, wird daher ausdrücklich begrüßt.

Arzneimitteldifferenzierung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich das Angebot des wissenschaftlichen Beirats, im Bereich der Arzneimitteldifferenzierung einen vertieften fachlichen Austausch mit dem GKV-SV durchzuführen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass eine Bewertung bereits definierter ATC-Codes in ein Klassifikationsmodell, wie aktuell zur Identifizierung von Versicherten mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (ATC B02AB02), mit dem Hinweis, dass hierfür keine Daten vorliegen, abgelehnt wird.

Gerade im letztgenannten Fall muss nach Meinung des BKK-Systems eine Diskussion erfolgen, da es rein sachlich unlogisch ist, ICD-Codes, die in den zur Bewertung des kommenden Klassifikationsmodells genutzten Daten nicht vorhanden sind, in die Klassifikation einzubinden und bereits definierte ATC-Codes nicht.

Allerdings sehen die Betriebskrankenkassen auch, dass ein solcher Austausch nur dann sinnvoll durchgeführt werden kann, wenn eine einheitliche Meinung innerhalb der GKV besteht oder aber die in der Vergangenheit bereits konträr geführten Diskussionen in diesem Thema in den Austausch einfließen. Dies könnte entweder dadurch erreicht werden, dass weitere Personen von Krankenkassen und/oder Verbänden in diesen Austausch einbezogen werden oder aber dass die Fragen durch den Beirat in die GKV transportiert und dort intern diskutiert und abgestimmt werden.

Hierzu sei auch nochmals auf die in der GKV abgestimmte Kommentierung des GKV-SV zum Klassifikationsmodell des Jahres 2014 zu diesem Thema verwiesen.

Zu 8.2 Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

Die Betriebskrankenkassen hatten für eine Anpassung des M2Q-Kriteriums und eine Herabsetzung der erforderlichen Behandlungstage auf 0 plädiert. Auch der GKV-Spitzenverband hatte in ganz ähnlicher Weise eine Herabsetzung der er-

forderlichen Behandlungstage auf 1 vorgeschlagen. Das BVA hat u.a. den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes empirisch geprüft, was die Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßen. Das BVA hat dabei festgestellt, dass das R-Quadrat der Regression im Bereich der dritten Nachkommastelle sinkt und aus diesem Grund entschieden, das M2Q-Kriterium unverändert beizubehalten. Diese Entscheidung bedauern wir. Erstens erscheint uns keineswegs als sicher, dass die minimale Verschlechterung des R-Quadrats nicht auf einen Stichprobeneffekt zurückzuführen ist. Vgl. dazu auch die Ausführungen zur 30-Prozent-Stichprobe. Zweitens weisen wir darauf hin, dass die Validierung einer Diagnose durch eine Arzneimittelverordnung der Validierung durch eine zweite ambulante Diagnose aus einem anderen Quartal vorzuziehen ist. Nicht zuletzt aufgrund ihrer direkten Finanzwirkung gelten Arzneimittelverordnungen als manipulationsresistenter Indikator und werden entsprechend bereits im Klassifikationsmodell eingesetzt. Deshalb sollte der Steigerung der Manipulationsresistenz, wie unter 13.6 bei der Einführung einer „Leberdominanz“, mehr Gewicht beigemessen werden als der äußerst geringfügigen und evtl. zufällig verursachten Verschlechterung der statistischen Kennzahlen.

Zu 8.3 Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp

Die Betriebskrankenkassen hatten eine Prüfung von Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach HMGs "mit Dauermedikation", "Bedarfsmedikation/ abgesenkte BT" und "ohne Dauermedikation" (analog Hämophilie) zwecks Angleichung der Krankheitsauswahl an das Regelwerk der Klassifikation sowie Berücksichtigung einer alters- und krankheitsspezifischen Arzneimittel-dosierung angeregt.

Dieser weitgefasste Vorschlag bezog sich auf eine Analyse möglicher Erkrankungen, bei denen die Arzneimittel eine entsprechende tragende Rolle, wie zum Beispiel im Bereich der Bluter, bei der Behandlung spielen könnten. Auch vor dem Hintergrund der austauschfähigen Arzneimittel (vgl. Punkt 6) können die Betriebskrankenkassen die Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats und dem BVA nachvollziehen, diesen Bereich ohne konkreten Vorschlag nicht weiter zu prüfen.

Die Betriebskrankenkassen beabsichtigen deshalb, etwaige ausgewählte Vorschläge, wo es unter dem medizinischen Gesichtspunkt Sinn ergibt, eine entsprechende Anpassung zu prüfen, in ein späteres Klassifikationsverfahren einzubringen.

Bezüglich der Ausführungen auf die Krankheitsauswahl bei diesem Vorschlag sei der Hinweis erlaubt, dass nach Meinung der Betriebskrankenkassen in jungen Jahren die medizinische Behandlung von Krankheiten oftmals grundlegend von denen eines Erwachsenen unterscheidet.

Kommt dann noch der gegenteilige Effekt hinzu, dass die Folgekosten der Erkrankung in jüngeren Jahren über dem Kriterium „kostenintensiv“ liegen, aber in

älteren Jahrgängen sich dieser Grenze nähert, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Krankheit nicht im Klassifikationsmodell zu finden ist. Dies aus dem Grund, da dann die Kosten entsprechend verwässert werden. Hierzu sei nochmals auf die Ausführungen der Betriebskrankenkassen verwiesen, dass die Trennung der Krankheitsauswahl und des Klassifikationsmodells kritisch gesehen wird.

F: Anmerkungen zur Anpassung der Hierarchien

Zu Hierarchie 3: Diabetes, Kinder mit Diabetes Typ 1 – Altersgrenze

Die Betriebskrankenkassen hatten sich für eine Anhebung der Altersgrenze für eine DDD-Zuordnung von 11 auf 15 Jahre ausgesprochen. Das BVA belässt die Altersgrenze im Festlegungsentwurf bei 11 Jahren. Dies wird aus unserer Sicht der realen Versorgungssituation nicht gerecht.

Zu Hierarchie 3: Diabetes, Ketoazidose bei Diabetes Typ 1 – Aufgreifkriterium „stationär“

Die Betriebskrankenkassen hatten sich gegen einen Verzicht auf das Aufgreifkriterium „stationär“ ausgesprochen, da wir eine hohe Manipulationsanfälligkeit die Diagnose „Ketoazidose“ sehen. Auch hatten wir die Gefahr erhöhter Intransparenz und vermehrter Komplexität gesehen, insbesondere nach entsprechender Anpassung bei Diabetes Typ 2. Das BVA hat sich im Festlegungsentwurf gegen eine Änderung und für den Beibehalt der Altregelung ausgesprochen. Diese Entscheidung wird von Seiten des BKK-Systems daher begrüßt.

Zu Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen, Wirkstoff: Elosulfase alfa

Die Betriebskrankenkassen hatten vorgeschlagen, den Wirkstoffs Elosulfase alpha noch vor dem AJ 2018 als Aufgreifkriterium zuzulassen. Das BVA lehnte dies ab, mit der Begründung, dass erst im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2018 eine empirische Bewertung möglich sei. Die Betriebskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass eine empirische Analyse erfolgen sollte, sobald dies möglich ist. Bis dahin sprechen aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch die genannten medizinischen Argumente für eine Berücksichtigung bereits im Ausgleichsjahr 2017.

Zu Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen

Für das Medikament Zinbryta (Hersteller Biogen) mit dem Wirkstoff Daclizumab wird die Zulassung in Deutschland noch für dieses Jahr erwartet. Das Medikament wird voraussichtlich als Basistherapeutikum zur Behandlung der Multiplen Sklerose eingesetzt werden. Der dazugehörige ATC-Code L04AC01 steht für Interleukin –Inhibitoren und ist der DXG 846 (= Multiple Sklerose mit Dauermedikation) bislang nicht zugeordnet. Wir sind uns bewusst, dass das BVA erst nach der Zulassung eines Arzneimittels Anpassungen in den Arzneimittelzuordnungstabellen des Klassifikationsmodells vornehmen kann, möchten aber bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf das Arzneimittel hinweisen.

Für weitere Informationen:

Dr. Wolfgang König, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 701

Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel. 0511 - 3 48 44 226