

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 2016 (AJ 2016)

0. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es ausdrücklich, dass das BVA den Entwurf für das Ausgleichsverfahren 2016 sehr frühzeitig zur Verfügung gestellt hat und damit einhergehend den betroffenen Organisationen einen längeren Zeitraum zur Bewertung und Stellungnahme einräumt.

A. Allgemeine Anmerkungen zum Verfahren

Das BKK System betrachtet die Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Kontext größerer, methodisch erforderlicher Anpassungen des RSA. Vor diesem Hintergrund sind die hier vorliegenden Positionierungen der Betriebskrankenkassen zu den Analysen und Bewertungen des BVA zur Festlegung des neuesten Klassifikationsmodells zu verstehen. Die Betriebskrankenkassen fordern weitergehende Reformen teils schon seit Jahren. Um den angesprochenen Kontext in dieser Stellungnahme herzustellen ohne sie jedoch zu überfrachten, werden die zentralen Punkte nachfolgend kurz angesprochen. Für die Details verweisen wir auf unsere letzten Stellungnahmen.

Abhängigkeit von Krankheitsauswahl und Klassifikation

Die Betriebskrankenkassen weisen erneut auf die nicht aufzulösenden 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.

Grundlohnkomponente im Ausgleich der Krankengeldleistungen

Das Krankengeld stellt im Gegensatz zu den anderen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA eine Lohnersatzleistung dar. Die Bemessung der Leistungshöhe ist unmittelbar an den Grundlohn der anspruchsberechtigten GKV-Mitglieder geknüpft. Dies wird im RSA derzeit nicht ausreichend berücksichtigt. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich daher für eine Verbesserung der Zielgenauigkeit der RSA Zuweisungen im Bereich Krankengeld durch die Einführung einer Grundlohnkomponente seitens des Gesetzgebers aus.

Einführung eines Risikopools

Das BKK System spricht sich für die Einführung eines Risikopools aus. Die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener hat bestehende Verzerrungen nur unzureichend gemindert, teils aber überkompensiert oder sogar neue Verzerrungen in der Zuweisungsverteilung erzeugt. Ein Risikopool kann dies nach Ansicht des BKK Systems abfedern, indem Versicherte mit seltenem, sehr teurem Krankheitsbild gezielt aus der MRSA-Systematik herausgelöst und gesondert ausgeglichen werden.

Berücksichtigung der Leistungsausgaben verstorbener Versicherter

Die Annualisierung der Leistungsausgaben führt bei der Gruppe der Verstorbenen zu einer Überkompensation, mit anderen Worten die annualisierten Leistungsausgaben liegen im Schnitt deutlich über den Ausgaben, die am Ende des Jahres verstorbene Versicherte aufweisen. Dies hat unter anderem das Landessozialgericht NRW in seinem Urteil vom 04. Juli 2013 festgestellt. Deshalb ist es sachgemäß, dass die hochgerechneten Ausgaben Verstorbener ein geringeres WLS-Gewicht erhalten, als die der durchgängig Versicherten. Interne Analysen des BKK Systems legen nahe, dass durch eine stärkere Berücksichtigung des Hochrechnungszeitraums zielgenauere Ergebnisse erreicht werden können. Das Quadrieren der in den Vorjahren verwandten WLS-Gewichte ist hierbei eine einfache und praktikable Umsetzung und wird daher als Verbesserungsvorschlag eingebracht. Gleichwohl weisen wir daraufhin, dass es Betriebskrankenkassen gibt, die mit Hinweis auf ihre Morbiditätsstruktur den Sachverhalt anders einordnen.

Evaluation des RSA

Das BKK System hält eine erneute intensive Überprüfung des RSA für erforderlich. Die letzte umfassende Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA bezog sich auf das Ausgleichsjahr 2009. Seither sind eine Fülle von Änderungen am Verfahren vorgenommen worden, die einer Bewertung ihrer Wirkungen bedürfen. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die jährliche Weiterentwicklung des RSA durchgeführt wird, um notwendige und relevante Anpassungen zeitnah im Verfahren zu berücksichtigen.

Mit Rücksicht auf die vom BVA angesprochenen knappen Ressourcen der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats plädieren wir für eine regelmäßige Evaluation des RSA unter Beteiligung von Wissenschaftlern auch außerhalb des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA. Dies hat den weiteren Vorteil dass die wissenschaftliche Diskussion um zusätzliche Aspekte und Sichtweisen bereichert wird.

B. Anmerkungen zum geänderten Vorschlagsverfahren

Zu I.2.1 (Erläuterung) „Änderung des Vorschlagsverfahrens und künftiges Vorgehen“

Kriterien zur Auswahl der Vorschläge

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist nach wie vor nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien das BVA die zu untersuchenden Vorschläge auswählt und priorisiert. Auf Seite 15 in Anlage 04 wird lediglich ausgeführt, dass Vorschläge, die in diesem Zyklus nicht überprüft worden sind, das BVA **gegebenenfalls** zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgreifen wird. Vor dem Hintergrund, dass im vergangenen Jahr erstmals Ge-

richtsurteile rückwirkend die Festlegungen des BVA aufgehoben haben, ist dieses Vorgehen weiterhin nicht zufriedenstellend.

Aus diesem Grund ist die Entscheidung des BVA, dieses Jahr fast ausschließlich Themen, die als Folge der geänderten Krankheitsauswahl entstanden sind zu analysieren, zwar verständlich aber nicht nachvollziehbar. Zumindest eine Bewertung aller vorgeschlagenen Themen im Hinblick auf mögliche rechtliche Konsequenzen wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwingend notwendig gewesen.

Für die Betriebskrankenkassen ergibt sich aus den gesetzten Schwerpunkten der Eindruck, dass aus Sicht des BVA eine detaillierte Aufsplittung der Versicherten in Morbiditätsgruppen pauschal zu einer stärkeren Verbesserung führt als etwaige Veränderungen am Modell. Dies ist, unter anderem anhand der minimalen Veränderungen der statistischen Gütemaße für die Betriebskrankenkassen nicht nachvollziehbar. Deshalb bekräftigen wir unsere Forderung aus den Vorjahren nach einem transparenten und nachvollziehbaren Auswahlprozess.

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. Anmerkungen zu einzelnen methodischen und verfahrensbezogenen Regelungen

Zu I.3.2.3 (Erläuterung) „Verwendung der 30%-Stichprobe und Vollerhebung“

Ein Teil der Berechnungen zur Bewertung der durch das BVA geprüften Alternativen wurde auf Basis einer Versichertenstichprobe, einer sogenannten 30%-Zufallsstichprobe, durchgeführt, der andere auf Basis der Grundgesamtheit (Vollerhebung). Die Stichprobe wird als Standardverfahren vorgestellt. Nur in Ausnahmefällen, z.B. bei geringen Fallzahlen und/oder instabilen Kostenschätzern wird auf die Vollerhebung zurückgegriffen. Allerdings wurden keine exakten Kriterien bestimmt, wann welche Methode anzuwenden ist. Auch die Wahl des Stichprobenumfangs wird nicht näher begründet und die Methodik der Stichprobenziehung wird nicht näher erläutert. Die Methodenwahl erscheint daher an dieser Stelle willkürlich.

Der Übergang von der Vollerhebung zur Stichprobe lässt das R-Quadrat um rund zwei Prozent ansteigen. Dies ist ein Hinweis auf mangelnde Repräsentativität der Stichprobe, denn durch den Übergang zur Stichprobe könnten Ausreißer, die das R-Quadrat überproportional treiben, weggefallen sein. Zudem sind teils drastische Abweichungen der Kostenschätzer zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit zu beobachten. Auch dies unterstützt die Zweifel an der Repräsentativität der gewählten Stichprobe.

Um die methodische Konsistenz der Analysen zu stärken und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, eine einheitliche Methodik (Stichprobe oder Vollerhebung) für alle Analysen zu wählen. Bei der Verwen-

dung 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.

Zu III. (Erläuterung) „Anpassung der Hierarchien“

Umgang mit Standardabweichung

Redaktionelle Anmerkung

Im vergangenen Jahr wurde bei den einzelnen Modellanpassungen jeweils die Standardabweichungen für das Ausgangsmodell und die Modellvarianten dargestellt. Im aktuellen Jahr finden sich die Standardabweichungen für das Ausgangsjahr nur im Anhang. Dies erschwert den Vergleich der Werte, weshalb wir anregen wollen, die Standardfehler auch wieder bei den Modellvergleichen zu nennen.

Stärkere Berücksichtigung von Standardabweichung, Standardfehler und Signifikanz

Darüber hinaus würden wir es begrüßen, wenn die Standardabweichung, aber auch der Standardfehler und die Signifikanz stärker bei der Bewertung von Modellanpassungen berücksichtigt werden. Sie sind wesentliche Indikatoren, die auf die Varianz und Stabilität der gebildeten Morbiditätsgruppen hinweisen und dürfen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht außer Acht gelassen werden.

Beispielsweise werden die Veränderungen in der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“, die durch Integration der ICD M79.0- „Rheumatismus, nicht näher bezeichnet“ und die Anpassung an die Krankheitsauswahl entstehen, anhand der statistischen Gütemaße als positiv beurteilt. Dabei steigen die Standardfehler in den HMG 198 und 199 bei sich kaum verändernden Schätzern deutlich an. Dies deutet auf mehr Kostenheterogenität in den resultierenden HMG und ungenauere Zuweisungsbeträge hin. Deshalb ist die Umstellung vor diesem Hintergrund nachträglich neu zu bewerten. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Hierarchie 07 aufgrund dieser Ergebnisse nicht einer erneuten generellen Überprüfung bedarf.

Veröffentlichung der Kostenschätzer auf DxG-Ebene

Das BVA veröffentlicht zum Teil Kostenschätzer für einzelne Dx-Gruppen (vgl. z.B. Tabelle 34, S. 146). Die Betriebskrankenkassen bitten darum, diese Informationen künftig regelmäßig und vollständig für alle DxG bekannt zu geben. Dies würde die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband in die Lage versetzen, die Ergebnisse nachzuvollziehen und eigene, ähnlich gelagerte Untersuchungen anzustellen.

Zu IV. (Erläuterung) „Sonstiges“

Zu IV. 26 (Erläuterung) Künftige Zuordnung Versicherter unbestimmten Geschlechts nach Änderung des PStG

Die Betriebskrankenkassen stimmen dem Vorschlag des BVA zur Berücksichtigung von Versicherten mit unbestimmtem Geschlecht im RSA-Verfahren zu. Sie regen allerdings an, das Verfahren abschließend empirisch zu prüfen, wenn dazu erstmals die erforderlichen Daten verfügbar sind.

Zu IV. 27 (Erläuterung) Anpassung der Altersgrenzen der Kostenerstattergruppen (KEG)

Das BKK System verweist hierzu auf die am 31.07.2015 an den GKV-Spitzenverband versendete Stellungnahme zum Anhörungsverfahren des BVA zur weiteren Differenzierung der Kostenerstattergruppen (nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV). Die Stellungnahme ist diesem Schreiben als Anlage beigefügt.

Zu IV. 28 (Erläuterung) Vorschlag zum Anpassungsturnus der Krankheitsauswahl

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich den Vorschlag des BVA, das Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl ab dem Jahr 2017 für das AJ 2018 in einem regelmäßigen mehrjährigen Turnus durchzuführen. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, anhand welcher Kriterien der zeitliche Abstand zwischen den Festlegungen auf gerade drei Jahre festgelegt wurde. Der Turnus sollte jedenfalls so bemessen sein, dass innerhalb eines Zyklus auch alle angestrebten Anpassungen umgesetzt werden können.

Da jährlich inhaltliche Anpassungen erforderlich sein können und deren Abgrenzung und Umsetzung a priori ggf. nicht absehbare Entscheidungsspielräume eröffnet, sollte der GKV-Spitzenverband die Möglichkeit erhalten, bei Notwendigkeit eine kurzfristigere Überprüfung anzuberaumen.

D: Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien

Zu III.7 (Erläuterung) Anpassungen innerhalb der Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“

Im Festlegungsentwurf werden in der HMG019 „Diabetes ohne Komplikationen“ (DxG 110 und 111) mit „Diabetes mellitus als Schwangerschaftskomplikation“ (DxG 604) zusammengefasst. In Tabelle 20 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf werden die dazu berechneten Kennzahlen dargestellt.

Der negative Beta-Koeffizient der DxG 604 erscheint mit minus 921,34 Euro (II.M6) bzw. minus 921,19 Euro (II.M9) extrem auffällig. Aus der Dokumentation wird nicht ersichtlich, inwieweit dafür die Klassifikation und daraus resultierende Korrelationen ursächlich sind. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass nach der Vereinigung in der HMG019 N Reg konstant bei 4.359.663 verharrt und nicht auf $(4.359.663 + 80.475 =) 4.440.138$ ansteigt.

Aufgrund der sehr großen Unterschiede der genannten Beta-Koeffizienten zu jenen der vereinigten DxG 110 und 111 (389,17 Euro in II.M6 bzw. 388,88 Euro in II.M9) stehen die Betriebskrankenkassen einer Zusammenfassung in der HMG019 kritisch gegenüber. Wir sprechen uns bis zu einer abschließenden Klärung, insbesondere zur Entstehung der extremen negativen Koeffizienten, gegen eine Änderung der bestehenden Regelung aus.

Zu III.10 (Erläuterung) Anpassungen innerhalb der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

a) HMG-Splits nach Behandlungsform

Das BKK System bewertet es positiv, dass der Wissenschaftliche Beirat beim BVA eine Überprüfung der Vorschläge zur Ausdifferenzierung der Hierarchie 06 vorgenommen hat. Auch dem Ergebnis der Prüfung, keine Ausdifferenzierung nach den Behand-

lungsformen „ambulant“ (bzw. M2Q) und „stationär“ vorzunehmen, stimmen wir zu. Einer Differenzierung der HMG und damit der Zuschläge nach Behandlungsart stehen wir grundsätzlich ablehnend gegenüber, da eine solche Differenzierung Anreize zur Wahl der effizienteren Behandlungsform schwächt.

b) Verzicht auf übermäßige Ausdifferenzierung des Modells

Die Betriebskrankenkassen begrüßen sehr, dass das BVA im Rahmen der Abwägung der Alternativen zur Neustrukturierung der Hierarchie 06 die Zahl der HMG nicht um jeden Preis ausgeweitet hat, sondern einer minimalen Verbesserung des MAPE-Wertes die negativen Folgen einer übermäßigen Ausdifferenzierung des Modells gegenübergestellt und letztere schlussendlich höher bewertet hat. Die Betriebskrankenkassen sehen darin ein Aufgreifen ihrer bereits wiederholt und auch grundsätzlich vortragenen Bedenken gegen eine immer weitere Ausdifferenzierung des Modells für minimale Verbesserungen der Kennzahlen zur Modellperformance und stimmen dem Vorgehen des BVA daher ausdrücklich zu.

E: Redaktionelle Gestaltung der Erläuterungen des Festlegungsentwurfs

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die transparente Darstellung der Unterschiede und Aufgreifkriterien in den Hierarchiealternativen mit Hilfe von Symbolen und Farben. Dies erleichtert das Nachvollziehen der Zusammenhänge erheblich. Zur Vervollständigung und weiteren Erleichterung könnten auch weiterhin Piktogramme für „stationär“ und „Arzneimittel“ in die graphische Darstellung der Hierarchien übernommen werden. Eine weitere begrüßenswerte Erleichterung bestünde darin, wenn diese Darstellung auf die Hierarchien in Kapitel 32 übertragen würde.

In den tabellarischen Gegenüberstellungen der Vollerhebung und der 30%-Zufallsstichprobe der Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ unter 13.2.2 (Seite 186) und 13.5 (Seite 190) wird das R²-Quadrat jeweils bei der Betrachtung der Vollerhebung im Ausgangsmodell im dreistelligen Kommabereich – anstelle wie bei allen anderen Erläuterungen der Hierarchien im vierstelligen Kommabereich – angegeben.

Weiterhin sollte es in der Beschreibung zu Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ unter 21.2.1 (Seite 246) statt „im rechten ‚Pneumonie‘-Strang der Hierarchie 18“ „im rechten ‚Pneumonie‘-Strang der Hierarchie 19“ lauten.

Veröffentlichung der Kostenschätzer:

Das BKK-System begrüßt es ausdrücklich, dass das BVA seinem Wunsch, die Wirkungen auf die Risikozuschläge im Klassifikationsmodell darzustellen durch die Veröffentlichung der Kostenschätzer gefolgt ist. Dies erhöht die Transparenz und Nachvollziehbarkeit einzelner Umsetzungen deutlich.

Die Betriebskrankenkassen würden es begrüßen, auch vor dem Hintergrund etwaiger Haushaltsplanungen und Vorabschätzungen des Jahres 2016, wenn dies für die Festlegung entsprechend wiederholt und für das gesamte Zuweisungsspektrum inklusive der KEG und AUS-AGG dargestellt werden könnte.

Den Betriebskrankenkassen ist bewusst, dass es sich bei den Berechnungen nicht um reale Werte des GLB I 2016 handelt, der maßgebend für die Haushaltsplanung 2016

ist. Dennoch würde es den Kassen, auch vor dem Hintergrund entsprechender Zusatzbeiträge, eine bessere Risikoeinschätzung ermöglichen.

Für weitere Informationen:

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

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

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel. 0711 - 89 13 348

Anlage

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA)

Hier:

Anhörungsverfahren des Bundesversicherungsamtes zur weiteren Differenzierung der Kostenerstattergruppen (§ 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV) – Rückmeldung an den GKV-Spitzenverband

Das Bundesversicherungsamt (BVA) schlägt im Rahmen des Festlegungsentwurfs zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2016 (AJ 2016) nach § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV eine weitere Differenzierung der Kostenerstattergruppen (KEG) nach dem Alter der Versicherten vor (Modell Ib). Das BKK-System spricht sich gegen eine solche Differenzierung der KEG aus und begründet dies wie folgt:

- Aus Sicht der Betriebskrankenkassen werden altersbezogene Kostenunterschiede der betroffenen Versicherten bereits über die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) ausreichend erfasst.
- Eine altersbezogene Ausdifferenzierung der KEG mittels neun Gruppen würde die Zahl der erklärenden Variablen unnötig erhöhen, das System weiter zusätzlich verkomplizieren und weiteren Raum für die Entstehung statistischer Artefakte (z.B. Scheinkorrelationen) schaffen.
- Die durch das BVA gemessene Verbesserung der R-Quadrat-Statistik zwischen dem vorgeschlagenen Modell und dem Ausgangsmodell liegt lediglich bei 2,3 Promillepunkten. Dieser Anstieg ist so gering, dass kritisch zu hinterfragen ist, ob überhaupt eine substantielle Modellverbesserung vorliegt. Kriterien für eine substantielle Verbesserung des R-Quadrat-Wertes legt das BVA jedoch nicht vor. Allerdings argumentiert das BVA selbst bei der Abwägung des Modells Ib gegen das Modell II, dass der Unterschied im MAPE zu gering sei, um die größere Komplexität im Modell II zu rechtfertigen. Auch für diese Argumentation stellt sich die Frage nach dem angelegten Schwellenwert. Das Vorgehen bzw. Entscheidung des BVA erscheinen daher als nicht konsistent.
- Die R-Quadrat-Statistik steigt per Konstruktion mit der Zahl der unabhängigen Variablen im Modell. Die gemessene geringfügige Verbesserung der R-Quadrat-Statistik von lediglich 2,3 Promillepunkten ist deshalb mindestens zum Teil auf die im Vergleich zum Ausgangsmodell gestiegene Zahl der unabhängigen Variablen zurückzuführen und hat insoweit nichts mit einer verbesserten Erklärungskraft des Modells zu tun. Um Modelle mit geringfügig unterschiedlich vielen unabhängigen Variablen zu vergleichen, sollte das adjustierte R-Quadrat verwendet werden. Die Adjustierung dämpft den Anstieg des R-Quadrats infolge des Hinzufügens unabhängiger Variablen. Dass dies nicht geschehen ist, ist

aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu bedauern und schwächt die Argumentation, die sich auf eine (geringfügig) verbesserte Erklärungskraft des vorgeschlagen Modells stützt.

- Die zeitliche Stabilität der Ergebnisse ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht gegeben. Das BVA räumt selbst ein, dass „diesmal die Veränderungen der Kennzahlen im Vergleich zum Status quo deutlich stärker ausfallen als bei der Untersuchung in 2013“ (Seite 7). Der Zeitverlauf aufgrund von lediglich zwei zueinander verglichenen Untersuchungen stellt sich dabei allerdings als nicht klar und eindeutig heraus. Bereits zum Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell des AJ 2014 wurde die Thematik vom BVA anhand von Modellen analysiert. Ein Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband konnte bereits zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der Instabilität der Ergebnisse im Zeitverlauf nicht erzielt werden. Das BKK System fordert daher weitere Analysen zur Zeitstabilität der Ergebnisse.

Aus den genannten Gründen sind die Betriebskrankenkassen der Auffassung, dass der Modellvorschlag nicht den selbstgewählten Kriterien des BVAs, d.h. einer stärkeren Stabilität im Zeitverlauf, einer geringeren Modellkomplexität sowie einer verbesserten Modellgüte genügt. Folglich spricht sich das BKK System gegen den Vorschlag des BVA aus, die KEG nach §§ 13 und 53 SGB V weiter zu differenzieren.

Für weitere Informationen:

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

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel. 0511 - 348 44 226

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel. 0711 - 89 13 348