

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 08.08.2025

**zum Festlegungsentwurf für das Morbi-RSA-
Klassifikationsmodell gem. § 8 Abs. 4 RSAV für das
Ausgleichsjahr 2026**

Inhalt

I. Vorbemerkungen.....	3
II. Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells	4

Mit Schreiben vom 18.06.2025 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2026 gebeten. Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I. Vorbemerkungen

Ein zielgenauer Morbi-RSA bleibt die zentrale Voraussetzung für einen fairen und versorgungsorientierten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Der Ausgleichsmechanismus muss weiterhin so ausgestaltet sein, dass er Anreize zur Risikoselektion konsequent ausschließt und so die Voraussetzung für einen Wettbewerb der Krankenkassen um die Versorgung aller Versicherten – auch vulnerabler Gruppen – schafft. Denn ein unzureichend differenzierender Risikostrukturausgleich gefährdet die wirtschaftliche Tragfähigkeit von Versorgungsangeboten für besonders betreuungsintensive Versicherte und untergräbt damit die solidarische Grundidee der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA muss daher weiterhin konsequent auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen und bestehende Fehlanreize identifizieren und beheben.

Der Wissenschaftliche Beirat des BAS hat in seinem Gutachten zu den regionalen Merkmalen im RSA (2024) richtigerweise empfohlen, versichertenbezogene Informationen zu untersuchen, die die Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells auf Individualebene und die Zuweisungsgenauigkeit auf regionaler Ebene verbessern können.

Die AOK-Gemeinschaft hat bereits 2022 eine entsprechende Untersuchung beim Forschungsinstitut EsFoMed und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen systematische Unterdeckungen bei den RSA-Zuweisungen für Versicherte:

- mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI,
- unter der Härtefallregelung gemäß § 62 SGB V,
- mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
- sowie mit Bezug von ALG II.

Diese Gruppen sind nicht nur besonders schutzbedürftig, sondern auch leicht identifizierbar – was das Risiko gezielter Risikoselektion erhöht. Zudem sind sie ungleich auf die Krankenkassen verteilt, was zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führt.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollte der Wissenschaftliche Beirat des BAS im § 266 SGB V ergänzend beauftragt werden, im Rahmen eines Sondergutachtens zu prüfen, inwieweit versichertenbezogene Risikomerkmale zur Verbesserung der RSA-Zuweisungen für vulnerable Gruppen beitragen können. Die Ergebnisse unserer Studie legen nahe, dass bestimmte Merkmale eine höhere Leistungsanspruchnahme erklären, die durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen allein nicht abgebildet wird.

Zeitnah umzusetzen sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch die Empfehlungen des Beirats in seinem Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021. Darin empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, Risikomerkmale für Erwerbsminderung wieder im RSA zu berücksichtigen. Die fehlende Berücksichtigung eines separaten Merkmals für Erwerbsminderung mindert die Erklärungskraft des Morbi-RSA und setzt Fehlanreize zulasten besonders schutzbedürftiger Menschen.

Der darüber hinaus empfohlene Verzicht auf die sogenannte Manipulationsbremse, deren Dysfunktionalität erneut festgestellt wurde, wäre ein weiterer Beitrag zu weniger Bürokratie und mehr Planungssicherheit. Denn die Manipulationsbremse verfehlt ihr Ziel Manipulation zu bekämpfen und führt stattdessen zu mehr Aufwand und Fehlallokationen.

II. Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells

Aufgrund der Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 und zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V im Jahr 2025 stehen dem BAS nur begrenzte Personalressourcen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zur Verfügung. Entsprechend ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich nachvollziehbar, dass der vorliegende Entwurf lediglich punktuelle und begrenzte Änderungen am Klassifikationsmodell vorsieht.

Auch die weiterhin durch die Pandemie beeinflusste Datengrundlage im Morbiditäts- und Kostenjahr spricht gegen eine umfassendere Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es daher richtig, die Weiterentwicklung auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen und die Verbesserung der Modellkonsistenz zu beschränken. Die Berücksichtigung medizinisch fundierter Vorschläge – insbesondere aus den letztjährigen Anhörungszyklus – wird ausdrücklich begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Neuordnung der Intelligenzminderungen nach Schweregrad und die Umstellung des Aufgreifkriteriums für hochteure Krebstherapien von Sonderfall 1 auf 2. Durch die Absenkung der BT-Grenze werden deutlich mehr Versicherte aufgegriffen, bei gleichzeitig überwiegend moderatem Rückgang in den Kostenschätzern. Über die niedrigere BT-Grenze erhalten Krankenkassen nun auch für Patienten mit geringem

Körpergewicht, zeitweiligen Therapieunterbrechungen bzw. Therapiebeginn in der zweiten Jahreshälfte HMG-Zuweisungen.

Die Zusammenlegung der HMGs 500 und 501 zur Beseitigung einer Hierarchieverletzung in Hierarchie 19 im Rahmen der Festlegung des Modells für das Ausgleichsjahr 2025 erachten wir als grundsätzlich sachgerecht. Aufgrund der pandemiebedingten Verzerrungen der Fallzahlen – insbesondere bei der HMG 501 „Respiratorische Insuffizienz“ – erscheint eine erneute Überprüfung der Homogenität der Folgekosten angezeigt.

Die AOK-Gemeinschaft geht davon aus, dass die Prüfung wichtiger, medizinisch begründeter Vorschläge – etwa zur Integration bislang unberücksichtigter Diagnosen – in den nächsten Anhörungszyklus verschoben wird. Aufgrund des überschaubaren Prüfaufwands bitten wir das BAS, diese Vorschläge im kommenden Zyklus zu berücksichtigen. Weiterhin regen wir an, den Vorschlag zur hierarchieübergreifenden Abbildung von Immunsuppressiva-Therapien im Rahmen der Modellfestlegung für das Ausgleichsjahr 2027 zu prüfen, da hierdurch substantielle Modellverbesserungen durch die Vermeidung von Doppelzuschlägen erzielt werden können.

Die AOK-Gemeinschaft sieht die Tendenz zu immer stärker verflochtenen Hierarchiesträngen im Kontext der sogenannten „Manipulationsbremse“ weiterhin kritisch. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens keine Neugruppierung erfolgt, verbleiben für betroffene Versicherte kaum Morbiditätsgruppen zur Abbildung ihrer Leistungsausgaben. Dies führt zu verstärkten Fehldeckungen und reduziert die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erheblich. Erschwerend kommt hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann, obwohl die Komorbiditätsanalysen des GKV-SV deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung mit und ohne Anwendung der Bremse aufzeigen. Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ wird die Zusammenlegung der beiden Hierarchiestränge mit der hohen Komorbidität zwischen beiden Strängen begründet. Wir weisen darauf hin, dass Komorbiditäten zwischen Hierarchiesträngen nur dann problematisch sind, wenn diese mit Fehldeckungen in relevantem Umfang assoziiert sind.

Die Entscheidung des BAS, auf hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen möglichst zu verzichten, wird grundsätzlich begrüßt. Gleichzeitig führen mehrfach eingeführte Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen, insbesondere bei Immunsuppressiva-Therapien. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher – zumindest übergangsweise – für die vom GKV-SV vorgeschlagene gemeinsame Abbildung dieser Dauermedikations-HMGs in einem Hierarchiestrang aus. Langfristig wäre ein gesonderter Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der Onkologika-Zuschläge eine sachgerechte Lösung.

Das methodische Vorgehen zur Neuordnung der Hierarchien ist gut dokumentiert und grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings begründet das BAS die Durchführung oder nicht Durchführung von Hierarchieanpassungen häufig mit Vorabanalysen der Deckungssituation in bestimmten Versichertengruppen. Um diese Entscheidungen nachvollziehen zu können, bitten wir das BAS auch diese Analyseergebnisse transparent zu machen. Für künftige Weiterentwicklungen regt die AOK-Gemeinschaft außerdem erneut an, eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung

bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu entwickeln, die sich an der Höhe der Gesamtzuweisung für die einzelnen HMGs orientiert. Abweichungen hiervon sollten nur in begründeten Einzelfällen erfolgen.

Abschließend betont die AOK-Gemeinschaft weiter die Notwendigkeit, Lösungsansätze zum nachhaltigen Abbau der signifikanten Überdeckungen bei gesunden Versicherten zu entwickeln. Diese werden durch die Manipulationsbremse in erheblichem Umfang verstärkt. Eine gezielte Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige und vulnerable Gruppen kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten – insbesondere zur Verbesserung der Ausgabendeckung bei Versicherten mit 1–4 HMGs.

Aufbauend auf den ausführlichen Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BAS sowie eigenen Berechnungsergebnissen sind nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2026 Weiterentwicklungen und Anpassungen in den in der XLS-Anlage dargestellten Punkten erforderlich.