AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 12.08.2026

zum Festlegungsentwurf für das Morbi-RSA-Klassifikationsmodell gem. § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2027

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 – 2432

Inhalt

I. Vorbemerkungen....3

II. Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells....4

Mit Schreiben vom 19.06.2026 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2027 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. Durch die im GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbeträge verschärft sich die Situation

weiter. Hier hat die Finanzkommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht bereits auf notwendige Anpassungen im Risikostrukturausgleichs hingewiesen.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft muss das Morbi-RSA-Zuweisungsverfahren durch die Berücksichtigung dieser versichertenbezogenen Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass bestimmte Merkmale eine höhere Leistungsinanspruchnahme 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 wiederholt 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

Nachdem dem BAS im Jahr 2026 wieder umfangreichere personelle Ressourcen für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Verfügung standen, fällt die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2027 deutlich umfassender aus als im Vorjahr. Hierdurch wird eine deutliche Verbesserung der Zielgenauigkeit und Aktualität des Modells erreicht.

Zur Regionalkomponente:

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die erneute Durchführung der Variablenselektion durch das BAS im vorliegenden Entwurf. Seit der erstmaligen Anwendung des Verfahrens im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 sind immer wieder erhebliche Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz von bestimmten regionalstatistischen Merkmalen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden zu beobachten. In 2027 ist – wie in den Jahren zuvor – mit "Anteil weiblicher Beschäftigter" erneut eine Variable erstmalig aufgenommen worden. Zudem findet sich erstmals keine Variable unter den zehn vorausgewählten, die aufgrund ihres Bezugs zur regionalen Angebotsstruktur nicht ausgewählt wurden.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Regionalvariablenauswahl auch weiterhin jährlich durchzuführen.

Bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022, 2023, 2024, 2025 und 2026 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen, hingewiesen. Leider wurden in diesem Punkt aus unserer Sicht noch keine Fortschritte erzielt.

Konkret mangelt es unseres Erachtens insbesondere bei Variablen wie „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungen“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, "Anteil weiblicher Beschäftigter" an einer plausiblen inhaltlich-theoretischen Herleitung für einen Zusammenhang mit regionalen Deckungsbeitragsunterschieden. Für die letztere - erstmals in 2027 aufgenommene - Variable gilt zudem, dass das regionale Zuordnungskriterium (Arbeitsort) nicht der Regionalkomponente im RSA (Wohnort) entspricht. Entsprechend der Begründung aus dem GKV-FKG zu § 8 RSAV wäre eine plausible inhaltliche Herleitung explizit angezeigt, da solche Variablen ausgewählt werden sollen, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft aufweisen.

Zur Anpassung der Krankheitshierarchien:

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass das BAS die Prüfung wichtiger, medizinisch begründeter Vorschläge – etwa zur Integration bislang unberücksichtigter Diagnosen – in diesem Anhörungszyklus vorgenommen hat. Vor dem Hintergrund der substanziellen Modellverbesserungen bitten wir das BAS auch unsere weiteren einschlägigen Vorschläge zeitnah zu evaluieren. Wir bitten mit besonderem Nachdruck darum, die seit einigen Anhörungszyklen vorliegenden Vorschläge zur hierarchieübergreifenden Abbildung von Immunsuppressiva-Therapien im Rahmen der Modellfestlegung für das Ausgleichsjahr 2027 zu prüfen, da hierdurch substanzielle Modellverbesserungen durch die Vermeidung ungerechtfertigter Doppelzuschläge erzielt werden können. 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.

Die Entscheidung des BAS, hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen zurückzunehmen wird grundsätzlich begrüßt, da hierdurch eine Verknüpfung von Krankheitsbildern ohne unmittelbaren medizinischen Zusammenhang durch Dominanzbeziehungen vermieden wird.

Erfreulich ist auch, dass das BAS bei der Weiterentwicklung der Hierarchiestrukturen stärker medizinischen Kriterien folgt und damit die grundlegende Systematik des Modells verbessert. Die Entflechtung der Hierarchiestruktur z.B. in Hierarchie 14 trägt dazu bei, die Hierarchisierung wieder enger an den Krankheitsverläufen und Schweregraden der jeweiligen Erkrankungsbilder auszurichten. Damit wird das bewährte Prinzip gestärkt, wonach schwerere Ausprägungen eines Krankheitsbildes weniger schwere Ausprägungen dominieren.

Auch werden zahlreiche der im Ausgleichsjahr 2020 eingeführten HMG-Altersdifferenzierungen überprüft und mangels weiterer Relevanz aus dem Modell entfernt. Die Tatsache, dass zahlreiche HMG-Altersdifferenzierungen inzwischen obsolet geworden sind, belegt die begrenzte Nachhaltigkeit von auf rein ökonomischen Effekten basierenden Ausdifferenzierungen und spricht gegen die Schaffung weiterer altersbezogener HMG-Differenzierungen.

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die insgesamt stärker medizinisch orientierte Weiterentwicklung ausdrücklich und verbindet damit die Erwartung, dass dieser Ansatz auch in weiteren Hierarchien und künftigen Weiterentwicklungszyklen konsequent fortgeführt wird. Aus unserer Sicht stärkt dies die langfristige Stabilität und Nachvollziehbarkeit des Modells und reduziert perspektivisch die Notwendigkeit, Hierarchiestrukturen fortlaufend aufgrund zeitpunktbezogener ökonomischer Effekte anzupassen. Nicht zuletzt erhöht eine geringere Verflechtung der Hierarchiestränge auch die Robustheit des Modells im Kontext der sogenannten „Manipulationsbremse“. Da nach Anwendung des Ausschlussverfahrens keine Neugruppierung der betroffenen Versicherten erfolgt, verbleiben mehr Morbiditätsgruppen zur sachgerechten Abbildung ihrer Leistungsausgaben. Hierdurch können Fehldeckungen reduziert und die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verbessert werden.

Das methodische Vorgehen zur Neuordnung der Hierarchien ist nicht immer ausreichend dokumentiert und mit Blick auf einzelne Änderungen nicht stringent nachvollziehbar. Bei der Vereinigung der Stränge 2 und 4 in Hierarchie 6 werden beispielsweise fünf umfangreiche Anpassungsschritte in einer einzigen Modellierung zusammengeführt. Die Auswirkungen der einzelnen Überarbeitungen lassen sich daher nicht isoliert bewerten.

Auch begründet das BAS die Durchführung oder nicht Durchführung von Hierarchieanpassungen an vielen Stellen mit Vorabanalysen der Deckungssituation in bestimmten Versichertengruppen. Um diese Entscheidungen nachvollziehen zu können, bitten wir das BAS erneut diese Analyseergebnisse transparent zu machen.

Für künftige Weiterentwicklungen regt die AOK-Gemeinschaft erneut an, eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen

zu etablieren. Diese sollte sich grundsätzlich an der Höhe der Gesamtzuweisung der jeweiligen HMG orientieren. Abweichungen hiervon sollten ausschließlich in begründeten Einzelfällen erfolgen.

Abschließend betont die AOK-Gemeinschaft weiter die Notwendigkeit, Lösungsansätze zum nachhaltigen Abbau der signifikanten Fehldeckungen bei vulnerablen Versichertengruppen zu entwickeln. Diese werden durch die Manipulationsbremse in erheblichem Umfang verstärkt. Eine gezielte Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige und vulnerable Gruppen würde hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

Aufbauend auf den Analysen des Wissenschaftlichen Beirats und des BAS sowie eigenen Berechnungsergebnissen sind nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft für die Festlegung des Klassifikationsmodells 2027 Weiterentwicklungen und Anpassungen in den in der XLS-Anlage dargestellten Punkten erforderlich.