

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 04.08.2023

**zum Festlegungsentwurf für das Morbi-RSA-
Klassifikationsmodell gem. § 8 Abs. 4 RSAV für das
Ausgleichsjahr 2024**

Inhalt

I.	Vorbemerkungen.....	3
II.	Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells	5

Mit Schreiben vom 09.06.2023 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2024 gebeten. Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

I. Vorbemerkungen

Der zielgenaue Morbi-RSA ist die wichtigste Bedingung im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, damit diese sich um die Gesundheitsversorgung aller Versicherten kümmern. Daher muss der Ausgleichsmechanismus Anreize zur Risikoselektion vollständig ausschließen. Ohne einen zielgenauen Risikostrukturausgleich haben Krankenkassen keine wirtschaftlichen Anreize, Versorgungsangebote für alle Versicherte vorzuhalten und zu verbessern.

Wettbewerbsvorteile durch Risikoselektion und der Verzicht auf Investitionen in eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten sind gesundheits- und sozialpolitisch kontraproduktiv und führen zu einem unwirtschaftlichen, nicht diskriminierungsfreien Gesundheitswesen. Dies kann und muss durch einen zielgenauen Risikostrukturausgleich dauerhaft verhindert werden.

Es ist wissenschaftlich breit belegt, dass geringes Einkommen, soziale Schutzbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höheren Versorgungsbedarf einhergehen. Zu den vulnerablen Gruppen zählen daher weit überwiegend Menschen mit geringem Einkommen oder einer geringen Rente, Bezieher*innen von Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Arbeitslosengeld (ALG) II, chronisch Kranke, Pflegebedürftige sowie in besonderem Maße Menschen, bei denen mehrere dieser Faktoren zusammenkommen.

Die AOK-Gemeinschaft hat in diesem Zusammenhang eine wissenschaftliche Untersuchung beauftragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die RSA-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der entsprechenden Krankenkassen für Versicherte

- mit Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI,
- die einkommensbedingt unter die „Härtefallregelung“ des § 62 SGB V fallen,
- mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
- sowie mit Bezug von ALG II,

systematisch und in einem relevanten Umfang nicht decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Personen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Diese vulnerablen Versichertengruppen sind zudem sehr ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt - mit den entsprechenden Auswirkungen im Kassenwettbewerb.

Die AOK-Gemeinschaft setzt sich dafür ein, den RSA konsequent auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Wenn wissenschaftliche Indizien dafürsprechen, dass Fehlanreize zu Lasten besonders schutzbedürftiger

Versichertengruppen bestehen, dann müssen diese Fehlanreize schnell und nachhaltig behoben werden.

Der Morbi-RSA muss daher in der Perspektive so weiterentwickelt werden, dass durch die Aufnahme geeigneter Parameter auf Versichertenebene ein wirksamer Schutzschirm für vulnerable Versichertengruppen in der GKV gespannt wird und die Manipulationsresistenz gewahrt bleibt. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollte der Wissenschaftliche Beirat des BAS im § 266 SGB V ergänzend beauftragt werden, im Rahmen eines Sondergutachtens zu untersuchen, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Die entsprechenden Merkmale können nach den Ergebnissen unserer Studie eine höhere Leistungsanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden.

Die seit 2021 vollzogene Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale bewertet die AOK-Gemeinschaft vor diesem Hintergrund als Fehlentwicklung im Morbi-RSA. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat aufgezeigt, sind ohne Erwerbsminderungszuschläge die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versichertengruppe durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterfinanziert. Die fehlende Berücksichtigung reduziert nicht nur die Erklärungskraft des Morbi-RSA, sondern setzt klare Anreize, diese besonders schutzbedürftigen Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt zudem weiterhin die sogenannte Manipulationsbremse grundsätzlich ab, da sie einen gravierenden Eingriff in die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA darstellt. Der Ausschluss der zuweisungsstärksten Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten führt zu einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Zuweisungen werden in erheblichem Umfang zu Lasten von versorgungsbedürftigen Versicherten und zu Gunsten von Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt. Die mit der Einführung des Vollmodells angestrebte Verbesserung der Zielgenauigkeit im RSA wird somit konterkariert. Durch diesen kollektiven Ansatz werden Manipulationsanreize in keiner Weise adressiert und somit auch nicht wirksam reduziert. Die bisherigen Erfahrungen aus den Jahren 2021 und 2022 deuten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch nicht darauf hin, dass sich die o.g. negativen Effekte durch das Verfahren nach § 19 Absatz 6 RSAV in einem relevanten Umfang reduzieren lassen.

II. Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells

Aufgrund der Vorbereitung auf die noch in diesem Jahr zu erstellenden Sondergutachten zur Manipulationsbremse und Regionalkomponente stehen dem BAS dieses Jahr nur begrenzte Personalressourcen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zur Verfügung. Entsprechend ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich nachvollziehbar, dass der vorliegende Entwurf nur überschaubare und begrenzte Änderungen am Klassifikationsmodell vorsieht.

Auch die durch die Pandemie sowohl im Morbiditäts- und Kostenjahr deutlich beeinflusste Datengrundlage spricht gegen eine umfangreichere Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells. Denn aufgrund der absehbaren Veränderungen durch die ausstehenden Datenaktualisierungen erscheint es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft dringend angeraten, die Weiterentwicklung bis auf Weiteres auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen zu beschränken und die medizinische Konsistenz des Klassifikationssystems nicht weiter zu reduzieren. Die Fokussierung der Modellanpassungen auf die Behebung von Hierarchieverletzungen und die Bearbeitung einiger noch offener, medizinisch begründeter Vorschläge des GKV-SV aus dem letztjährigen Anhörungszyklus ist daher sachgerecht.

In diesem Kontext weisen wir erneut darauf hin, dass wir die in den letzten beiden Anhörungszyklen vorgenommene, überwiegend rein ökonomisch über Fehldeckungen begründete Hierarchieumgestaltung kritisch sehen. Denn hierdurch entfernt sich das Modell weiter von der bis zum Ausgleichsjahr 2021 angewandten medizinischen Systematik, in der die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Die AOK-Gemeinschaft sieht diesen Paradigmenwechsel kritisch, da eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich zieht. Denn Datenaktualisierungen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen in der betreffenden, aber auch in anderen Hierarchien, wirken sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus.

Dies erfordert die rein nach ökonomischen Gesichtspunkten definierten Hierarchiestrukturen auch kontinuierlich zu überprüfen. Dabei gilt es zu messen, ob und inwieweit die zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Modell aufgetretenen Fehldeckungen infolge von Komorbiditäten weiterhin Bestand haben bzw. inwieweit neue Fehldeckungen entstanden sind. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der bereits benannten relevanten Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf die den Untersuchungen zugrundeliegenden Daten. Auch eine regelmäßige Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen der HMG-Altersdifferenzierungen halten wir für erforderlich.

Wir gehen davon aus, dass sich die Untersuchung wichtiger AOK- Vorschläge z.B. zur Integration bislang unberücksichtigter Diagnosen auf den nächsten Anhörungszyklus verschiebt. Da diese Vorschläge medizinisch begründet sind und ihr Prüfaufwand

überschaubar ist, bitten wir das BAS, diese im nächstjährigen Anhörungszyklus zu untersuchen. Aufgrund der substantiellen Modellverbesserungen infolge der Vermeidung von Doppelzuschlägen bitten wir das BAS, unseren Vorschlag zur hierarchieübergreifenden, gemeinsamen Abbildung von Immunsuppressiva-Therapien noch im Rahmen der Modellfestlegung für das AJ 2024 zu prüfen.

Problematisch gesehen wird weiterhin die Wirkung der deutlich verflochtenen Hierarchiestränge im Kontext der sog. „Manipulationsbremse“. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens nach § 19 RSAV nicht neu gruppiert wird, bleiben für betroffene Versicherte in den jeweiligen Hierarchien kaum Morbiditätsgruppen übrig, welche die prospektiven Leistungsausgaben der Versicherten erklären können. In der Folge kann dies zu verstärkten Fehldeckungen und einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA für die von der sog. „Manipulationsbremse“ betroffenen Versicherten führen.

Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann. Die zur Vorbereitung auf die Anhörung 2021 und 2023 seitens des GKV-SV zur Verfügung gestellten Komorbiditätsanalysen zeigen in vielen Bereichen aber deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung, jeweils in Abhängigkeit davon, ob die Manipulationsbremse zur Anwendung kommt oder nicht. Teilweise werden Überdeckungen durch den HMG-Ausschluss zu Unterdeckungen und umgekehrt.

Die Entscheidung des BAS, von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen, halten wir in diesem Zusammenhang für grundsätzlich richtig. Allerdings stellen wir fest, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien kommt. Diese führen zu erheblichen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten. Daher sprechen wir uns in diesem besonderen Fall zumindest übergangsweise für die seitens des GKV-SV für das AJ 2023 vorgeschlagene, gemeinsame Abbildung der betroffenen Dauermedikations-HMGs in einem Hierarchiestrang aus. Eine perspektivisch noch sachgerechtere Lösungsoption könnte hingegen ein gesonderter Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der diesjährigen Weiterentwicklung eingeführten innovativen Onkologika-Zuschläge sein.

Das methodische Vorgehen und die schrittweisen Analysen zur Neuordnung der einzelnen Hierarchien sind gut dokumentiert und dadurch grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten alle Anpassungsschritte im Entwurf dokumentiert werden. Erfreulich ist, dass das BAS im vorliegenden Entwurf besonders darauf achtet, dass Entscheidungen für oder gegen die Zusammenlegung von HMGs nach konsistenten, einheitlichen Kriterien getroffen werden.

Für die zukünftigen Weiterentwicklungen regen wir erneut an zu prüfen, ob zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren nicht doch eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen entwickelt und umgesetzt werden kann. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein.

Abweichungen hiervon in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für dünn besetzte HMGs sind durchaus möglich.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es für die zukünftige zielorientierte Verbesserung des Modells unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau der bedeutsamen Überdeckungen bei – im RSA-Sinn - Gesunden zu entwickeln. Diese verstärken sich zudem zusätzlich durch die Anwendung der Manipulationsbremse. Analysen auf AOK-Daten zeigen, dass die richtige Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige Menschen und vulnerable Personengruppen hier einen substantiellen Beitrag leisten kann. Durch eine Weiterentwicklung des Modells in diesem Bereich könnte man auch eine bedeutsame Verringerung der weiterhin bestehenden, systematisch zu niedrigen Ausgabendeckung in der Gruppe der Versicherten mit 1-4 HMGs erreichen.

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 2024 Weiterentwicklungen und Anpassungen in den in der XLS-Anlage dargestellten Punkten erforderlich.