|  |
| --- |
| Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes  vom 09.08.2024 |
|  |
| **zum Festlegungsentwurf für das Morbi-RSA-Klassifikationsmodell gem. § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025** |

Inhalt

[I. Vorbemerkungen 3](#_Toc142035409)

[II. Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikationsmodells 5](#_Toc142035410)

Mit Schreiben vom 14.06.2024 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) um Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgo-rithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025 gebeten. Zu den vom Bundesamt für Soziale Sicherung beabsichtigten Anpassungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung.

# 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.

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung hat in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich aus dem Jahr 2024 eine Empfehlung zur Untersuchung von versichertenbezogenen Informationen ausgesprochen, welche bei Berücksichtigung auf Individualebene sowohl die versichertenindividuelle Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells als auch die Zuweisungsgenauigkeit auf regionaler Ebene steigern können.

Die AOK-Gemeinschaft hat in diesem Zusammenhang bereits im Jahr 2022 eine wissenschaftliche Untersuchung beim Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen 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. 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 Leistungsinanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden.

Die seit 2021 vollzogene Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungs-rentner als separates Risikomerkmal bewertet die AOK-Gemeinschaft vor diesem Hintergrund als Fehlentwicklung im Morbi-RSA. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat auch in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich 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.

# Hierarchieübergreifende und allgemeine Hinweise zur Anpassung des Klassifikations-modells

Aufgrund der Vorbereitung auf das Gutachten zur Wirkung des RSA auf Manipulationsanreize und den Wettbewerb der Krankenkassen im Jahr 2024 stehen dem BAS auch 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 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 medizinisch begründeter Vorschläge des GKV-SV aus dem letztjährigen Anhörungszyklus ist daher grundsätzlich sachgerecht. Die Umsetzung der seitens der AOK-Gemeinschaft vorgeschlagene Auftrennung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und gleichzeitige Neuordnung nach Vorliegen von Entzugssyndromen und Abhängigkeiten mit und ohne psychischen Verhaltensstörungen wird ausdrücklich begrüßt.

In Anlehnung an diese Art der Differenzierung schlagen wir eine Neuzuordnung der verschiedenen Formen der Intelligenzminderungen nach Vorliegen bzw. nicht Vorliegen von Verhaltensstörungen in Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ vor. Denn aktuell sind die rund 30 Kodes für die verschiedenen Formen und Ausprägungen der Intelligenzminderungen überwiegend ohne erkennbare Systematik und ohne adäquate Abbildung der unterschiedlichen Folgekosten den HMGs im linken Hierarchiestrang zugeordnet.

Weiterhin wird in Hierarchie 19 eine Hierarchieverletzung zwischen den beiden HMGs 501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und HMG 500 „Chronische respiratorische Insuffizienz“ durch Zusammenlegung beseitigt. Aufgrund der starken Einflüsse von COVID-19 auf die Fallzahlentwicklung der HMG 501 sollte auf der Datengrundlage 2022/2023 im Anhörungsverfahren des Ausgleichsjahres 2026 eine erneute Überprüfung der Homogenität der Folgekosten für diese beiden DXGs erfolgen.

In diesem Kontext weisen wir erneut darauf hin, dass wir die in den Anhörungszyklen zur Modellfestlegung für die Ausgleichsjahre 2022 und 2023 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 2025 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 2024seitens 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 letztjährigen 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.

Für die zukünftigen Weiterentwicklungen regen wir erneut an, zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu entwickeln und umzusetzen. 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.