

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

Extra

 @AOK_Politik



PRESSEGESPRÄCH: „BRAUCHT DER MORBI-RSA NEUE SPIELREGELN?“

DREI FRAGEN AN WIDO-CHEF PROF. DR. KLAUS JACOBS	
■ FAIRER MORBI-RSA FÜR FAIREN KASSENWETTBEWERB	2
AMS-GRAFIK 1	
■ DIE NEUE/ALTE BEITRAGSWELT	4
AMS-STICHWORT	
■ DAS FUNKTIONSPRINZIP DES MORBI-RSA	5
NIEDERLANDE UND DIE SCHWEIZ	
■ AUSGLEICHSMODELLE IN DER NACHBARSCHAFT	6
AMS-CHRONIK	
■ VON DER KVDR ÜBER DEN RSA BIS HIN ZUM MORBI-RSA	8
AMS-SERVICE	
■ ZAHLEN – FAKTEN – LINKS	11

Drei Fragen an WIdO-Chef Prof. Dr. Klaus Jacobs

Fairer Morbi-RSA für fairen Kassenwettbewerb

27.05.15 (ams). Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bleibt auch sechs Jahre nach seiner Einführung unverzichtbare Bedingung für Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Kranken. Davon ist Prof. Dr. Klaus Jacobs überzeugt. Auch die internationale Erfahrung zeige, dass ein Morbi-RSA unerlässlich sei, um Risikoselektion zu verhindern, so der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Seit Anfang 2009 werden die Gelder in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Morbi-RSA an die Krankenkassen verteilt. Ist das ursprüngliche Ziel erreicht worden, das Geld mit dem Morbi-RSA dorthin zu bringen, wo es zur Versorgung der Kranken benötigt wird?

Jacobs: Insgesamt schon. Das belegt auch das Gutachten, das der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts 2011 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt hat. Die Gelder in der GKV kommen jetzt deutlich zielgerichteter als vor Einführung des Morbi-RSA an, wo sie zur Gesundheitsversorgung tatsächlich gebraucht werden. Damit ist bestätigt, was nahezu einhellige Einschätzung aller Gesundheitsökonomien auch auf internationaler Ebene ist: Ein Morbi-RSA ist unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass sich in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Kranken dreht. Ohne Morbi-RSA ginge es dagegen vorrangig um die Selektion sogenannter günstiger Risiken, also gerade nicht um die Alten und Kranken, die den Großteil der Versorgungsleistungen erhalten. Solche Fehlanreize im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gab es vor der Einführung des Morbi-RSA; sie sind jetzt erheblich verringert, wenn auch nicht beseitigt worden. Allerdings: Wettbewerb um die bessere Versorgung muss man wollen. Und das heißt: mehr Mut zu einzelvertraglichen Lösungen. Im deutschen Gesundheitswesen werden selbst kleinteilige Fragen der Versorgungsgestaltung „gemeinsam und einheitlich“ und damit plan- und kollektivwirtschaftlich geregelt. Also: Ein noch so „perfekter“ Morbi-RSA allein ist kein Garant für mehr versorgungsorientierten Wettbewerb.

Der sogenannte Methodenfehler im Morbi-RSA ist lange Zeit kontrovers diskutiert worden. Jetzt gibt es ein Urteil des Landessozialgerichtes NRW. Verstummt ist die Diskussion aber nicht, oder?



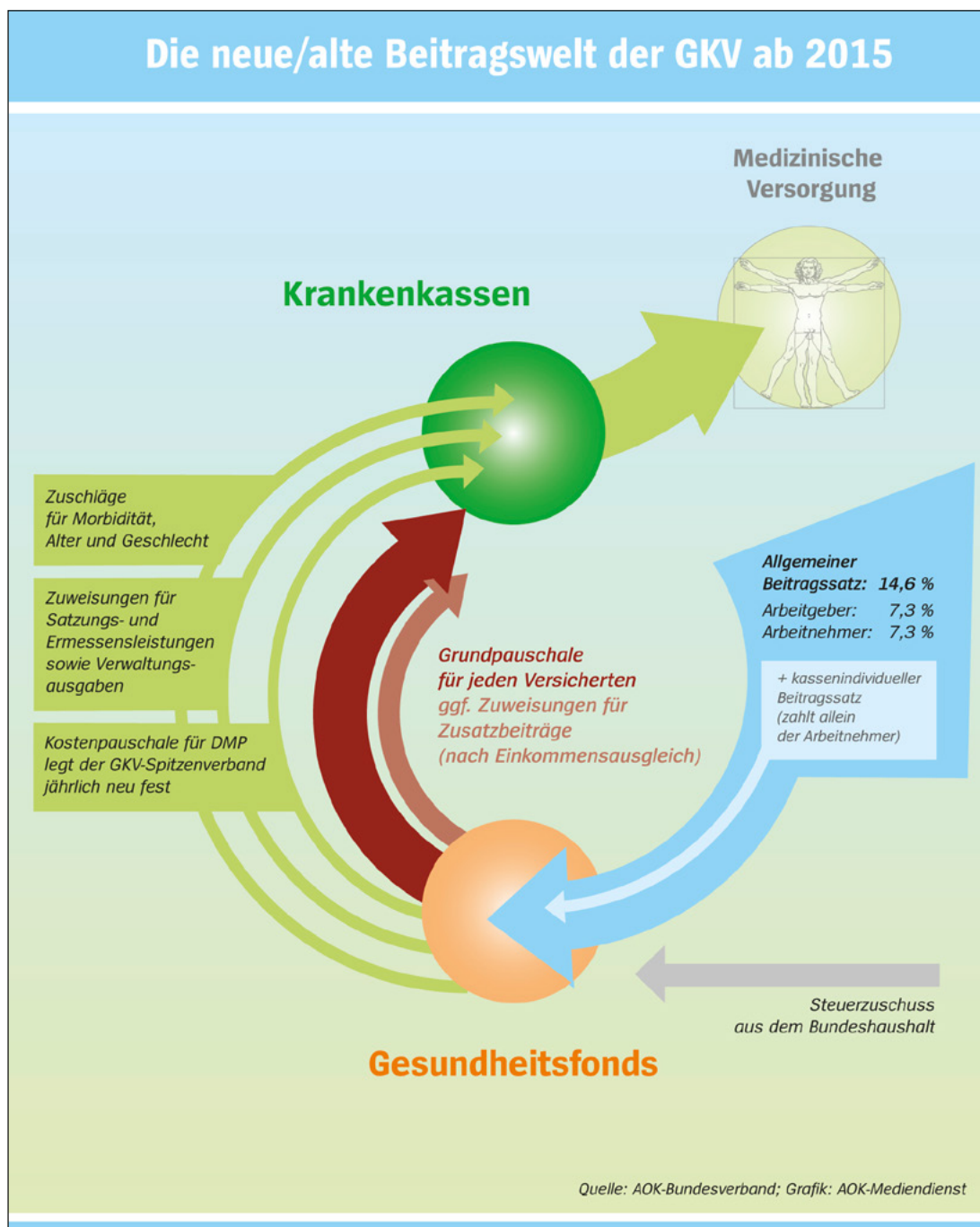
Prof. Dr. Klaus Jacobs
ist Geschäftsführer des
Wissenschaftlichen
Instituts der AOK (WIdO).

Jacobs: Das überrascht mich nicht. Da jetzt einige Krankenkassen nach der Korrektur des Fehlers weniger Geld bekommen, ist das erst einmal ein klassischer Reflex. Aber das Urteil schafft Klarheit und ist ja auch wissenschaftlich begründet. Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes selbst, der für die Ausgestaltung des Morbi-RSA verantwortlich zeichnet, hatte den Fehler bei der Berechnung der durchschnittlichen Krankheitszuschläge bereits 2011 in seinem Gutachten moniert. Die Richter haben eindeutig klar gestellt, dass die Zuweisungen für Versicherte, die an Krankheiten mit hoher Sterblichkeit und ausgeprägter Multimorbidität leiden, nicht weiterhin zu niedrig ausfallen dürfen. Denn zum einen stand den Kassen dadurch für diese Patienten bisher zu wenig Geld zur Verfügung. Und zum anderen blieb der Fehlanreiz, dass sich die Kassen im Wettbewerb stärker um günstige Risiken statt um gute Versorgung der Kranken bemühen. Dieser Fehler wird nun zumindest ab dem Jahr 2013 korrigiert. Insgesamt ist der Morbi-RSA aber als lernendes System angelegt. Das könnte auch bedeuten, die Begrenzung auf maximal 80 Erkrankungen, die jetzt im Morbi-RSA berücksichtigt werden, in Frage zu stellen, um die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs noch weiter zu verbessern.

Inwieweit können Erfahrungen aus anderen Ländern dabei hilfreich sein?

Jacobs: Auch die Erfahrungen in Ländern mit ähnlichen Gesundheitssystemen wie die Niederlande, Belgien oder die Schweiz zeigen, dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich unerlässlich ist, um Risikoselektion zu verhindern und einen Wettbewerb um die beste Versorgung von Kranken zu fördern. Die Niederlande hatten schon vor der Einführung eines gemeinsamen Versicherungsmarkts ein Ausgleichssystem, das auch die Privatversicherten an der solidarischen Finanzierung aller Einwohner mit beteiligt hat; der Morbiditätsbezug des Ausgleichs ist auch hier zunehmend gestärkt worden. Das gilt auch für die Schweiz, die ebenfalls ein wettbewerblich geprägtes Gesundheitssystem hat. Auch hier basierte der Ausgleich – wie bei uns – zunächst nur auf den rein demografischen Faktoren Alter und Geschlecht, doch wurde dies inzwischen ebenfalls um Morbiditätsindikatoren ergänzt. Allerdings stehen den Schweizern dafür weniger Informationen zur Verfügung, und deshalb beneiden sie uns um unseren Morbi-RSA. Denn alle wissen: Nur mit einem konsequenten Morbi-RSA kann der Wettbewerb der Krankenversicherungen im Interesse der Versicherten und Patienten zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beitragen.

(Interview: rbr)



Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FQWG) hat zwar 2015 die Beitragssystematik ein wenig verändert. Statt des bisherigen gesetzlichen Sonderbeitrags von 0,9 Prozent kann jede Kasse nun einen individuellen Zusatzbeitragssatz festlegen. Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz bleibt aber bei 14,6 Prozent. Und auch der Mechanismus der Verteilung des über den Gesundheitsfonds gesammelten Geldes ändert sich im Grundsatz nicht..

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden: www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

ams-Stichwort

Das Funktionsprinzip des Morbi-RSA

27.05.15 (ams). Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollen die Gelder aus dem Gesundheitsfonds dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten benötigt werden. Dazu erhält jede Krankenkasse zunächst für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Grundpauschale wird durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst mit dem Ziel, Kassen mit vielen schwerkranken Versicherten gegenüber Kassen mit vielen Gesunden nicht zu benachteiligen. Merkmale für die Anpassung sind Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten. Für einen Gesunden erhalten die Kassen einen geringeren Betrag als die Grundpauschale, für Kranke gibt es Zuschläge. So gibt es im Wesentlichen Alters-Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und Morbiditätsgruppen.

4.000 ICD-10-Codes und 80 Krankheiten

Ansatzpunkt dafür, ob eine Kasse für einen Versicherten einen Morbiditätszuschlag erhält, sind die ärztlichen Diagnosen. In der ambulanten und stationären Versorgung verschlüsseln die Ärzte jede Diagnose nach einem international gültigen Klassifikationssystem, dem ICD-10. Von den mehr als 15.000 ICD-10-Codes stehen etwa 4.000 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung. Bei den niedergelassenen Ärzten ist eine Zweitdiagnose derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal erforderlich, damit ein Versicherter in die entsprechende Morbiditätsgruppe eingestuft wird. Für einige Krankheiten ist außerdem ein entsprechender Therapienachweis notwendig, etwa dann, wenn ein Klinikaufenthalt oder eine bestimmte Arzneimitteltherapie medizinisch zwingend erforderlich sind. Die Zuschläge sollen nicht die laufenden Behandlungskosten decken, sondern die mit dieser Krankheit verbundenen Folgekosten (prospektive Berechnung). Daher wird für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA ausschlaggebend ist, geprüft, welche Ausgaben GKV-durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind.

(bho)

Niederlande und Schweiz

Ausgleichsmodelle in der Nachbarschaft

27.05.15 (ams). Gesundheitsprüfung, Risikoaufschläge, Leistungsausschlüsse – all das gibt es nur in Privaten Krankenversicherung (PKV). Die gesetzliche Krankenversicherung hat bewusst darauf verzichtet, weil hier das Solidarprinzip gilt. Dafür braucht dann jedes wettbewerbliche Gesundheitssystem mit solidarischer Finanzierung einen Risikostrukturausgleich (RSA). Im Prinzip simulieren die alters-, geschlechts- und morbiditätsbezogenen Zuschläge des RSA die risikoäquivalenten Krankenversicherungsbeiträge der PKV. Auch in unseren Nachbarländern mit wettbewerblichen Gesundheitssystemen wie den Niederlanden oder der Schweiz gelten solche Ausgleichssysteme.

Auch wenn die Versichertenbeiträge in der GKV nicht nach Alter, Geschlecht und (Vor-) Erkrankungen ausgerichtet sein dürfen, unterscheiden sich natürlich die individuellen Ausgabenrisiken der Versicherten durch genau diese Faktoren. Auch die Ausgleichssysteme anderer Länder funktionieren nach diesem Prinzip. Unterschiede liegen in der mehr oder weniger detaillierten Ausgestaltung.

Niederlande haben auch die Lebensumstände im Blick

So geht der Risikostrukturausgleich in den Niederlanden sogar noch einen Schritt weiter. Er berücksichtigt neben Alter und Geschlecht nicht nur, wie krank ein Versicherter beziehungsweise wie teuer die Behandlung ist, sondern etwa auch, dass Versicherte, die von Sozialhilfe und im sozialen Brennpunkt leben, im Durchschnitt statistisch signifikant höhere Gesundheitskosten verursachen als Versicherte im gutbürgerlichen Stadtviertel mit festem Arbeitsverhältnis. Aber auch die Sterbewahrscheinlichkeit, die Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Hausärzten sowie die Anzahl der Pflegebetten in einer Region fließen in die Berechnung ein. Das Ausgleichsmodell zur Berechnung der voraussichtlichen Krankheitskosten wird jedes Jahr aktualisiert. Die Krankenversicherer stellen die dafür notwendigen Versichertendaten zur Verfügung.

Das College voor Zorgverzekeringen (CVZ), ein selbstständiges Verwaltungsorgan vergleichbar dem Bundesversicherungsamt in Deutschland, verwaltet den Fonds. Das CVZ ist auch mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs beauftragt. Die Regierung legt jedes Jahr die Höhe der insgesamt für den Risikostrukturausgleich verfügbaren Summe für das folgende Kalenderjahr fest. Die Versicherer kalkulieren ihre nominalen Prämien unter anderem auf der Basis der Höhe des Zuweisungsbetrags.

Die Krankenversicherung trägt also ein finanzielles Risiko, da sie ungeachtet ihrer tatsächlichen Kosten in dem betreffenden Kalenderjahr mit den Einkünften aus dem Zuweisungsbetrag und den nominalen Prämien auskommen muss. Ziel ist ähnlich wie in Deutschland, dass die Versicherer die erhaltenen Mittel möglichst zweckmäßig verwenden und keine Risikoselektionsstrategien zu Lasten bestimmter Versicherter betreiben. Die Versicherungsnehmer können jedes Jahr zu einer anderen Versicherungsgesellschaft wechseln, wenn sie mit der angebotenen Versorgungsleistung oder der Prämie oder beidem nicht zufrieden sind.

Schweiz blickt nicht ohne Neid auf Deutschland

In der Schweiz fällt die Gesundheitspolitik in die Zuständigkeit der Kantone. Der Bund hat allerdings in den vergangenen Jahren Rahmenbedingungen für einen RSA gesetzt. Die Kriterien für dessen Berechnung sind nicht so detailliert ausgestaltet wie in Deutschland (siehe *ams*-Stichwort S. 5) oder den Niederlanden. Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern erfolgt seit Mitte der 90er Jahre nach Alter, Geschlecht und seit 2012 nach Krankheitsrisiko gebildeten Risikogruppen in einem Kanton.

Für das Krankheitsrisiko ist die konkrete Erkrankung bisher unerheblich. Ausschlaggebend für die Einstufung des Krankheitsrisikos ist der Aufenthalt im Krankenhaus oder Pflegeheim. Eine Risikogruppe umfasst zum Beispiel alle 26 bis 30-jährigen Männer in einem bestimmten Kanton, die im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Krankenhaus- oder Pflegeheim hatten.

Auch die Schweiz hat mittlerweile erkannt, dass mit dem gegenwärtigen Risikoausgleich die hohen Kosten bestimmter Versichertengruppen nicht ausgeglichen werden können – etwa bei Diabetikern, deren Krankheit vornehmlich ambulant behandelt wird. Deswegen sollen zusätzliche Morbiditätsfaktoren eingeführt werden. Unter anderem geht es dabei um die Einbeziehung von Medikamenten. Solche Daten sollen vor allem als Indikatoren für chronische Krankheiten dienen. Allerdings räumt das eidgenössische Bundesamt für Gesundheit selbst ein, dass die Einführung dieses neuen Ausgleichskriteriums noch einige Jahre dauern wird, insbesondere weil die Daten zur Bildung von pharmazeutischen Kostengruppen bei den Versicherern – im Unterschied zu Deutschland und den Niederlanden - noch nicht in ausreichender Vollständigkeit und Qualität zur Verfügung stünden. Deshalb blickt man in der Schweiz mit gewissem Neid auf den Morbi-RSA in Deutschland.

(rbr)

ams-Chronik

Von der KVdR über den RSA bis hin zum Morbi-RSA

27.05.15 (ams). Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Jahr 2009 ist das Ergebnis einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Ausgleichsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei wurde die Morbiditätsorientierung des Ausgleichs bereits von Anfang an mitgedacht. Die wichtigsten Stationen auf dem Weg zum Morbi-RSA:

1977:

Einführung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) mit einem Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Dieses KVdR-Ausgleichsverfahren hat die erhöhten Ausgaben für Rentner bei einzelnen Krankenkassen durch Zahlungen untereinander ausgeglichen. Dabei wurden den Krankenkassen immer die tatsächlich entstandenen Ausgaben für Rentner erstattet (sogenannter Ist-Kosten-Ausgleich).

1992:

Gesundheitspolitischer Konsens von Lahnstein: Die Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP sowie die SPD-Opposition legen im Herbst 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Grundstein für mehr Wettbewerb in der GKV. Das Gesetz beinhaltet die Einführung der freien Kassenwahl und eines GKV-weiten Risikostrukturausgleichs (RSA) als Regelwerk im Kassenwettbewerb.

1994:

Einführung des RSA. Alle Krankenkassen sollen durch diesen neuen Finanzausgleich gleiche Chancen im Wettbewerb haben. Risikoselektion zu Lasten von alten und kranken Menschen soll vermieden werden. Das Risiko wird in Form der Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht der Versicherten, der Art des Krankengeldanspruchs sowie der gesonderten Berücksichtigung der versicherten Erwerbsminderungsrentner erfasst. Zugleich wird auch die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder sowie der Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen berücksichtigt. Die KVdR bleibt zunächst außen vor und funktioniert nach ihrem bisherigen System parallel weiter. Die sogenannte Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSA-V) regelt die konkrete Durchführung und wird später auch die rechtliche Grundlage für Disease-Management-Programme (DMP).

1995:

Der RSA wird auf die ganze GKV ausgeweitet, allerdings nach den Rechtskreisen Ost und West getrennt, und löst in der KVdR den ineffizienten Ist-Kosten-Ausgleich ab.

1996:

Versicherte können ihre Krankenkasse frei wählen und werden nicht mehr automatisch aufgrund ihres Arbeitnehmerstatus beziehungsweise ihrer Berufsgruppe einer Krankenkasse zugewiesen. Dadurch entsteht zwischen den Kassen ein verstärkter Wettbewerb um sogenannte gute Risiken, also um Versicherte mit geringen Krankheitskosten und möglichst hohen Einkommen.

1999:

Das GKV-Finanzstärkungsgesetz schreibt die Einführung eines vollständig gesamtdeutschen RSA ab dem Jahr 2000 vor: Schrittweise wird die bislang bestehende Unterscheidung zwischen Ost und West in der GKV aufgelöst. Dies geschieht dadurch, dass nun alle Ausgaben und Einnahmen der GKV einheitlich für die Berechnungen im RSA berücksichtigt werden.

2002:

Die RSA-Reform sieht die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bis Ende 2006 vor. Im Vorgriff darauf werden Versicherte mit chronischen Krankheiten im RSA gesondert berücksichtigt, wenn sie in ein akkreditiertes Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben sind. Für besonders aufwändige Leistungsfälle wird ein GKV-weiter Risikopool eingerichtet.

2004:

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums schlägt ein Klassifikationsverfahren für den Morbi-RSA vor. Die Ankoppelung der DMP und der Risikopool sollen wieder entfallen.

2005:

Das Bundesverfassungsgericht weist eine Klage der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den RSA ab. In der Begründung zur Entscheidung vom 18. Juli 2005 heißt es, der RSA diene dem sozialen Ausgleich. Ohne RSA sei der vom Gesetzgeber gewollte Kassenwettbewerb nicht gewährleistet. Auch das Gesetz zur RSA-Reform und der geplante Morbi-RSA seien mit der Verfassung vereinbar.

2006:

Die Große Koalition verschiebt mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz die Einführung eines Morbi-RSA von 2007 auf 2009, den Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds. Vorgesehen ist, dass künftig 50 bis 80 Krankheiten im

Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Mit der 14. RSA-Änderungsverordnung erhalten die Krankenkassen die rechtliche Grundlage, um die für einen Morbi-RSA notwendigen Daten zu erfassen.

2007:

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht die Einführung eines Gesundheitsfonds 2009 und die zeitgleiche Morbiditätsorientierung des RSA vor. Dazu soll ein Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt eine Liste von 80 Krankheiten vorlegen, für die Morbiditätszuschläge gezahlt werden sollen.

2009:

Der Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA starten.

2011:

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts kommt in seinem Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums über das erste Jahr Morbi-RSA zu dem Ergebnis, dass kein „Übermaß“ an Morbiditätsorientierung festgestellt werden kann. Im Gegenteil: Die Einführung des Morbi-RSA hat die Zielgenauigkeit des RSA deutlich verbessert. Der Beirat mahnt zugleich Korrekturen bei der Berechnung der Ausgaben für Versicherte an, die im Jahresverlauf versterben.

2013:

Das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen entscheidet, dass der Fehler bei der Berechnung der Ausgaben für im Jahresverlauf verstorbene Versicherte korrigiert und das Ausgleichsverfahren des Bundesversicherungsamts ab 2013 umgestellt werden müssen.

2014:

Das Bundessozialgericht bestätigt die Verfassungsmäßigkeit des Morbi-RSA und weist damit rechtliche Bedenken einzelner Krankenkassen endgültig ab.

2014:

Das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz führt bei Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte partielle Ist-Kosten-Ausgleiche ein, die ebenfalls ab 2015 umzusetzen sind. Diese Ist-Kosten-Ausgleiche gelten als Übergangslösung. Denn zeitgleich wurden Gutachten in Auftrag gegeben, die bis Ende 2015 erste Vorschläge erarbeiten sollen, wie das Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte sinnvoll weiterentwickelt werden kann.

Weitere Informationen im Detail auch in der Reformdatenbank:
www.aok-reformdatenbank.de



ams-Service

Zahlen – Fakten – Links

Im Jahresdurchschnitt 2014 waren **70,3 Millionen** Menschen gesetzlich versichert. **34,6 Prozent** (24,3 Millionen) davon bei der AOK.

Im Jahresdurchschnitt 2014 waren **15,2 Millionen** Menschen **über 65 Jahre** gesetzlich versichert. **40 Prozent** (6,1 Millionen) davon bei der AOK.

Das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds beträgt 2015 **GKV-weit 168 Milliarden Euro**.

2015 erhält die GKV durchschnittlich Zuweisungen in Höhe von **2.811 Euro pro Versicherten**.

Die **DMP-Kostenpauschale** 2015 liegt bei **143,04 Euro** je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten.

Das Dossier zum Morbi-RSA:
www.gesundheitsfonds.de



Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bmg.bund.de › Themen › Krankenversicherung ›
Finanzierung › Gesundheitsfonds

www.bmg.bund.de › Themen › Krankenversicherung ›
Finanzierung › Risikostrukturausgleich (RSA)

www.bmg.bund.de › Themen › Krankenversicherung ›
Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung



Informationen des Bundesversicherungsamtes:
www.bundesversicherungsamt.de › Gesundheitsfonds

www.bundesversicherungsamt.de › Risikostrukturausgleich

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

