

Denn die Einbürgerungsvoraussetzungen hierzu liegen nicht vor. Aufgrund der zahlreichen Geldstrafen, zu denen die Klägerin verurteilt worden ist, übersteigen die Tagesätze zu denen die Klägerin verurteilt worden ist den Rahmen der 90 Tagessätze nach § 12a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StAG in der Summe nicht nur geringfügig, so dass es an der Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen der strafrechtlichen Unbescholtenheit gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 4 und § 10 Abs. 1 Nr. 5 StAG fehlt.

Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung dagegen eingewendet hat, dass sie zu Unrecht verurteilt worden sei, kann dies dahingestellt bleiben. Denn es ist nicht Aufgabe

der Verwaltungsgerichte, Strafurteile auf ihren materiellen Inhalt hin zu überprüfen. Insoweit ist das erkennende Gericht an die vorhandenen Vorstrafen der Klägerin, welche von der ordentlichen Gerichtsbarkeit ausgewiesen worden sind, gebunden.

Nach alledem kommt ein Einbürgerungsanspruch auf gar keinen Fall in Betracht, so dass letztendlich die Klage bei allen Problemen und Bedenken gegen das von der Behörde durchgeführte Verfahren abzuweisen war.

Einsender: VRiVG Hans-Hermann Schild, Wiesbaden.

Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse

Von Frank Burmester, Hamburg*

1. Einleitung

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat zum 01.07.2012 eine wesentliche Neuerung im Bereich der medizinischen Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern eingeführt: Die Übertragung der medizinischen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben (Grundleistungsberechtigte), auf eine Krankenkasse. Dieses Modell ist – mit Ausnahme von Bremen – bundesweit einzigartig.

Im nachfolgenden Beitrag erfolgt zunächst eine kurze Zusammenfassung der Diskussion über dieses Modell auf Bundesebene. Anschließend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Ausgangslage vor der Umstellung sowie das konkrete Verfahren in der Freien und Hansestadt Hamburg näher erläutert. Abschließend erfolgt eine Evaluation und Bewertung des Modells.

2. Zusammenfassung der Diskussion auf Bundesebene

Das Modell der Betreuung der Grundleistungsberechtigten über eine Krankenkasse hat an Aktualität gewonnen und wird zurzeit bundesweit intensiv diskutiert.

Grund hierfür ist insbesondere die Novellierung des Asylbewerberleistungsrechts¹ zur Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts.² Im Rahmen dieser Gesetzesnovelle hatte der Bund das Thema der Gesundheitsversorgung zunächst ausgeklammert und beabsichtigt, dieses erst zu einem späteren Zeitpunkt anzugehen. Im Zuge der Einigungsversuche zwischen Bund und Ländern hinsichtlich einer finanziellen Entlastung der Länder und Kommunen aufgrund der erheblich gestiegenen Flüchtlingszahlen konnte die Freie

und Hansestadt Hamburg jedoch erfolgreich einen Plenar Antrag in die 926. Sitzung des Bundesrates am 10.10.2014 einbringen, der insbesondere folgende Regelungen vorsah (siehe BR-Drs. 392/2/14):

- Gesetzlich verpflichtende Einbeziehung der Grundleistungsberechtigten in die Versorgung durch eine Krankenkasse nach § 264 SGB V;
- Orientierung an den Leistungen des SGB XII, da die derzeitigen Regelungen des AsylbLG zu unbestimmt und in der Praxis nur schwer umsetzbar sind;
- Ermächtigung des zuständigen Bundesministeriums, durch Rechtsverordnung Leistungseinschränkungen bundeseinheitlich zu definieren;
- Kostentragung des Bundes für die Gesundheitsversorgung der Grundleistungsberechtigten, um die Länder und Kommunen finanziell zu entlasten.

Im Rahmen einer Besprechung zur Asyl-/Flüchtlingspolitik am 23.10.2014 vereinbarten Kanzleramtsminister Altmaier und die Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder, u.a. eine Arbeitsgruppe zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen auf Fachebene einzurichten, die sich insbesondere mit dem in Hamburg und Bremen praktizierten Modell der Versorgung von Grundleistungsberechtigten über eine Krankenkasse befassen sollte.

* Der Autor ist Leiter des Referates Steuerung der Kosten der Unterkunft und der Hilfen zur Gesundheit der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration in Hamburg; der Beitrag wurde in leicht veränderter Form erstmals in der Zeitschrift »Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge e.V.« (NDV) – Ausgabe 3/2015 veröffentlicht.

1 Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialrechtsgesetzes, siehe BT-Drs. 18/2592 oder BR-Drs. 392/12.

2 BVerfG, Urteil vom 18.07.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 –, InfAuslR 2012, 371.

In der Sitzung dieser Arbeitsgruppe beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 07.11.2014 hat die Freie und Hansestadt Hamburg ihre Erfahrungen mit der Betreuung von Grundleistungsberechtigten gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Ländern präsentiert. Das Hamburger Modell wurde insgesamt sehr positiv bewertet, wengleich auch einige Länder Hindernisse bei der Umsetzung in den Flächenstaaten gesehen haben.

Im Folgenden haben sich Bund und Länder am 28.11.2014 über ein »Gesamtkonzept zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern« verständigt und in diesem Rahmen u.a. vereinbart, die begonnenen Gespräche über Vereinfachungs- und Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung fortzusetzen. Dabei soll der Bund gemeinsam mit den Ländern prüfen, wie es den interessierten Flächenländern ermöglicht wird, die Gesundheitskarte für die ihnen zugewiesenen Asylbewerber einzuführen, mit dem Ziel, dem Deutschen Bundestag einen entsprechenden Gesetzentwurf zuzuleiten.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat die Freie und Hansestadt Hamburg den »Fachtag Gesundheitsversorgung für Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg« am 08.12.2014 in Berlin veranstaltet. In diesem Rahmen wurde die Hamburger Umsetzung des Modells zur Einbeziehung der Grundleistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versorgung einer Krankenkasse einem Fachpublikum aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Kommunen präsentiert. Das sehr große Interesse und die Vielzahl der Anmeldungen zu diesem Fachtag haben den hohen Informations- und Gesprächsbedarf bestätigt.

Beim BMG hat im Februar 2015 eine weitere Besprechung mit Vertreterinnen und Vertretern von Bundesministerien, Ländern, des GKV-Spitzenverbandes und des AOK-Bundesverbandes stattgefunden, um die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zur Einführung des Modells der Betreuung der Grundleistungsberechtigten über eine Krankenkasse in den interessierten Ländern zu sondieren.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Nach § 4 Abs. 1 AsylbLG ist grundsätzlich nur eine Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sicherzustellen. Dies schließt auch Arznei- und Verbandmittel sowie Zahnersatz ein, soweit letzterer aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Über § 6 AsylbLG wird dieses Leistungsspektrum jedoch erweitert und nähert sich damit dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an, der allen GKV-Versicherten zusteht. Die Leistungen nach § 4 Abs. 2 und 3 AsylbLG, also Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen, amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen, entsprechen bereits dem GKV-Niveau.

Die Gesundheitsleistungen werden von der Anspruchseinschränkung nach § 1a AsylbLG, z.B. bei Personen, bei denen aus von ihnen zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können, nicht erfasst.

Zwar hat der Gesetzgeber in § 4 Abs. 3 Satz 1 AsylbLG der jeweils zuständigen Behörde eine Verpflichtung zur Gesundheitsversorgung vorgegeben, nicht jedoch präzisiert, auf welche Art und Weise dies geschehen soll.

4. Ausgangslage in der Freien und Hansestadt Hamburg vor der Übertragung der medizinischen Versorgung der Grundleistungsberechtigten nach dem AsylbLG auf eine Krankenkasse

Bis Ende Juni 2012 wurde in der Freien und Hansestadt Hamburg ein Direktversorgungssystem durch den Träger der Leistungen des AsylbLG praktiziert. Dieses Modell war mit einem sehr hohen Verwaltungs- und Kostenaufwand verbunden, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen:

4.1 Aufgabenverteilung in der Freien und Hansestadt Hamburg

Im Rahmen des Direktversorgungssystems waren die Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung (ZEA) bzw. die bezirklichen Sozialämter zuständig für die Bearbeitung der Anträge und die Leistungsbewilligung im Einzelfall, insbesondere durch Ausgabe von Behandlungsausweisen. Die bezirklichen Gesundheitsämter sind für Stellungnahmen und Gutachten zu Leistungsanträgen im Einzelfall (z.B. Zahnersatz) zuständig gewesen. Die Sozialbehörde als ministerielle Behörde übernahm die Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, erstellte fachliche Vorgaben für die Bezirke und trug die Verantwortung für die Prüfung und Abrechnung der Gesundheitsleistungen über die bei ihr zugeordnete Zentrale Abrechnungsstelle.

4.2 Aufbau krankenkassenähnlicher Strukturen bis Juni 2012

Der Hamburger Rechnungshof prüfte im Laufe der letzten Jahre immer wieder die Leistungsgewährung und Abrechnung des genannten Direktversorgungssystems und bemängelte u.a., dass keine verlässliche Sicherstellung der gesetzlichen Leistungseinschränkungen des AsylbLG erfolge, es keine ausreichende Prüfung der Abrechnungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit gebe und es an Verträgen mit den Leistungserbringern fehle.

In der Konsequenz wurde daher zunächst versucht, den Krankenkassen entsprechende Strukturen in der Freien und Hansestadt Hamburg zu schaffen. Unterm Strich war dies jedoch unmöglich. Insbesondere die Definition der Leistungseinschränkungen gestaltete sich schwierig: Auch unter Beteiligung von Fach- und Rechtsexperten war es kaum möglich, abstrakt-generelle Ausschlüsse und Einschränkungen festzulegen. Zudem waren einige Vertragspartner/innen nicht bereit, sich zur Einhaltung von Leistungseinschränkungen zu verpflichten, um ihren Mitgliedern nicht das Risiko etwaiger Fehleinschätzungen im Einzelfall aufzubürden. Teilweise fehlte gänzlich die Bereitschaft von Leistungserbringern zum Abschluss von Verträgen. Zu bemerken war auch die vergleichsweise schwache Verhandlungsposition des Trägers der Leistungen nach dem AsylbLG aufgrund der im Vergleich zu den Mitgliedern der Krankenkassen relativ kleinen Gruppe der Grundleistungsberechtigten. Darüber hinaus ist der Träger der Leistungen nach dem AsylbLG grundsätzlich nicht im SGB V verankert, so dass die für Krankenkassen selbstverständlichen Regelungen mühsam erkämpft werden mussten (z.B. elektronischer Datenaustausch) bzw. gar nicht zur Anwendung kamen (z.B. eine Budgetierung bei den ärztlichen Leistungen). Ferner verfügte die Freie und Hansestadt Hamburg über keine ausreichende Zahl an Fachexpertinnen

und Fachexperten für die verschiedenen Leistungsbereiche des SGB V, was sich sowohl auf die Vertragsverhandlungen und Leistungsbewilligungen als auch auf die Abrechnungsprüfung auswirkte.

5. Das Modell der Betreuung durch die AOK Bremen/Bremerhaven (AOK) in der Freien und Hansestadt Hamburg ab dem 01.07.2012

Nach mehreren Anläufen konnte dieses Direktversorgungssystem schließlich zum 01.07.2012 durch das Modell der Betreuung über eine Krankenkasse abgelöst werden. Als Vertragspartnerin konnte hierfür die AOK Bremen/Bremerhaven gewonnen werden. Seitdem erhalten alle Grundleistungsberechtigten nach dem AsylbLG in der Freien und Hansestadt Hamburg eine eigene Krankenversicherungskarte.

5.1 Auswahl der Vertragspartnerin

Im Vorfeld der Verhandlungen über einen Vertrag zur Betreuung der Grundleistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V ist geprüft worden, ob das Vergaberecht Anwendung auf die Beauftragung einer Krankenkasse findet. In einem Gutachten kamen die beauftragten Rechtsanwälte zu dem Ergebnis, dass sich eine Verpflichtung zur Ausschreibung nach Maßgabe der vergaberechtlichen Regelungen nicht feststellen lasse. Im Übrigen hatte die AOK Bremen/Bremerhaven bereits mehrjährige Erfahrungen mit diesem Modell mit dem Land Bremen und war vor diesem Hintergrund auch die einzige Krankenkasse, die Interesse hatte, diese Aufgabe zu übernehmen.

5.2 Vereinbarte Leistungseinschränkungen und Verfahren

Die Betreuten nach § 264 Abs. 1 SGB V sind grundsätzlich den GKV-Mitgliedern verfahrens- und leistungsrechtlich gleichgestellt. Allerdings gibt es aufgrund der §§ 4 und 6 AsylbLG einige Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse. Folgende Leistungen können von den Grundleistungsberechtigten nicht in Anspruch genommen werden:

- freiwillige Zusatzleistungen, die von der AOK außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen des SGB V angeboten werden,
- Leistungen im Ausland,
- strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern eine gesonderte Genehmigung durch die AOK erforderlich ist und
- künstliche Befruchtungen.

Darüber hinaus können folgende Leistungen nur eingeschränkt in Anspruch genommen werden:

- Langzeitpsychotherapien,
- Vorsorgekuren,
- Rehabilitationsmaßnahmen und
- Zahnersatz.

Die Erstanmeldung bei der AOK erfolgt durch die ZEA mit einem Vordruck. Es wird daraufhin eine auf derzeit sechs Monate befristete Ersatzkarte und ein Ausweis für die Befreiung von Zuzahlungen ausgestellt, die von der AOK an die ZEA übersandt und von der ZEA an die Grundleistungsberechtigten nebst einem in verschiedenen Sprachen

vorliegenden Merkblatt übergeben wird. Sofern eine ärztliche Behandlung erforderlich ist, bevor die Ersatzkarte vorliegt, erfolgt eine direkte Klärung der Absicherung zwischen der/dem behandelnden Ärztin/Arzt und der AOK oder hilfsweise die Ausgabe einer Bescheinigung der ZEA zur Versorgung über die AOK zur Vorlage bei der Ärztin/dem Arzt.

Nach Beendigung der Zuständigkeit der ZEA (Wechsel von der Erst- zur Folgeunterbringung) und Übernahme der Zuständigkeit durch die Sozialämter erfolgt durch das örtlich zuständige Sozialamt eine Ummeldung bei der AOK per Vordruck zum Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die bzw. der Grundleistungsberechtigte erhält dann eine Bildanforderung von der AOK für das Identifizierungsphoto auf der Karte (sofern 16 Jahre oder älter), die ausgefüllt und mit Foto versehen beim Sozialamt abgegeben und von dort aus an die AOK versendet wird. Der Versand der eGK erfolgt anschließend direkt an die Grundleistungsberechtigte bzw. den Grundleistungsberechtigten.

Auch bei der Beendigung der Gesundheitsversorgung erfolgt die Abmeldung via Vordruck durch die Sozialämter. Die AOK bestätigt schriftlich die vorgenommene Abmeldung und sperrt die betreffende eGK. Das Sozialamt zieht die eGK ein.

5.3 Vereinbarte Vergütung

Die AOK erhält die Leistungsausgaben für die Betreuten nach § 264 Abs. 1 SGB V in vollem Umfang erstattet. Zudem wird eine Verwaltungskostenpauschale von derzeit 10 € pro Monat und Person gezahlt. Für die Bereitstellung der eGK werden einmalig 8 € pro Person berechnet, Folgekarten – auch bei Verlust – sind damit abgegolten. Für die Nutzung des MDK werden 5 € je Bedarfsgemeinschaft und Jahr in Rechnung gestellt.

6. Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Freien und Hansestadt Hamburg

6.1 Vorteile des Verfahrens

Die Zusammenarbeit mit der AOK hat auf der Ebene der Verwaltung zu erheblichen Erleichterungen sowohl im ministeriellen als auch im operativen Bereich geführt. Die Notwendigkeit komplexer und aufwändiger Verträge mit Leistungserbringern ist vollständig entfallen. Darüber hinaus sind auch keine fachlichen Vorgaben für die verschiedenen Leistungsbereiche mehr erforderlich.

Auf operativer Ebene ist einerseits die Zentrale Abrechnungsstelle entlastet, da keine Direktabrechnung der einzelnen Leistungserbringer mit der Freien und Hansestadt Hamburg erfolgt. Andererseits sind auch die ZEA sowie die bezirklichen Sozial- und Gesundheitsämter entlastet, da grundsätzlich keine Prüfung und Bewilligung von Leistungsanträgen mehr erforderlich ist.

Darüber hinaus profitiert die Freie und Hansestadt Hamburg allgemein von den Regelungen des SGB V (z.B. Budgetierung von ärztlichen Leistungen) sowie vom Know-how und von der starken Verhandlungs- und Rechtsposition der AOK als Krankenkasse bei Vertragsschlüssen mit Leistungsanbietern.

6.2 Vorteile für Grundleistungsberechtigte und Leistungserbringer

Für die Grundleistungsberechtigten bedeutet die eGK eine Vereinfachung, wenn sie zur Ärztin oder zum Arzt gehen. Für die Leistungserbringer wiederum entstehen durch die Anwendung der bekannten Regelverfahren des SGB V – insbesondere durch die Abrechnung über eine Krankenkasse – ebenso Erleichterungen.

6.3 Kostenvermeidungen

In der Hamburger Sozialbehörde konnten bislang 14 Stellen abgebaut werden, was einer Kostenvermeidung von rd. 1 Mio. € pro Jahr entspricht. Weitere Stellen werden bei entsprechenden Fluktuationen, wie zum Beispiel Altersabgängen, abgebaut werden können. Zudem konnten durch die Erleichterungen im Verwaltungsverfahren zusätzliche Personalkosten – z.B. vor dem Hintergrund von Fallzahlsteigerungen – in

Höhe von kalkulatorisch rd. 540.000 € vermieden werden. Darüber hinaus ist der Bedarf an spezieller IT-Software sowie Räumlichkeiten entfallen.

Das gesamte Kostenvermeidungsvolumen beträgt somit insgesamt rd. 1,6 Mio. € pro Jahr. Demgegenüber stehen Aufwendungen für Verwaltungskostenpauschalen, für den MDK sowie für die Bereitstellung der eGK. Insgesamt überwiegen die Minderausgaben aber deutlich.

6.4 Entwicklung der Fallzahlen und Pro-Kopf-Ausgaben

Die Zahl der Betreuten bei der AOK nach § 264 Abs. 1 SGB V hat seit der Einführung des Verfahrens zum 01.07.2012 kontinuierlich zugenommen. Waren es zu Beginn noch 4.121 Betreute, stieg die Zahl bis zum Juni 2013 auf 5.359 an (siehe Abb. 1). Durchschnittlich wurden 4.775 Personen pro Monat in dem Zeitraum betreut.

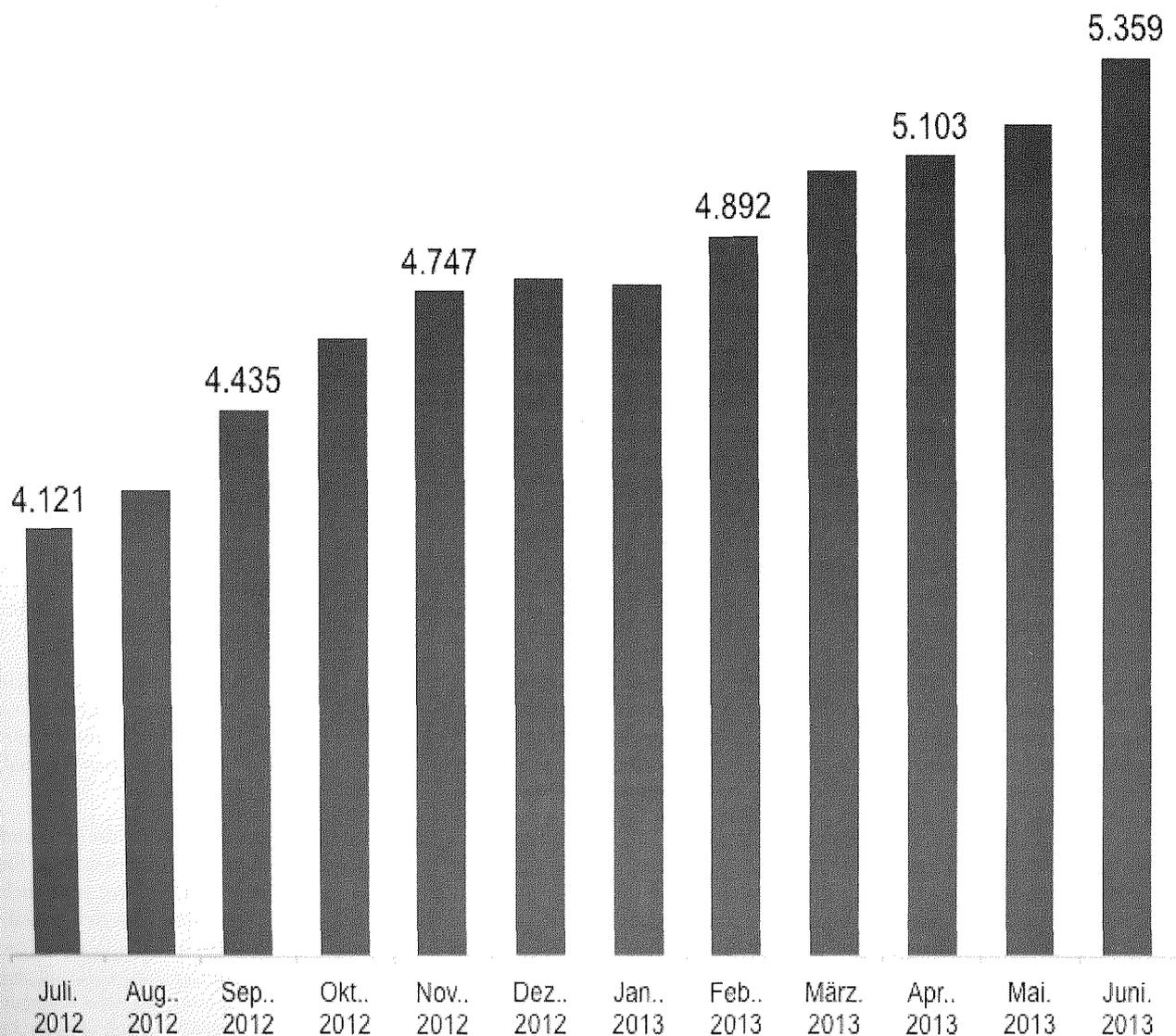


Abb. 1: Anzahl der Betreuten bei der AOK nach § 264 Abs. 1 SGB V zwischen Juli 2012 und Juni 2013, Quelle: AOK Controllingbericht

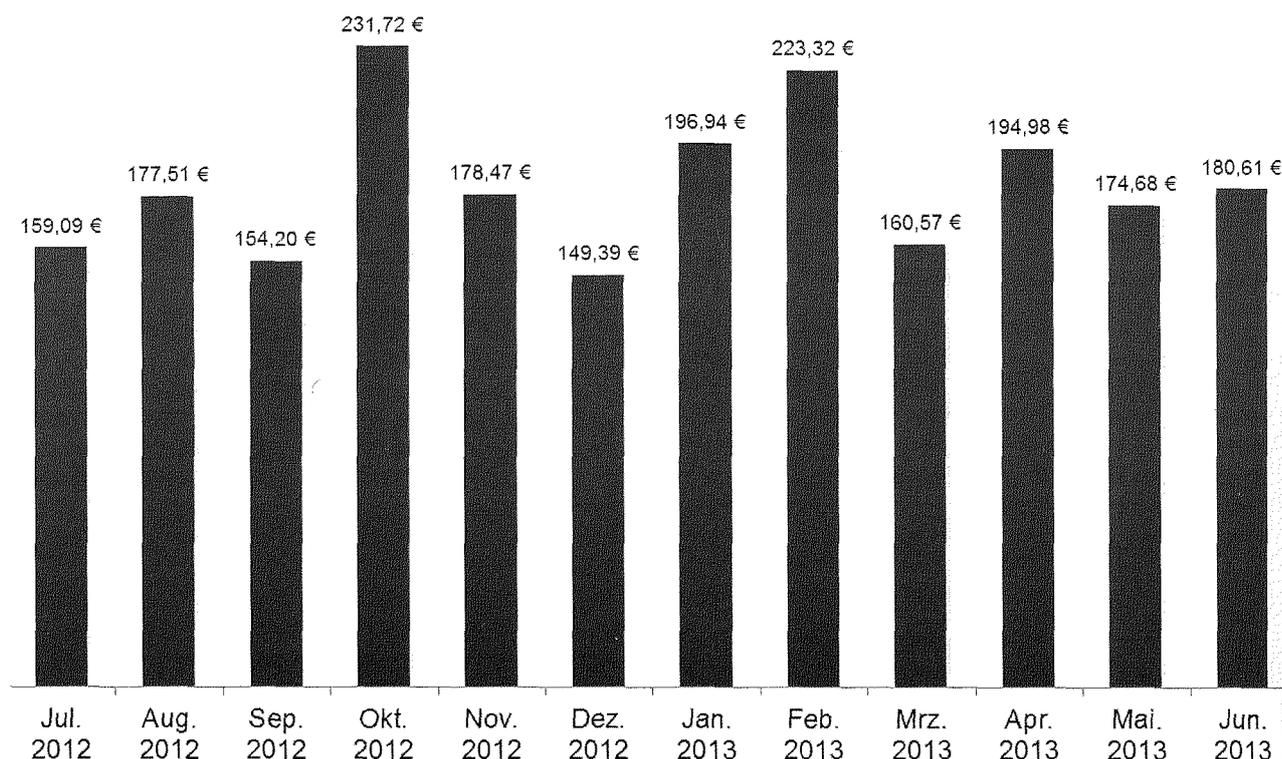


Abb. 2: Pro-Kopf-Ausgaben je Monat (in Euro) für Betreute nach § 264 Abs. 1 SGB V bei der AOK

Diese Entwicklung ist vor allem auf die zunehmende Zahl von Flüchtlingen zurückzuführen, die sich im Anstieg der Zahl der Grundleistungsberechtigten im AsylbLG bemerkbar macht.

Die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben sind dagegen in dem Zeitraum relativ konstant geblieben (siehe Abb. 2).

6.5 Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben vor/nach Umstellung

Der exakte Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben vor und nach der Systemumstellung gestaltet sich schwierig. Zum einen liegen im Zeitraum vor der Übertragung auf die AOK nur Daten zu den Mittelabflüssen vor, nicht jedoch die tatsächlichen Aufwendungen bezogen auf den jeweiligen Leistungszeitpunkt. Aufgrund der verzögerten Abrechnungspraxis der Leistungserbringer sind Mittelabflüsse für die Ermittlung von Pro-Kopf-Ausgaben nicht aussagekräftig. Zudem hat sich bei der Systemumstellung herausgestellt, dass eine erhebliche Differenz bei der Zahl der erfassten Personen und den tatsächlich bei der AOK angemeldeten Personen besteht. Hauptursache hierfür ist die Tatsache, dass viele Grundleistungsberechtigte familienversichert sind.

Außerdem müssen bei einem Kostenvergleich die allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sowie die Änderungen der Rahmenbedingungen im Zeitverlauf berücksichtigt werden, da diese erhebliche Auswirkungen auf

die Kostenentwicklung haben, wie z.B. eine veränderte Zusammensetzung der Gruppe der Grundleistungsberechtigten.

Unter Berücksichtigung dieser methodischen Prämissen zeigt sich im Halbjahresvergleich zwischen dem 1. Halbjahr 2012 (vor Umstellung) und 2. Halbjahr 2012 (nach Umstellung), dass die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben nahezu konstant geblieben sind (178,78 € zu 175,32 €, siehe Abb. 3).

Auch beim Jahresvergleich zwischen dem 2. Halbjahr 2011 und dem 1. Halbjahr 2012 gegenüber dem 1. Halbjahr 2012 und dem 1. Halbjahr 2013 bestätigt sich dieses Ergebnis weitestgehend (176,83 € zu 182,07 €, siehe Abb. 4).

7. Fazit

Insgesamt zieht die Freie und Hansestadt Hamburg eine positive Bilanz.

Durch das Modell der Betreuung der Grundleistungsberechtigten über eine Krankenkasse konnten in der Freien und Hansestadt Hamburg insbesondere Bürokratie und Versorgungsstrukturen abgebaut und Einsparungen bei Personal, Software und Räumlichkeiten realisiert werden.

Aufgrund dieser positiven Erfahrungen begrüßt die Freie und Hansestadt Hamburg die bundesweite Aufmerksamkeit für das Modell. Die Freie und Hansestadt Hamburg wird auch weiterhin seinen Expertise und Erfahrungen in den Gestaltungsprozess einbringen.

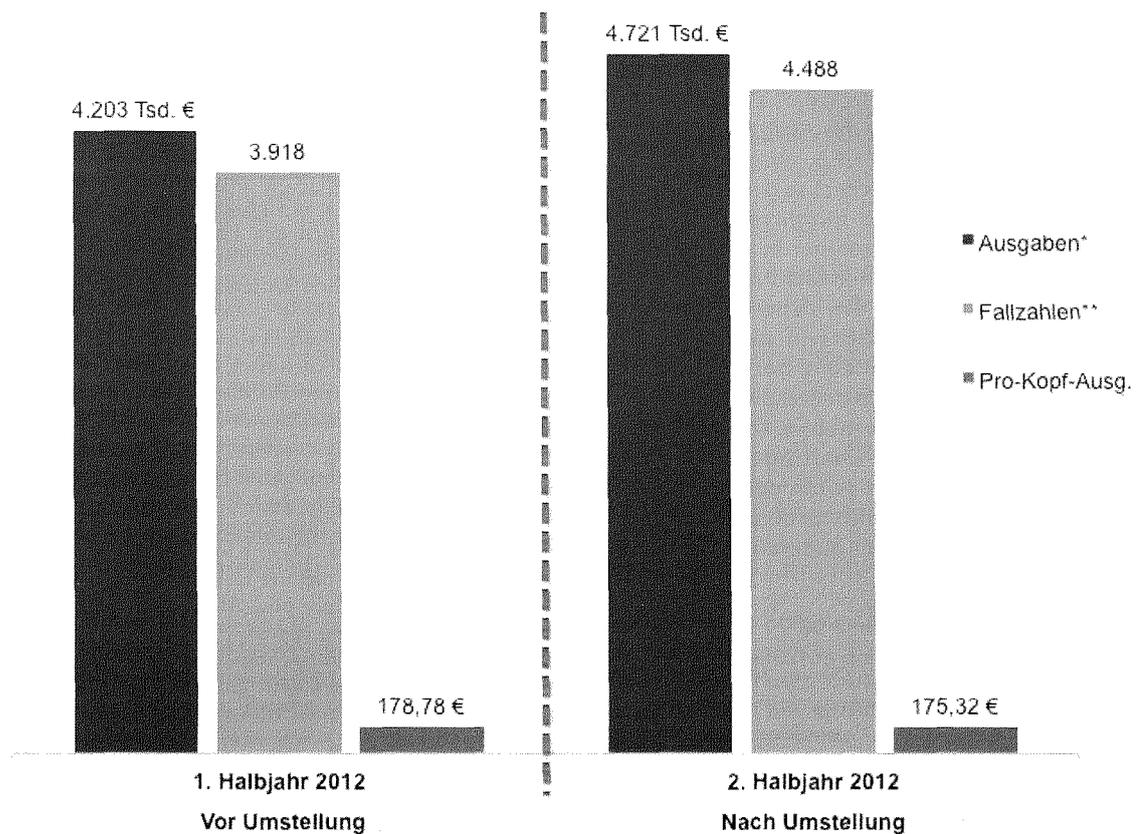


Abb. 3: Halbjahresvergleich 2012

Hinweis: Vor dem im Text oben beschriebenen Hintergrund der Unmöglichkeiten, mussten für einen konstruierten Vergleich hilfsweise die zugrunde liegenden Daten angepasst werden.

*1. Halbjahr 2012: Mittelabflüsse, 2. Halbjahr 2012: Leistungsausgaben

**1. Halbjahr 2012: Bereinigte Fallzahl, 2. Halbjahr 2012: Tatsächlich angemeldete Personen bei der AOK

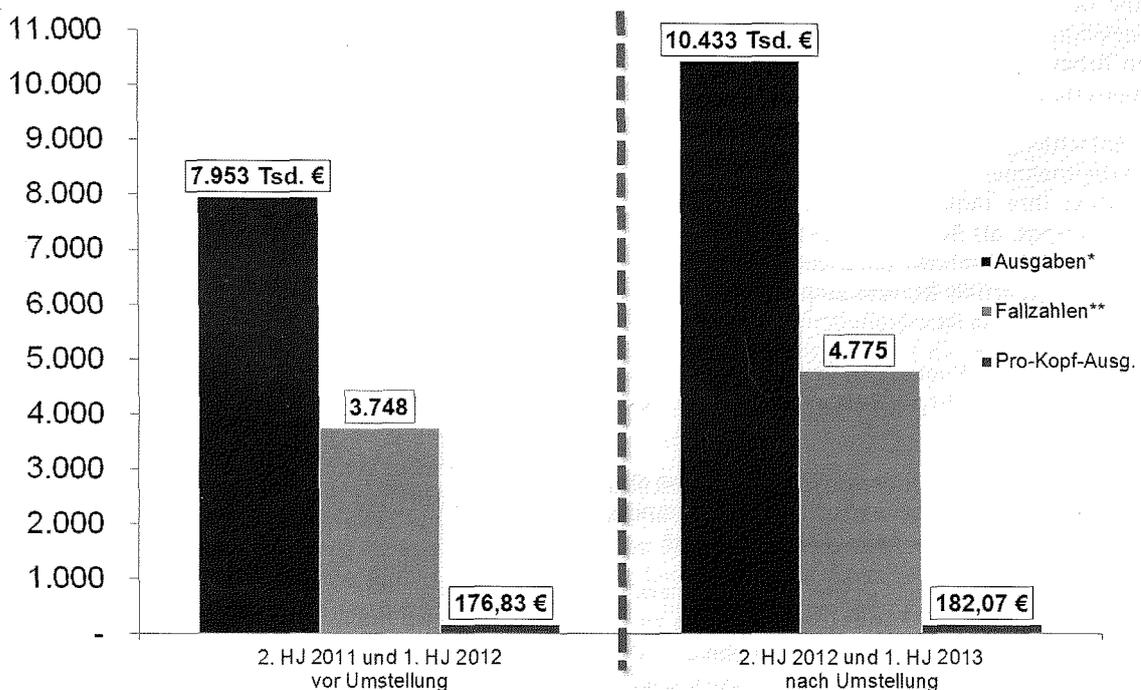


Abb. 4: Jahresvergleich 2011/2012 bzw. 2012/2013

Hinweis: Vor dem im Text oben beschriebenen Hintergrund der Unmöglichkeiten, mussten für einen konstruierten Vergleich hilfsweise die zugrunde liegenden Daten angepasst werden.

*2. Halbjahr 2011/1. Halbjahr 2012: Mittelabflüsse, 2. Halbjahr 2012/1. Halbjahr 2013: Leistungsausgaben

**2. Halbjahr 2011/1. Halbjahr 2012: Bereinigte Fallzahl, 2. Halbjahr 2012/1. Halbjahr 2013: Tatsächlich angemeldete Personen bei der AOK