

FINANZWISSENSCHAFTLICHES FORSCHUNGSIKITUT
AN DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN

Sonderveröffentlichung Nr. 6

Heinz Jaschke
Manfred Kops

Die Ursachen der überdurchschnittlich hohen
Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen
im Münsterland und die Möglichkeiten einer
Beitragssatzverringernng mit Hilfe von
Finanzausgleichsverfahren

Sem.

FINANZWISSENSCHAFTLICHES FORSCHUNGSINSTITUT AN DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN

Direktoren: Prof. Dr. K. H. Hansmeyer, Prof. Dr. K. Mackscheidt

Sonderveröffentlichung Nr. 6

Heinz Jaschke und Manfred Kops

DIE URSACHEN DER ÜBERDURCHSCHNITTlich HOHEN BEITRAGSSÄTZE
DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN IM MÜNSTERLAND UND DIE
MÖGLICHKEITEN EINER BEITRAGSSATZVERRINGERUNG MIT HILFE
VON FINANZAUSGLEICHsverFAHREN

- unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Ortskrankenkassen -

Gutachten erstellt im Auftrag des
Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Köln 1981

| <u>Gliederung</u> | Seite |
|--|-------|
| <u>1. Teil:</u> | |
| <u>PROBLEMSTELLUNG, AUFBAU UND THEORETISCHE GRUNDLEGUNG DER UNTERSUCHUNG</u> | 1 |
| § 1 Problemstellung | 1 |
| § 2 Aufbau der Untersuchung | 16 |
| § 3 Die Entwicklung eines theoretischen Bestimmungskontextes des Kassenbeitragssatzes als Grundlage der empirischen Determinantenanalyse | 17 |
| <u>2. Teil:</u> | |
| <u>DIE EMPIRISCHE VERTEILUNG DER POTENTIELLEN DETERMINANTEN DES KASSENBEITRAGSSATZES</u> | 23 |
| § 4 Über die Einnahmenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten | 23 |
| 4.1. Grundlohnivaudifferenzen | 23 |
| 4.2. Sonstige Faktoren von Finanzierungspotentialdifferenzen | 25 |
| § 5 Über die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten | 26 |
| 5.1. Über die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten in finanzausgleichstheoretischer Gliederung | 26 |
| 5.1.1. Pflichtausgaben | 27 |
| 5.1.2. Satzungsleistungen | 28 |
| 5.1.3. Verwaltungskosten | 30 |
| 5.1.4. Leistungsausgaben für Mitglieder | 30 |
| 5.1.5. Leistungsausgaben für Familienangehörige | 33 |
| 5.1.6. Präventionsausgaben | 34 |
| 5.1.7. Mutterschaftshilfeausgaben | 34 |
| 5.1.8. Zwischenbilanz | 34 |
| 5.2. Über die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten in leistungsstruktureller Gliederung | 38 |
| 5.2.1. Leistungsausgaben für ambulante Behandlung | 39 |
| 5.2.2. Arzneimittelausgaben | 41 |
| 5.2.3. Leistungsausgaben für stationäre Behandlung | 43 |

| | Seite |
|---|-------|
| 5.2.4. Krankengeldleistungen | 43 |
| 5.2.5. Mutterschaftshilfeleistungen | 43 |
| 5.2.6. Sonstige Leistungsausgaben | 46 |
| 5.2.7. Zwischenbilanz | 49 |
| § 6 Über die Mitgliederstruktur auf die Einnahmen- und Ausgabenseite wirkende indirekte Beitragssatzdeterminanten | 51 |
| 6.1. Anteil weiblicher Mitglieder | 51 |
| 6.2. Durchschnittsalter der Mitglieder | 51 |
| 6.3. Anteil der Pflichtmitglieder | 53 |
| 6.4. Anteil der Arbeitslosen | 53 |
| 6.5. Anteil der Jugendlichen und Behinderten | 53 |
| 6.6. Anteil von Studenten und Praktikanten | 55 |
| 6.7. Anteil von Ausländern | 55 |
| 6.8. Anteil Schwerbehinderter | 55 |
| § 7 Über geographische und demographische Kassenbezirksmerkmale auf die Einnahmen- und Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten | 57 |
| § 8 Über regionale Versorgungsunterschiede auf die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten | 61 |
| 8.1. Ärztliche Versorgung | 61 |
| 8.2. Zahnärztliche Versorgung | 63 |
| 8.3. Krankenhausversorgung | 64 |
| <u>3. Teil:</u> | |
| <u>DIE EMPIRISCHE ANALYSE DER ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN BEITRAGSSATZHOHE UND BEITRAGSSATZDETERMINANTEN</u> | |
| § 9 Zusammenhänge zwischen Beitragssatzhöhe und 'direkten' Beitragssatzdeterminanten | 67 |
| 9.1. Beitragssatz und Grundlohniveau | 68 |
| 9.2. Beitragssatz und Ausgabenhöhe | 70 |
| § 10 Zusammenhänge zwischen Beitragssatzhöhe und indirekten Beitragssatzdeterminanten | 74 |
| 10.1. Beitragssatz und Mitgliederstruktur | 74 |
| 10.2. Beitragssatz und Kassenbezirks-/ Versorgungsmerkmale | 75 |

| | Seite |
|---|-------|
| § 11 Zusammenhänge innerhalb der Gruppe der Beitrags- satzdeterminanten | 77 |
| 11.1. Mitgliederstruktur und Grundlohniveau | 78 |
| 11.2. Mitgliederstruktur und Ausgabenhöhe | 78 |
| 11.3. Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmale und Ausgabenhöhe | 81 |
| 11.4. Zusammenhänge zwischen Leistungsstruktur- komponenten | 85 |
| § 12 Zusammenfassung | 87 |
| <u>4. Teil:</u> | |
| <u>DER FINANZAUSGLEICH ALS INSTRUMENT ZUR VERRINGERUNG DER BEITRAGSSATZDIFFERENZEN</u> | 91 |
| § 13 Theoretische Vorüberlegungen zur Abgrenzung und Funktion des Finanzausgleichs | 91 |
| 13.1. Begriffsabgrenzung | 91 |
| 13.2. Zur Legitimation eines ergänzenden aktiven Finanzausgleichs in der Gesetzlichen Kran- kenversicherung | 92 |
| 13.2.1. Distributive Legitimation | 92 |
| 13.2.2. Allokative Legitimation | 93 |
| § 14 Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Finanzausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung | 96 |
| 14.1. Ausgestaltungsmöglichkeiten eines distribu- tionsorientierten Finanzausgleichs | 96 |
| 14.2. Ausgestaltungsmöglichkeiten eines alloka- tionsorientierten Finanzausgleichs | 98 |
| § 15 Simulation der Beitragssatzeffekte unterschiedlicher Finanzausgleichsmodelle für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 99 |
| 15.1. Simulation der Beitragssatzeffekte distribu- tionsorientierter Finanzausgleichsmodelle | 99 |
| 15.1.1. Modelle eines Finanzkraftausgleichs | 99 |
| 15.1.1.1. GL 100 | 101 |
| 15.1.1.2. GL 75 | 103 |
| 15.1.1.3. GL 50 | 105 |
| 15.1.1.4. GL 25 | 107 |
| 15.1.1.5. Zusammenfassender Vergleich | 109 |

| | Seite |
|---|-------|
| 15.1.2. Modelle eines relativen Finanz- bedarfsausgleichs | 109 |
| 15.1.2.1. BP 414 | 109 |
| 15.1.2.2. BP 414 AOKWL | 114 |
| 15.1.2.3. BP 100 | 116 |
| 15.1.2.4. BP 105 | 118 |
| 15.1.2.5. BP 95/105 | 121 |
| 15.1.2.6. BF 100 AOKWL | 125 |
| 15.1.2.8. BMP _r 100 | 127 |
| 15.1.2.9. BFMP _r 100 | 129 |
| 15.1.2.10. BVR 100 | 131 |
| 15.1.3. Kombinationsverfahren | 133 |
| 15.1.3.1. AFGL 100/50 | 133 |
| 15.1.3.2. AFGL 100/75 | 135 |
| 15.1.3.3. AFMP _r GL 100/50 | 137 |
| 15.1.3.4. AFMP _r GL 100/75 | 139 |
| 15.1.4. Zusammenfassender Vergleich | 141 |
| 15.2. Simulation der Beitragssatzeffekte alloka- tionsorientierter Finanzausgleichsmodelle | 143 |
| 15.2.1. Modell eines GKV-internen Finanz- bedarfsausgleichs: AP _r in 100 | 143 |
| 15.2.2. Modelle GKV-externer Finanzbedarfs- ausgleiche | 145 |
| 15.2.2.1. AP _r ex 5 | 145 |
| 15.2.2.2. AF _r ex 100 | 147 |
| 15.2.2.3. AMP _r ex 100 | 149 |
| 15.2.2.4. AFMP _r ex 100 | 151 |
| Zusammenfassung | 154 |
| Literatur | 161 |
| Abkürzungsverzeichnis | 162 |

| <u>Tabellenverzeichnis</u> | Seite |
|---|-------|
| Tab. 1: Beitragssätze, absolute Beitragsleistungen und -differenzen, Leistungsaufwendungen und Mitgliederzahlen der allgemeinen Ortskrankenkassen, 1960 bis 1979 | 2 |
| Tab. 1a: Kassenbeitragssätze in den Kassenbezirken des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Vergleich zum Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt | 12 |
| Tab. 1b: Grundlöhne in den Kassenbezirken des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Vergleich zum Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt | 24 |
| Tab. 2: Absolute und relative Ausgaben für Pflicht- und Satzungsleistungen der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 28 |
| Tab. 3: Absolute und relative Verwaltungskosten der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 31 |
| Tab. 4: Absolute und relative Ausgaben für Mitglieder und Familienangehörige der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 33 |
| Tab. 4a: Absolute und relative Ausgaben für Prävention und Mutterschaftshilfe der Ortskrankenkassen der RVO-Kassen insgesamt | 35 |
| Tab. 5: Die Abweichungen der Kassenbeitragssätze der Ortskrankenkassen des Münsterlandes vom Landesverbandsdurchschnitt vor und nach Elimination des Grundlohneinflusses | 36 |
| Tab. 6: Die Abweichungen der Bedarfssätze für Familienangehörigenausgaben der Ortskrankenkassen des Münsterlandes vom Landesverbandsdurchschnitt vor und nach Elimination des Grundlohneinflusses | 37 |
| Tab. 7: Absolute und relative Ausgaben für ambulante Behandlung der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 40 |
| Tab. 8: Absolute und relative Ausgaben für Arzneimittel der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 42 |
| Tab. 9: Absolute und relative Ausgaben für stationäre Behandlung der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 44 |

| | Seite |
|--|-------|
| Tab.10: Absolute und relative Ausgaben für Krankengeld der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 45 |
| Tab.11: Absolute und relative Ausgaben für Mutterchaftshilfe der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 47 |
| Tab.12: Absolute und relative Ausgaben für sonstige Leistungen der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 48 |
| Tab.13: Frauenanteil (FRQ) und Durchschnittsalter (ALT) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 52 |
| Tab.13a: Pflichtmitgliederanteil (PFQ) und Arbeitslosenanteil (ALQ) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 54 |
| Tab.13b: Anteile der Jugendlichen und Behinderten (JBQ) Studenten und Praktikanten (STQ), Ausländer (AUSQ) und Schwerbehinderten (SWHQ) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt | 56 |
| Tab.14: Geographische und demographische Kassenbezirksmerkmale | 58 |
| Tab.14a: Der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung | 60 |
| Tab.15: Merkmale der ärztlichen Versorgung | 62 |
| Tab.16: Merkmale der zahnärztlichen Versorgung | 64 |
| Tab.17: Merkmale der Krankenhausversorgung | 66 |
| Tab.18: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitragssatz und Grundlohn bei Konstanz der finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabentypen | 69 |
| Tab.19: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitragssatz und Grundlohn bei Konstanz einzelner Leistungsstrukturkomponenten | 69 |
| Tab.20: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitragssatz und Grundlohn bei Konstanz verschiedener Mitgliederstrukturmerkmale | 70 |
| Tab.21: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabenkategorien | 71 |
| Tab.22: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Leistungsstrukturkomponenten | 71 |
| Tab.23: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabekategorien bei Konstanz des Grundlohnniveaus | 72 |
| Tab.24: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Leistungsstrukturkomponenten bei Konstanz des Grundlohnniveaus | 72 |

| | Seite |
|--|-------|
| Tab.25: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und Mitgliederstrukturmerkmalen | 74 |
| Tab.26: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Mitgliederstrukturmerkmalen bei Konstanz des Grundlohn-niveaus | 75 |
| Tab.27: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmalen und dem Kassenbeitrags-satz | 75 |
| Tab.28: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbe-zirks-/Versorgungsmerkmalen und Kassenbei-tragssatz bei Konstanz des Grundlohn-niveaus | 76 |
| Tab.29: Einfache Korrelationen zwischen Mitgliederstrukturmerkmalen und Grundlohn-niveau | 78 |
| Tab.30: Einfache Korrelationen zwischen den Mitglie-derstrukturmerkmalen und den finanzausgleichs-theoretisch gegliederten Finanzbedarfskompo-nenten | 79 |
| Tab.31: Einfache Korrelationen zwischen den Mitglie-derstrukturmerkmalen und den leistungsstruk-turell gegliederten Finanzbedarfskomponenten | 80 |
| Tab.32: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks-und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arznei-mittel | 82 |
| Tab.33: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks-und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz | 83 |
| Tab.34: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks-und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für stationäre Behandlung | 84 |
| Tab.35: Einfache Korrelationen zwischen verschiedenen Leistungsstrukturkomponenten | 86 |
| Tab.36: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichs-modells GL 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 102 |
| Tab.37: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmo-dells GL 75 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 104 |
| Tab.38: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichs-modells GL 50 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 106 |
| Tab.39: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichs-modells GL 25 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 108 |
| Tab.40: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichs-modells BP 414 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 113 |

| | Seite |
|--|-------|
| Tab.41: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BP 414 AOKWL für die Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe | 115 |
| Tab.42: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BP 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 117 |
| Tab.43: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BP 105 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 120 |
| Tab.44: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BP 95/105 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 122 |
| Tab.45: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BF 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 124 |
| Tab.46: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BF 100 AOKWL für die Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe | 126 |
| Tab.47: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BMP100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 128 |
| Tab.48: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BFMP100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 130 |
| Tab.49: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells BVR 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 131 |
| Tab.50: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFGL 100/50 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 134 |
| Tab.51: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFGL 100/75 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 136 |
| Tab.52: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFMP100/50 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 138 |
| Tab.53: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFMP100/75 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 140 |
| Tab.54: Die Auswirkungen distributiver Finanzausgleichsverfahren für die allgemeinen Ortskrankenkassen des Münsterlandes | 142 |
| Tab.55: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells APrin 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 144 |
| Tab.56: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells APex 5 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 146 |
| Tab.57: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFex 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 149 |

| | Seite |
|---|-------|
| Tab.58: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AMPrex 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 150 |
| Tab.59: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichsmodells AFMPrex 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe | 152 |
| Tab.60: Die Auswirkungen allokativer Finanzausgleichsverfahren für die allgemeinen Ortskrankenkassen des Münsterlandes | 153 |
| Anhang: | |
| Tab.61: Absolute und relative Belastung durch teure Leistungsfälle | 160 |

1. Teil:

PROBLEMSTELLUNG, AUFBAU UND THEORETISCHE GRUNDLEGUNG DER UNTERSUCHUNG

§ 1 Problemstellung

Die Ausweitung der von der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Lösung ihrer Aufgaben benötigten Einkommensanteile stellt eines der zentralen Probleme dieser Institution dar, das unter den Schlagworten von 'Kostenexplosion' und notwendiger 'Kostendämpfung' im Gesundheitswesen der Bevölkerung und den Politikern heute weitgehend bewußt und durch eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen - wie etwa das Kostendämpfungsgesetz von 1974 - zu lösen versucht worden ist. Nichtsdestoweniger deuten die neuesten Zahlen darauf hin, daß - nach einer vorübergehenden Konsolidierungsphase in den Jahren 1976 bis 1979 (vgl. Tab. 1, Sp. 2) - auch für die 80er Jahre ein weiterer Anstieg der für die GKV aufzubringenden Einkommensanteile, d.h.: ein weiterer Anstieg der Beitragssätze, nicht unwahrscheinlich ist und die Problematik insofern auch für die Zukunft aktuell bleibt - ganz abgesehen davon, daß auch bei konstant bleibenden Beitragssätzen Überlegungen darüber fortgeführt werden sollten, wie durch eine Stärkung der Effizienz des Gesundheitswesens und des Krankenversicherungswesens die hierfür erforderlichen Einkommensteile verringert werden können.

Neben dieser bekannten 'Niveauproblematik' der GKV, die im Rahmen dieser Untersuchung nur mittelbar interessiert, hat sich, z.T. als deren Folge, eine weitere Problematik der GKV verstärkt, die - im Gegensatz zur Niveauproblematik, welche in fast allen vergleichbaren westlichen Ländern zu beobachten ist - eine spezifische Erscheinung der in der Bundesrepublik bestehenden gegliederten Organisation der GKV darstellt. Diese 'Strukturproblematik' besteht darin, daß sich die Beitragssatzunterschiede zwischen den als selbständige 'Aufgabenträger' fungierenden Krankenkassen

Tab. 1: Beitragsätze, absolute Beitragsleistungen und -differenzen, Leistungsaufwendungen und Mitgliederzahlen der allgemeinen Ortskrankenkassen, 1960 bis 1979

| Jahr | Beitragsatz für Pflichtmitglieder, allgemein (%) 1) | | durchschnittliche Grundlohnsummen je Mitglied (DM) 2) 3) | | durchschnittl. Ausgaben je Mitgl. (DM) (Leistungsaufwend.) | | Mitgliederzahlen, gesamt 2) | | Beitragsatz-diff. (Proz.) Punkte) 6 | Beitr.-bemessungs-grenze (DM) 7 | abs. Beitr.-satzdiffe-renzen (Sp. 6x7) (DM) 8 | |
|------|---|----------|--|-----------|--|----------|-----------------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------------------|---|--------------|
| | niedrigster | höchster | Allgem. KV 3a | KVdR 3b | Allgem. KV 4a | KVdR 4b | Allgem. KV 5a | KVdR 5b | | | | insgesamt 5c |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1960 | 7,00 | 10,00 | 4.264,80 | 3.678,11 | 355,25 | 235,14 | 11.321.111 | 3.773.823 | 15.094.934 | 3,00 | 660,- | 19,80 |
| 1961 | 7,30 | 11,00 | 4.628,02 | 4.132,09 | 399,28 | 261,004 | 11.622.976 | 3.838.073 | 15.461.049 | 3,70 | 660,- | 24,42 |
| 1962 | 7,80 | 11,60 | 4.906,23 | 4.445,80 | 441,67 | 300,204 | 11.637.325 | 3.803.729 | 15.441.054 | 3,80 | 660,- | 25,08 |
| 1963 | 7,80 | 11,00 | 5.063,76 | 4.771,82 | 465,94 | 338,26 | 11.606.470 | 3.784.879 | 15.391.349 | 3,20 | 660,- | 21,12 |
| 1964 | 7,80 | 11,00 | 5.381,80 | 4.990,98 | 487,55 | 379,67 | 11.510.558 | 3.780.625 | 15.391.183 | 3,20 | 660,- | 21,12 |
| 1965 | 7,80 | 11,00 | 5.267,19 | 5.140,75 | 547,62 | 445,47 | 11.639.693 | 3.802.659 | 15.442.352 | 3,20 | 660,- | 21,12 |
| 1966 | 7,80 | 12,00 | 6.777,65 | 5.654,88 | 629,28 | 517,94 | 11.526.969 | 3.845.718 | 15.372.687 | 4,20 | 900,- | 37,80 |
| 1967 | 8,00 | 12,00 | 6.981,60 | 6.612,66 | 645,03 | 568,07 | 11.150.788 | 3.963.741 | 15.114.529 | 4,00 | 900,- | 36,00 |
| 1968 | 8,00 | 12,00 | 7.347,68 | 7.866,00 | 724,76 | 622,42 | 10.459.559 | 4.872.353 | 15.331.912 | 4,00 | 900,- | 36,00 |
| 1969 | 8,00 | 12,20 | 7.885,31 | 8.143,20 | 780,96 | 683,46 | 10.654.877 | 5.058.068 | 15.713.945 | 4,20 | 900,- | 37,80 |
| 1970 | 7,01 | 9,90 | 10.449,36 | 8.604,00 | 731,83 | 787,44 | 10.863.559 | 5.144.048 | 16.007.607 | 2,99 | 1.200,- | 34,68 |
| 1971 | 6,50 | 9,77 | 12.003,56 | 10.839,60 | 882,45 | 968,04 | 10.900.081 | 5.245.182 | 16.145.263 | 3,27 | 1.425,- | 46,60 |
| 1972 | 6,60 | 10,50 | 13.164,98 | 12.535,20 | 1.007,47 | 1.129,08 | 10.872.877 | 5.353.001 | 16.225.878 | 3,90 | 1.575,- | 61,43 |
| 1973 | 6,60 | 11,20 | 14.490,16 | 13.647,60 | 1.143,52 | 1.322,28 | 10.817.537 | 5.469.795 | 16.307.332 | 4,60 | 1.725,- | 79,35 |
| 1974 | 7,10 | 11,60 | 15.845,72 | 15.004,80 | 1.357,54 | 1.616,96 | 10.727.333 | 5.578.861 | 16.306.194 | 4,70 | 1.875,- | 88,13 |
| 1975 | 7,50 | 12,90 | 17.230,97 | 16.387,20 | 1.624,35 | 1.872,33 | 10.463.814 | 5.674.112 | 16.137.926 | 5,40 | 2.100,- | 113,40 |
| 1976 | 8,50 | 13,60 | 18.421,59 | 17.701,20 | 1.756,60 | 2.040,35 | 10.382.896 | 5.739.237 | 16.122.133 | 4,70 | 2.325,- | 109,28 |
| 1977 | 8,50 | 13,60 | 19.687,10 | - 7) | 1.819,62 | 2.135,95 | 10.404.383 | 5.779.553 | 16.183.936 | 4,70 | 2.550,- | 119,85 |
| 1978 | 8,50 | 13,60 | 20.891,54 | - 7) | 1.908,36 | 2.307,42 | 10.520.260 | 5.789.292 | 16.309.552 | 5,40 | 2.775,- | 149,85 |
| 1979 | 9,67 | 14,40 | 22.177,72 | - 7) | 2.035,03 | 2.502,99 | 10.641.952 | 5.755.533 | 16.397.485 | 3,73 | 3.000,- | 111,90 |

Anmerkungen:
 1) % des Grundlohnsummen
 2) Bundesgebiet einschließlich Berlin (West)
 3) 1960-1963 einschließlich Berechnungen
 4) ohne Saarland
 5) bis 31.8.1965
 6) bis 30.7.1969, dann (bis 31.12.1969) 990,- DM
 7) nicht ausgewiesen

Quellen: Sp. 2 - Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn-Bad Godesberg, fortlaufende Jahrgänge
 Sp. 7: BEFÄHR, W.: Beitragsatzbemessungsgrenzen und Beitragsätze ab 1.1.1979, in: Betriebsberater, 1979, S. 55

und -kassenarten im Zeitablauf mit den Beitragssatzerhöhungen vergrößert haben: Die Spannweite zwischen niedrigstem und höchstem Beitragssatz in der GKV erhöhte sich z.B. für die Mitglieder der AOK'n - für die anderen gegliederten Kassenarten ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar - von 3,38 Prozentpunkten (für den Zeitraum zwischen 1960 und 1964) über 3,92 Prozentpunkte (1965-1969) und 3,87 Prozentpunkte (1970-1974) auf 4,79 Prozentpunkte (1975-1979) (Tab. 1, Sp. 6).

Dies hat dazu geführt, daß die Mitglieder der GKV heute für nahezu einheitliche Leistungsanspruchsrechte je nach Kassenzugehörigkeit oder Wohnort stark unterschiedliche Beitragssätze zu entrichten haben. Deren Berechtigung wird zunehmend in Zweifel gezogen und zugleich zum Anlaß genommen, das gesamte gegliederte System der GKV der Bundesrepublik in Frage zu stellen.¹⁾ Verdeutlicht man sich - etwa am Beispiel eines AOK-Mitglieds, dessen Einkommen an der oberen Beitragsbemessungsgrenze liegt (im Jahr 1979 betrug diese 3.000,- DM) - die absolute Höhe dieser Beitragssatzunterschiede, so scheint diese Kritik in der Tat berechtigt: Der niedrigste mögliche Monatsbeitrag, der bei einem solchen Einkommen zu entrichten war, betrug im Jahr 1979 bei einem Beitragssatz von 9,67% 290,10 DM, der höchste Monatsbeitrag bei einem Beitragssatz von 13,40% 402,00 DM. Die Spannweite der absoluten Beitragsunterschiede belief sich damit im Jahr 1979 auf 111,90 DM. Dagegen hatte sie im Jahr 1970 nur 34,68 DM, im Jahr 1960 sogar nur 19,80 DM betragen (vgl. Tab. 1, Sp. 8).

Da diese wachsenden Beträge der absoluten Beitragsunterschiede nicht Folge einer sich erhöhenden Streuung der Beitragssätze sind - für verschiedene zeitliche Phasen läßt

1) ROSENBERG 1973, S. 204 ff.

sich im Gegenteil eine Streuungsverringerung feststellen sondern das Ergebnis der absoluten Beitragssatzsteigerung (die wiederum Folge einer nicht synchronen Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage (Grundlohnsumme, Tab. 1, Sp. 1) und der Ausgaben (Sp. 3) der GKV sind), ist bei einem in Zukunft eintretenden weiteren Anstieg der Beitragssätze auch mit einer weiteren Verstärkung dieser Strukturproblematik der GKV zu rechnen.

Angesichts dieser Entwicklung sind eine Reihe von Vorschlägen gemacht worden, wie die Beitragssatzunterschiede innerhalb der GKV verringert werden könnten. Diese reichen von der Empfehlung organisatorischer und verwaltungstechnischer Verbesserungen für die Kassen mit besonders hohen Beitragssätzen²⁾ über die Einführung eines partiellen Finanzausgleichs für besonders aufwendige Leistungen und/oder besonders einkommensschwache Versichertengruppen³⁾ - beides Vorschläge, die z.T. bereits realisiert sind⁴⁾ - über die Implementation eines umfassenden Finanzausgleichs bis hin zur Forderung nach Abschaffung der gegliederten Organisationsstruktur der GKV und der Einführung einer Einheitsversicherung.⁵⁾

Von anderer Seite wird demgegenüber auf die vor allem mit letzterem Vorschlag verbundene - z.T. aber auch bereits bei der Einführung eines Finanzausgleichs vermutete - Preisgabe der Vorteile eines gegliederten Versicherungssystems hingewiesen.

- 1) So weist die Entwicklung des Variationskoeffizienten für die Beitragssatzstreuung bei den AOK'n zwischen 1975 und 1980 (frühere Werte liegen hier nicht vor) eine Verringerung der Streuung nach: 1975: 0,0799, 1976: 0,0796, 1977: 0,0769, 1978: 0,0778, 1979: 0,0709, 1980: 0,0769 (Quelle: eigene Berechnungen auf der Grundlage der Kassenstatistik des BdO).
- 2) TINNEFELD 1974, S. 121 ff.
- 3) So etwa die beiden fakultativen Finanzausgleiche, die der Gesetzgeber in § 414 Abs. 2a RVO aufgenommen hat.
- 4) Zu den bestehenden Finanzausgleichsverfahren in der GKV vgl. HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 300 ff.
- 5) ROSENBERG 1973, S. 204 ff.

wiesen¹⁾ und ein negativer Einfluß auf die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes behauptet.²⁾ Die Verringerung der Strukturproblematik der GKV-Beitragssatzunterschiede wird nach dieser Auffassung durch eine weitere Verschärfung der Niveauproblematik - höhere durchschnittliche Beitragsbelastung aller GKV-Mitglieder - erkauft.

Eine Beurteilung der einen oder anderen Position setzt allerdings voraus, daß die Ursachen der Beitragssatzunterschiede bekannt sind. Sollte es sich nämlich um solche Ursachen handeln, die nicht der gegliederten Organisationsstruktur der GKV angelastet werden können, sondern unter allokativen und distributiven Kriterien als gerechtfertigt anzusehen sind, so können die Beitragssatzunterschiede von den Gegnern des gegliederten Systems nicht mehr als Begründung für die Veränderung der Organisationsstruktur und die Einführung einer Einheitsversicherung angeführt werden; ähnliche Konsequenzen ergäben sich für die Legitimation eines Finanzausgleichs bzw. genauer: für die Art der ausgleichsberechtigten Faktoren.³⁾

Vor allem dann, wenn zusätzlich die geringen politischen Durchsetzungsmöglichkeiten einer Veränderung der Organisationsstruktur der GKV berücksichtigt werden, wird die eingehende Analyse der Beitragssatzdeterminanten zur zentralen Voraussetzung für die Beantwortung der sich dann stellenden Frage, welche GKV-internen Maßnahmen die einzelnen Kassen, Kassenverbände und Kassenarten unter grundsätzlicher Beibehaltung der derzeitigen Organisationsstruktur treffen können, um die Ursachen nicht gerechtfertigter Beitragssatzunterschiede zu beheben bzw. welche dieser Ursachen ggf. durch Finanzausgleichsmaßnahmen behoben werden sollten.

1) BRUECK 1973, S. 274; KOEHRER 1974, S. 292.

2) KOEHRER 1974, S. 292 f.

3) Siehe hierzu unten § 13.

Eine solche empirische Ermittlung stößt allerdings auf erhebliche methodisch-statistische Probleme. Diese lassen sich im wesentlichen zurückführen auf die den Bereich sozialwissenschaftlicher Untersuchungen grundsätzlich kennzeichnende, am Beispiel des Gesundheitswesens aber besonders ausgeprägte Vielzahl erklärungsrelevanter Faktoren (Multikausalität) bei gleichzeitiger Interdependenz eines Großteils dieser Einflußgrößen (Multikollinearität). Für eine empirische Analyse ergibt sich hieraus die Schwierigkeit, bivariate Zusammenhänge niemals mit Sicherheit als kausale Beziehungen interpretieren zu können, sondern stets die Möglichkeit eines verdeckten 'indirekten' (d.h. über Drittfaktoren bewirkten) und damit nicht kausalen Zusammenhangs zwischen den Korrelaten berücksichtigen zu müssen.¹⁾

Die aus diesem Grund bei der Analyse jeder bivariaten Beziehung erforderliche 'Konstanthaltung' von (im Extrem allen) Drittfaktoren stößt allerdings dann bald an Grenzen des Datenmaterials, wenn die Zahl möglicher Drittvariablen - wie im hier untersuchten Objektbereich - groß und die Zahl der Analyseobjekte beschränkt ist, da die Fallzahlen bei dieser Konstellation schnell hinter den für statistische Analysen erforderlichen Mindestbesetzungszahlen zurückbleiben.

Neben diesen methodisch-statistischen Problemen wird die empirische Analyse der Beitragssatzdeterminanten vor allem aber auch durch die unzureichende Berücksichtigung des hierfür erforderlichen Merkmalskatalogs von seiten der amtlichen Statistik behindert. So ist z.B. der Großteil der in der beim BMAS geführten amtlichen Kassenstatistik ausgewiesenen Merkmale für eine Ursachenanalyse der Beitragssatzhöhe und -unterschiede wenig ergiebig, da es sich bei diesen entweder um 'Ergebnisvariable' handelt (wie z.B. die Ausgabenpositionen), die der Beitragssatzhöhe damit

1) Siehe hierzu auch die ausführlicheren Erörterungen im Rahmen der Hauptstudie (HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 37 ff.).

logisch unmittelbar vorgelagert sind und aus diesem Grund kaum zusätzliche Erklärungskraft besitzen, oder aber um Merkmale der Mitgliederstruktur, bei denen die kausalen Beziehungen zwischen Mitgliedereigenschaften und Belastungsunterschieden nicht bekannt sind. Diese, für analytische Zwecke geringe Eignung der Kassenstatistik erklärt sich aus deren primär betriebswirtschaftlicher und verwaltungstechnischer Funktion und ist von daher nicht zu kritisieren; für eine Untersuchung der Beitragssatzdeterminanten ist sie jedoch mit dem schwerwiegenden Nachteil behaftet, eine Reihe von unter theoretischen Gesichtspunkten wichtigen Merkmalen keiner empirischen Überprüfung zugänglich zu machen. Als solche Merkmale fehlen z.B. Daten zu regionalen Versorgungsunterschieden, zum Angebots- und Nachfrageverhalten der an der Leistungsanspruchnahme und -erstellung Beteiligten, zur Qualität und zum Preisniveau der erstellten Gesundheitsleistungen sowie zur Morbidität der Versicherten.

Angesichts dieser Datendefizite, von denen infolge der gravierenden Erhebungsprobleme und der verstärkt zu beachtenden Datenschutzgesichtspunkte auch für die Zukunft ausgegangen werden muß, sind Verbesserungen der Datenlage und die damit verbundenen Möglichkeiten einer präziseren Erklärung von Beitragssatzniveau und Beitragssatzdifferenzen in der GKV wohl nur im Rahmen von Fallstudien zu erzielen, in denen einzelne Teilbereiche der GKV, also etwa einzelne Regionen, Kassenarten oder Versichertengruppen, einer detaillierteren Analyse unterzogen werden.

Diesen Ansatz wählte auch die vorliegende Untersuchung. Mit den allgemeinen Ortskrankenkassen des Münsterlandes wendet sich diese einer räumlich und kassenartspezifischen Teilmenge der insgesamt 1337 gesetzlichen Krankenkassen zu, die im Untersuchungsjahr 1978 in der Bundesrepublik existierten. Grundlage für die Durchführung einer solchen, auf die Münsterländer Ortskrankenkassen bezogenen Fallstudie bieten die Ergebnisse einer Umfrage, die vom Landesverband

der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe im Jahr 1978 bei allen Ortskrankenkassen dieses Landesverbandes (der auch die Münsterländer AOK'n umfaßt) durchgeführt wurde. Als Erweiterung und Ergänzung der Kassenstatistik wurden in dieser Umfrage Merkmale zum regionalen Angebot an Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens, zur demographischen Struktur der Versicherten, zur Aufteilung der Versicherten auf die verschiedenen Kassenarten und zur Größe und Einwohnerdichte der Kassenbezirke erhoben. Für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung konnte von diesen Merkmalen nur ein Teil berücksichtigt werden; andere Merkmale mußten aufgrund technisch-methodischer Probleme ausgeklammert bleiben.¹⁾ Bei den verwendbaren Merkmalen handelt es sich im einzelnen um:

- Anzahl und Identifikation der im jeweiligen Ortskrankenkassenbezirk tätigen Betriebs- und Innungskrankenkassen; in Kombination mit der in der Hauptstudie verwendeten Datei ergibt sich dadurch die Möglichkeit, für die Merkmale der amtlichen Statistik einem Vergleich zwischen den Merkmalsausprägungen der jeweiligen Ortskrankenkasse und dem Durchschnitt der RVO-Kassen²⁾ (incl. der Ortskrankenkassen) in den einzelnen Ortskrankenkassenbezirken vorzunehmen;

1) Die Daten des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe wurden uns in Fragebogenform überlassen und mußten für die Zwecke unserer - computerunterstützten - Analyse zunächst in EDV-verarbeitbare Form gebracht werden. Dabei traten einige technische Schwierigkeiten auf, da es sich bei dem Fragebogen des Landesverbandes um einen nicht auf eine maschinelle Auswertung angelegte Fragebogenform handelte und die Fragebögen von den einzelnen Kassen zudem in sehr unterschiedlicher Form und Vollständigkeit ausgefüllt worden waren. Da es andererseits nicht möglich war, von unserer Seite eine Klärung unvollständiger, unverständlicher oder inkonsistenter Angaben bei den einzelnen Kassen vorzunehmen, waren wir gezwungen, einen Teil der im Fragebogen enthaltenen Merkmale von der Untersuchung auszuschließen.

2) Inwieweit die Angaben über die Anzahl der Betriebs- und Innungskrankenkassen in ihrem Bezirk durch die Ortskrankenkassen Vollständigkeit beanspruchen können, entzieht sich allerdings unserer Kenntnis.

- Kassenbezirksmerkmale (Einwohnerdichte, Größe, Anteil der Mitglieder der Ortskrankenkasse an der Wohnbevölkerung);
- kassenbezirksspezifische Angebotsmerkmale im ambulanten und stationären Bereich;
- ortskrankenkassenspezifische Mitgliederstrukturmerkmale (Anteil der Ausländer und der Schwerbehinderten);
- ortskrankenkassenspezifische Angaben über besonders teure Leistungsfälle (Dialyse, Hämophilie).

Die mit der Verfügbarkeit dieser Merkmale verbundene Erweiterung der Datenbasis erlaubt eine im Vergleich zur Beschränkung auf den Merkmalkatalog der amtlichen Kassenstatistik tiefergehende Ursachenanalyse der Beitragssatzbildung.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konzentriert sich diese Ursachenanalyse vor allem auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen des Münsterlandes; daneben werden - allerdings primär zu Vergleichszwecken - auch die sonstigen RVO-Kassen des Münsterlandes, z.T. auch die Krankenkassen des gesamten Landesverbandes Westfalen-Lippe in die empirischen Untersuchungen einbezogen.

Für die Detailanalyse der Münsterländer AOK'n sprach vor allem die Tatsache, daß diese Kassen beträchtlich höhere Beitragssätze erheben als der Durchschnitt der AOK'n. So lag der durchschnittliche Beitragssatz¹⁾ der münsterländischen AOK'n (im einzelnen zählten wir hierzu die AOK'n Borken, Coesfeld, Münster, Steinfurt und Warendorf²⁾) im

1) Hierbei handelt es sich um den 'bilanzkorrigierten' Beitragssatz; siehe dazu ausführlich HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS, 1981, S. 12 ff.

2) Die drei südlichen Ortskrankenkassen des Regierungsbezirks Münster (Recklinghausen, Bottrop und Gelsenkirchen) werden in der Fallstudie nicht zu den münsterländischen Regionen gerechnet, da sie von ihrer Struktur her mit den in die Fallstudie einbezogenen, primär ländlich geprägten fünf Kassenbezirken nicht vergleichbar sind.

Untersuchungsjahr 1978 mit 13,19% deutlich über dem nordrhein-westfälischen Landesdurchschnitt (12,11%) und dem Durchschnitt der westfälisch-lippischen AOK'n (12,09%); im Vergleich zum Durchschnitt aller AOK'n (11,49%) lagen die Münsterländer AOK'n noch ungünstiger (vgl. Tab. 1a). Auch die Betrachtung der einzelnen münsterländischen Kassenbezirke (in Tab. 1a der obersten fünf Kassenbezirke) ¹⁾ bestätigt deren Sonderposition: Die vier höchsten Beitragssätze in Westfalen-Lippe wurden in Steinfurt, Coesfeld, Borken und Münster erhoben - und damit in den Kassenbezirken des Münsterlandes. Lediglich der Kassenbezirk Warendorf, der ebenfalls dem Münsterland zuzurechnen ist, verfügte über einen Beitragssatz (12,47%), der hinter demjenigen einiger anderer Kassenbezirke Westfalen-Lippes zurückblieb.

Aufgrund dieser deutlich überdurchschnittlichen Beitragssätze der Münsterländer AOK'n eignen sich diese für eine Ursachenanalyse der Beitragssatzbildung in besonderem Maße, da die einzelnen Beitragssatzdeterminanten hier stärker wirksam sind als bei anderen Kassen und damit auch empirisch leichter meßbar und isolierbar sein dürften.

Die Gegenüberstellung der Beitragssätze der Münsterländer AOK'n mit den Beitragssätzen aller regionalen Kassenarten in den münsterländischen Kassenbezirken zeigt im übrigen, daß die ungünstige Beitragssatzsituation des Münsterlandes für die AOK'n sehr viel stärker ausgeprägt ist als für die

1) Die Reihenfolge der in Tab. 1a (wie in allen folgenden Übersichtstabellen) aufgeführten Kassenbezirke richtet sich sowohl innerhalb der zunächst aufgeführten Gruppe der in die Fallstudie einbezogenen fünf münsterländischen Kassenbezirke als auch innerhalb der daran anschließend aufgeführten Gruppe der übrigen westfälisch-lippischen Kassenbezirke nach der Höhe des im Jahr 1978 erforderlichen bilanzausgleichenden AOK-Beitragssatzes. Innerhalb der münsterländischen Kassenbezirke waren im Bezirk Steinfurt demnach die höchsten Beitragssätze (13,79%), im Bezirk Warendorf die niedrigsten Beitragssätze (12,47%) erforderlich; bei den übrigen Kassenbezirken des LV Westfalen-Lippe lag der Kassenbezirk Bochum (mit 12,81%) an der Spitze, der Kassenbezirk Olpe (mit 10,83%) am Ende der Beitragssatzhierarchie.

Summe aller regionalen Gesetzlichen Krankenkassen (AOK'n, Betriebs- und Innungskrankenkassen): Die Beitragssätze der AOK'n liegen für alle Kassenbezirke des Münsterlandes im Schnitt etwa 1 Prozentpunkt über den durchschnittlichen Beitragssätzen aller in den Kassenbezirken angesiedelter regionalen Kassen (Tab. 1a). Von daher stehen die AOK'n des Münsterlandes naturgemäß im Mittelpunkt der vorliegenden Fallstudie. Nichtsdestoweniger werden die sonstigen RVO-Kassen in dieser Region ebenfalls in die Betrachtung einbezogen. Abgesehen davon, daß diese, wenn auch in geringerem Ausmaß, ebenfalls durchschnittlich höhere Beitragssätze erheben als die übrigen RVO-Kassen im Landesverband oder gar im Land NW und im Bundesgebiet, erscheint eine solche Einbeziehung der münsterländischen RVO-Kassen auch deshalb angebracht, weil sich aus dem Vergleich zwischen AOK'n und sonstigen RVO-Kassen möglicherweise zusätzliche Erkenntnisse für die Ursachen der überdurchschnittlichen Beitragssätze im Münsterland gewinnen lassen.

In Kombination mit den Daten der Kassenstatistik sowie einigen Daten des Statistischen Landesamtes liefern die Umfragedaten des LV-Westfalen-Lippe die Möglichkeit, diese Ursachen einer detaillierteren empirischen Untersuchung zu unterziehen als dies bei einer ausschließlichen Verwendung der kassenstatistischen Daten möglich ist. Zwar zeigt der Vergleich der für die Fallstudie verfügbaren Daten mit einem unter theoretischen Gesichtspunkten wünschenswerten Merkmalskatalog¹⁾, daß einer solchen Ursachenanalyse weiterhin beträchtliche Datendefizite im Wege stehen - vor allem die am Beginn der theoretisch anzunehmenden Kausalitätsketten stehenden Faktoren, wie etwa die Morbiditätsunterschiede oder das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und das unterschiedliche Leistungsverhalten der verschiedenen Anbietergruppen stehen für die empirische Analyse weiterhin nicht

1) Siehe hierzu ausführlich unten, § 3.

Tab. 1a: Kassenbeitragssätze in den Kassenbezirken des Landesverbandes Westfalen-Lippe im Vergleich zum Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt

| | Kassen- beitragssatz | |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| | nur AOK | alle Kas- sen |
| Steinfurt | 13,79 | 12,89 |
| Coesfeld | 13,39 | 12,46 |
| Borken | 13,34 | 12,51 |
| Münster | 12,93 | 11,82 |
| Warendorf | 12,47 | 11,25 |
| Bochum | 12,81 | 12,23 |
| Herne | 12,78 | 11,54 |
| Recklinghausen | 12,71 | 11,93 |
| Gelsenkirchen | 12,67 | 12,41 |
| Bottrop | 12,62 | 11,93 |
| Dortmund | 12,58 | 12,03 |
| Paderborn | 12,27 | 12,01 |
| Hamm | 12,23 | 11,32 |
| Höxter | 12,23 | 11,92 |
| Hochsauerland | 12,03 | 11,81 |
| Unna | 11,97 | 11,91 |
| Lippstadt-Soest | 11,88 | 11,88 |
| Minden-Lübbecke | 11,86 | 11,42 |
| Lippe | 11,85 | 11,53 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 11,76 | 11,10 |
| Märkischer Kreis | 11,55 | 11,54 |
| Herford | 11,33 | 10,97 |
| Bielefeld | 11,17 | 11,04 |
| Hagen | 11,13 | 10,66 |
| Gütersloh | 11,11 | 11,10 |
| Siegerland-Wittgenst. | 10,97 | 11,09 |
| Olpe | 10,83 | 10,30 |
| Münsterland | 13,19 | 12,09 |
| Westfalen Lippe | 12,09 | 11,61 |
| NRW | 12,11 | 11,67 |
| GKV | 11,49 | 11,14 ⁺) |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

zur Verfügung -; gegenüber dem im Rahmen der Hauptstudie für alle Gesetzlichen Krankenkassen vorliegenden Merkmalskatalog (der Kassenstatistik) ergibt sich für die in die Fallstudie einbezogenen Kassen trotzdem eine nicht unerhebliche Erweiterung, aufgrund deren eine Reihe zusätzlicher potentieller Determinanten des Beitragssatzniveaus und der Beitragssatzunterschiede einer empirischen Untersuchung zugänglich wird.

Neben dieser Zielsetzung, durch die Einbeziehung zusätzlicher Untersuchungsmerkmale einen vertieften Einblick in die Ursachen von Beitragssatzunterschieden zu gewinnen und hieraus die besondere Lage der Münsterländer AOK'n genauer erklären zu können, soll die Studie einen zweiten Zweck erfüllen. Dieser besteht in der Prüfung der Frage, wieweit verschiedene Finanzausgleichsverfahren zur Verminderung der Beitragssatzunterschiede geeignet sind bzw. - bezogen auf die hier untersuchten AOK'n des Münsterlandes - wieweit sich deren Beitragssätze dadurch den Bundes- und Landesdurchschnitten annähern. Für die getesteten Finanzausgleichsverfahren stellt die Anwendung auf die 'Problemgruppe' der Münsterländer Ortskrankenkassen daher eine Art 'Nagelprobe' dar, durch die ihre Fähigkeit zur Nivellierung der Beitragssatzunterschiede am konkreten Beispiel untersucht werden kann.

Hierbei wird auf Finanzausgleichsverfahren zurückgegriffen, die in der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales erstellten früheren Studie ('Hauptstudie') entwickelt worden sind.¹⁾ Auf die dort angestellten ausführlichen Überlegungen zur Legitimation und Ausgestaltung dieser Verfahren²⁾ kann hier verwiesen werden; die zum Verständnis der Ergebnisse erforderlichen Informationen der Verfahrenskonstruktion werden in knapper Form allerdings auch in der vorliegenden Arbeit dargestellt, damit diese

1) Siehe HUPPERZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 328 ff.

2) Ebenda, S. 112 ff.

in sich abgeschlossen und eigenständig verständlich bleibt. Da die bei der Anwendung der in der Hauptstudie entwickelten Finanzausgleichsverfahren auf die Problemgruppe der Münsterländer AOK'n gewonnenen Ergebnisse auch für die Gesamtbeurteilung der Verfahren von Interesse sind, ist die vorliegende Fallstudie trotz dieser Eigenständigkeit auch in Verbindung mit und als Ergänzung zur Hauptstudie zu sehen. Eine solche 'anwendungsbezogene' Ergänzung der Hauptstudie erscheint vor allem deshalb wünschenswert, weil die dort durchgeführten Beispielrechnungen¹⁾ sich stets auf die Summe aller Gesetzlichen Krankenkassen (landes- und bundesweit) bezogen und damit zwar einen Gesamtüberblick über die Betragssatzstreuung und Spannweite vor und nach Finanzausgleich sowie über die für die Durchführung der Verfahren benötigten Finanzmassen vermitteln, die konkrete Wirkung 'vor Ort' anhand dieser Aggregatwerte jedoch kaum deutlich wird. Aus diesem Grund ist der 'Ergänzungsfunktion' der vorliegenden Fallstudie eine wichtige Bedeutung beizumessen.

Aus der Zusammengehörigkeit zwischen Fallstudie und Hauptstudie ergibt sich im übrigen, daß aus Gründen der Vollständigkeit sämtliche der in der Hauptstudie entwickelten Finanzausgleichsmodelle auf ihre Auswirkungen für die Kassen des Landesverbandes Westfalen-Lippe untersucht werden sollten²⁾ auch wenn, wie die Ergebnisse der Fallstudie zeigen werden, einzelne der Modelle unter allokativen und/oder distributiven Kriterien nur schwerlich legitimierbar sein dürften. Die Aufnahme aller Modelle bedeutet aber nicht, daß die Verfasser deren Anwendung auf die Kassen des Landesverbandes Westfalen-Lippe sämtlich für gerechtfertigt hielten - im Gegenteil weisen eine Reihe von Ergebnissen der Fallstudie (wie auch der Hauptstudie) darauf hin, daß von einzelnen der entwickelten Ausgleichsverfahren Abstand genommen werden sollte. Wie bei der Hauptstudie gilt jedoch auch hier, daß für die Beurteilung des einen

1) Siehe HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 350 ff.

2) Zusätzlich werden zwei Modelle, die zunächst GKV-weit simuliert werden, isoliert für den Landesverband der Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe durchgerechnet; dabei handelt es sich um die Modelle BP 414 AOKWL und BF 100 AOKWL.

oder anderen Verfahrens zunächst auch die Kenntnis von Wirkungsweise und Ausgleichsergebnissen wünschenswert ist, bevor über ihren Einsatz unter letztlich politischen Kriterien entschieden werden kann. Dieser Zielsetzung wird Rechnung getragen, indem alle der in der Hauptstudie entwickelten Modelle für die in der Fallstudie enthaltenen Ortskrankenkassen durchgerechnet werden.

§. 2 Aufbau der Untersuchung

Entsprechend der zweifachen Zielsetzung der Untersuchung gliedert sich diese in einen ersten Hauptteil, in dem die Ursachen der überdurchschnittlichen Beitragssätze der Münsterländer AOK'n zu ermitteln versucht werden, und in einen zweiten Hauptteil, in dem die Auswirkungen von Finanzausgleichsverfahren auf die Kassen des Münsterlandes und - zum Vergleich - auf alle RVO-Kassen des Landesverbandes Westfalen-Lippe analysiert werden.

Der erste Hauptteil unterteilt sich dabei nochmals in zwei Unterteile: Als Vorstufe für die Ursachenanalyse der Beitragssatzunterschiede wird in einem primär deskriptiven Teil (§§ 4-8) zunächst empirisch die Verteilung der potentiellen, für die Beitragssatzunterschiede vermutlich verantwortlichen Determinanten über die Kassen des Münsterlandes und des Landesverbandes Westfalen-Lippe ausgewiesen und den Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitten gegenübergestellt. Danach folgt die Analyse der statistischen Zusammenhänge zwischen den Beitragssatzdeterminanten (als den unabhängigen Merkmalen) und dem Beitragssatz (als dem abhängigen Merkmal (§§ 9-10) sowie zwischen den unabhängigen Merkmalen untereinander (§ 11), durch die die festgestellten Verteilungen des abhängigen und der(s) unabhängigen Merkmals(e) einer inhaltlichen Erklärung zugeführt werden sollen.

Diese bilden dann auch die Grundlage für die Konstruktion und Beurteilung von Finanzausgleichsmaßnahmen, die den zweiten Hauptteil der Studie darstellen (§§ 13-15). Hierzu wird zunächst eine Abgrenzung des Finanzausgleichsbegriffs vorgenommen und die Legitimation von Finanzausgleichsmaßnahmen diskutiert (§ 13); danach folgt die Erörterung der Ausgestaltungsmöglichkeiten solcher Finanzausgleichsmaßnahmen für den Bereich der GKV (§ 14). Die auf dieser Basis konstruierten konkreten Finanzausgleichsmodelle werden abschließend beschrieben und die durch eine Simulation dieser Modelle ermittelten Auswirkungen auf die Beitragssatzstruktur der RVO-Kassen in Westfalen-Lippe dargestellt und beurteilt (§ 15).

§ 3 Die Entwicklung eines theoretischen Bestimmungskontextes des Kassenbeitragssatzes als Grundlage der empirischen Determinantenanalyse

Für die Beurteilung der Wirkungen, die von den verschiedenen potentiellen Beitragssatzdeterminanten ausgehen und die in Form der Merkmale der amtlichen Kassenstatistik sowie der durch die Strukturerhebung des Landesverbandes der AOK'n Westfalen-Lippe teilweise einer empirischen Überprüfung zugänglich sind, erscheint es erforderlich, zunächst ein theoretisches Konzept zu entwickeln, in dem Art, Richtung und Zusammenwirken der verschiedenen potentiellen Beitragssatzdeterminanten aufgezeigt werden können. Eine solche deduktive Vorgehensweise weist eine Reihe von Vorteilen auf, die die empirische Analyse der Beitragssatzbildung erleichtern:

- Zunächst werden hierdurch die vermutlichen theoretischen Wirkungszusammenhänge zwischen unabhängigen Variablen und abhängiger Variable (Beitragssatz) verdeutlicht und die bei der Determinantenanalyse untersuchten Beziehungen übersichtlich dargestellt.
- Zum zweiten lassen sich auch die zwischen den bisher als unabhängige Variablen behandelten Beitragssatzdeterminanten Zusammenhänge aufzeigen - wobei sich zeigt, daß die verschiedenen Determinanten auf logisch unterschiedlichen Stufen angeordnet sind und damit auch zwischen den unabhängigen Variablen Kausalitätsbeziehungen bestehen, die eine Aufteilung wiederum in abhängige und unabhängige Merkmale erlauben.

Neben dieser, eine Diskussion der theoretischen Wirkungszusammenhänge vereinfachenden Strukturierung des Bestimmungskontextes des Kassenbeitragssatzes ergeben sich durch eine solche modelltheoretische Strukturierung auch für den didaktischen und gliederungstechnischen Aufbau der Untersuchung einige Vorteile:

- So erlaubt die theoretisch-systematische Darstellung des Bestimmungskontextes des Kassenbeitragssatzes, sowohl die bereits aus der amtlichen Kassenstatistik bzw. aus anderen amtlichen Statistiken verfügbaren als auch ins-

- besondere die durch die Strukturhebung des Landesverbandes der AOK'n Westfalen-Lippe zusätzlich gewonnenen Merkmale zu systematisieren und diejenigen Teilbereiche des Bestimmungskontextes zu benennen, für die sich aus den verfügbaren Daten die Möglichkeit einer empirischen Analyse des Beitragssatzeinflusses ergibt.
- Zugleich wird durch die Einordnung der verfügbaren Daten in den deduktiv entwickelten Bestimmungskontext der Beitragssätze sichtbar, welche theoretischen Konstrukte bereits in eine empirische Untersuchung einbezogen werden können und in welchen Bereichen die Merkmale zur Operationalisierung der Konstrukte noch fehlen, d.h. Daten-defizite bestehen, die eine empirische Untersuchung verhindern.

Die Beschreibung eines solchen Modells des Beitragssatzbestimmungskontextes beginnt zweckmäßigerweise beim Mechanismus der Mitgliederstrukturbildung, weil sich aus diesem die Mitgliederstrukturen und -strukturunterschiede der Kassen (arten) und damit wiederum die Höhe ihres Finanzbedarfs, ihres Finanzierungspotentials und ihres Beitragssatzes erklärt (vgl. Abb. 1).¹⁾ Dieser Mechanismus der Mitgliederstrukturbildung wird seinerseits durch mehrere Einflußgrößen geprägt. Hierzu gehören zunächst die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen zur Kassenzugehörigkeit und ggf. zur Kassen-Wahlmöglichkeit der Versicherten und ihrer mitversicherten Familienangehörigen sowie die für die GKV relevanten Merkmale der Bevölkerungs-, Erwerbs- und Wirtschaftsstruktur (Einkommensgefüge, Alters- und Geschlechtsstruktur, Anteile von Arbeitern, Angestellten, Selbständigen etc.). Darüber hinaus werden die Mitgliederstrukturen auch - soweit die Möglichkeiten der Kassenwahl bestehen - durch die Höhe des Beitragssatzes sowie das Leistungsge-

1) Eine ausführliche Erörterung des hier dargestellten Modells des Beitragssatzbestimmungskontextes findet sich in HÜPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 23 ff.; Modellmodifikationen und -erweiterungen, die in die vorliegende Untersuchung einbezogen worden sind, finden sich in KOPS/JASCHKE 1981, S.

baren der Kassen(arten) mitbestimmt; da diese beiden Faktoren ihrerseits z.T. von der Mitgliederstruktur und den dadurch bedingten Finanzierungspotential- und Finanzbedarfsunterschieden abhängen, stellt sich der Einfluß auf den Strukturbildungsmechanismus in Abb. 1 für diese Faktoren als Rückkopplungsschleife dar.

Der Strukturbildungsmechanismus bestimmt dann die Versichertenstrukturen der einzelnen Kassen sowie der Kassenaggregate (z.B. der Kassenarten oder auch regional aggregierter Kassengruppen). Die Versichertenstrukturen ihrerseits determinieren das Volumen und die Struktur der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und damit nach den Leistungen der Kassen (Finanzbedarf); dabei stellen die Morbidität der Versicherten und deren Nutzungsverhalten, welches seinerseits wiederum von der Angebotsstruktur beeinflusst wird, wichtige intervenierende Variable zwischen Versichertenstruktur und Leistungsnachfrage, die Kostenkomponenten der Leistungserstellung die wichtigste Gruppe intervenierender Variablen zwischen Leistungsnachfrage und den zur Befriedigung dieser Nachfrage erforderlichen Kassenausgaben (Finanzbedarf) dar. Dabei können die Kostenkomponenten der Leistungserstellung in verschiedene Einflußgruppen unterteilt werden (Verwaltungskosten, auf die Verhandlungsführung mit den Leistungserstellern rückführbare Kostenunterschiede, Kostenunterschiede aufgrund fakultativer Leistungen ('Leistungsgebaren'), Kostenunterschiede infolge unterschiedlicher Angebotsstrukturen am Gesundheitsmarkt.

Zum anderen bestimmt die Mitgliederstruktur auch das Grundlohniveau der Kassen, so daß sich hier ein zweiter Wirkungszusammenhang zwischen Mitgliederstruktur und Beitragssatzhöhe ergibt (Abb. 1). Dieser wird ebenfalls durch eine Reihe intervenierender Variablen vermittelt; als wichtigste sind die 'Erwerbspotenz' der Versicherten, d.h. die durch die Berufsqualifikation u.ä. bestimmten Möglichkeiten der Einkommenserzielung, und das 'Erwerbsverhalten',

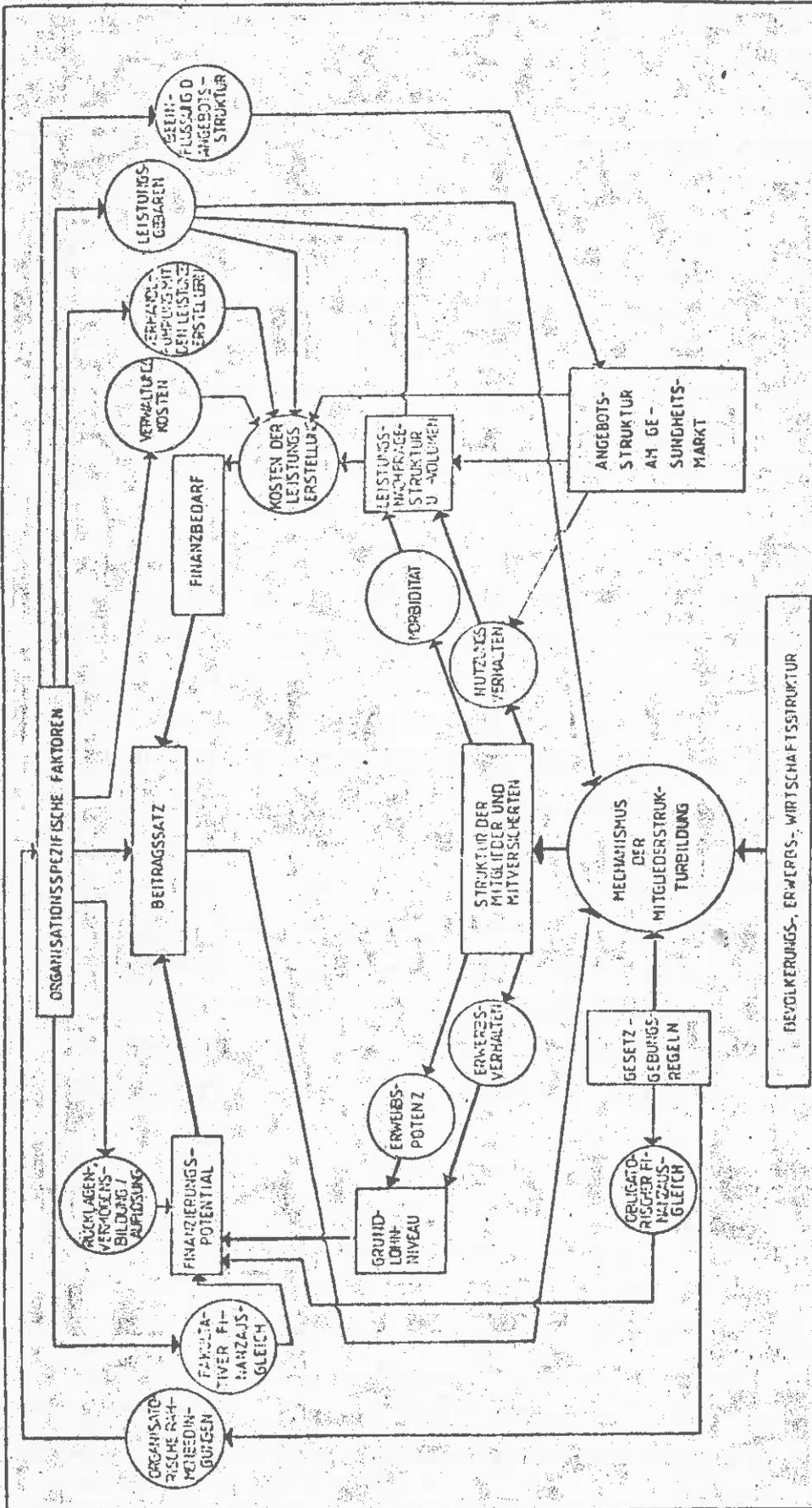


Abb. 1: Modelltheoretische Darstellung des Beitragsatzbestimmungskontextes

d.h. die von den Versicherten getroffenen Entscheidungen, inwieweit die Erwerbspotenz zur Einkommenserzielung eingesetzt wird, zu berücksichtigen. Das dadurch bestimmte Grundlohniveau der Kassen definiert - zusammen mit den (bei der derzeitigen Finanzierungsstruktur der GKV unbedeutenden) Einnahmen aus der Auflösung von Rücklagen und Vermögen sowie ggf. vorhandenen Einnahmen aus GKV-internen oder -externen Zuweisungen - das Finanzierungspotential der Kassen, d.h. deren Fähigkeit, durch die Erhebung von am Grundlohn gemessenen Beiträgen Einnahmen zu erzielen.

Die Höhe des anzuwendenden Beitragssatzes ergibt sich dann - bei gegebenem Finanzierungspotential - aus dem Umfang des Finanzbedarfs: Die Beitragssätze sind derart festzusetzen, daß die dadurch erzielten Einnahmen den anfallenden Finanzbedarf decken. Die durch den Gesetzgeber bestimmten 'organisatorischen Rahmenbedingungen' für die GKV erlauben es den Kassen damit, bei einer Veränderung von Finanzbedarf oder Finanzierungspotential ihre Beitragssätze an diese Änderungen anzupassen, ebenso wie sie den Kassen - in gewissen Grenzen - einen Gestaltungsraum bei der Rücklagen- und Vermögenspolitik sowie bei der Verwaltung, der Verhandlungsführung mit den Leistungsanbietern und im Leistungsgebaren einräumen.

Ordnet man die aus der amtlichen Kassenstatistik und der Strukturhebung des Landesverbandes Westfalen-Lippe verfügbaren Merkmale in dieses theoretische Modell ein, so zeigt sich, daß einzelne Bereiche des Beitragssatzbestimmungskontextes einer empirischen Analyse bisher kaum zugänglich sind; vor allem die Zusammenhänge zwischen Beitragssatzhöhe und Morbidität und Nachfrageverhalten der Versicherten sind empirisch bisher kaum analysierbar.

Demgegenüber findet sich zu den über die Leistungserstellungskosten auf die Beitragssatzhöhe einwirkenden Faktoren in der Strukturhebung des Landesverbandes Westfalen-Lippe einige Angaben (kassenbezirksspezifische Angebotsmerkmale, Kassenbezirksmerkmale), durch die sich die Datenlage gegenüber derjenigen der amtlichen Kassenstatistik verbessert.

Insgesamt muß nichtsdestoweniger festgehalten werden, daß die umfassende empirische 'Füllung' und Überprüfung des deduktiv entwickelten Modells des Beitragssatzbestimmungskontextes nur bei einer weiteren beträchtlichen Ausweitung und Verbesserung des bisher verfügbaren Merkmalkatalogs möglich wäre; die für die vorliegende Untersuchung verfügbaren Daten decken nur einen Bruchteil des unter theoretischen Gesichtspunkten zu fordernden Merkmalskatalogs ab. Für die Konzeption der vorliegenden Studie bedeutet dies, daß unter Beachtung der Datendefizite pragmatisch nur solche Fragestellungen empirisch untersucht werden können, zu denen geeignete Merkmale aus der amtlichen Kassenstatistik bzw. der Erhebung des Landesverbandes Westfalen-Lippe vorliegen; eine 'flächendeckende' empirische Untersuchung aller im Modell des Beitragssatzbestimmungskontextes aufgezeigeter Einflüsse ist also nicht möglich.

2. Teil:

DIE EMPIRISCHE VERTEILUNG DER POTENTIELLEN DETERMINANTEN
DES KASSENBEITRAGSSATZES

§ 4 Über die Einnahmenseite wirkende Beitragssatzdeter-
minanten

1. Grundlohnivaudifferenzen¹⁾

Die Beiträge stellen für die Gesetzlichen Krankenkassen die dominierende Einnahmequelle dar. Da sie als Prozentsatz des Einkommens der Mitglieder (Grundlöhne) erhoben werden, schlagen sich Unterschiede in der Einnahmekraft der Mitgliederstrukturen (Finanzierungspotentialunterschiede) folglich unmittelbar in der Höhe der zur Deckung der Kassenleistungen benötigten Beitragssätze nieder (vgl. oben, Abb. 1), so daß Grundlohnivaudifferenzen als eine erste mögliche Beitragssatzdeterminante in die empirische Analyse einzubeziehen sind.

In Tab. 1b sind die Grundlöhne in den münsterländischen und den übrigen westfälisch-lippischen Kassenbezirken, getrennt für die AOK'n und für alle RVO-Kassen, aufgeführt, um die quantitative Bedeutung dieser potentiellen Beitragssatzdeterminante für die Kassen des Münsterlandes abschätzen zu können. Betrachtet man zunächst die Verteilung für die AOK'n des Münsterlandes, so zeigt sich, daß deren Durchschnittswert mit 21.017 DM nur geringfügig hinter dem Durchschnitt aller westfälisch-lippischen AOK'n (21.404 DM) und aller nordrhein-westfälischen AOK'n (21.286 DM) zurückbleibt; der Bundesdurchschnitt von 20.892 DM wird sogar geringfügig überschritten. Allerdings ist hierbei der überdurchschnittliche Wert des Kassenbezirks Warendorf (21.958 DM) zu beachten, der den Durchschnitt der münsterländischen Kassen beträchtlich beeinflusst und ohne den das Grundlohniveau für die AOK'n des Münsterlandes weniger günstig ausfallen würde.

1) Der hier angegebene Grundlohn ist der gleiche, der dem KVdR-Finanzausgleich zugrundeliegt.

Tab. 1b: Grundlöhne in den Kassenbezirken des Landesverbands Westfalen-Lippe im Vergleich zum Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt

| | Grundlohn | |
|-----------------------|-----------|-----------------------|
| | nur AOK | alle Kassen |
| Steinfurt | 20878 | 20984 |
| Coesfeld | 20231 | 20657 |
| Borchen | 20772 | 21600 |
| Münster | 20918 | 22552 |
| Warendorf | 21958 | 22458 |
| Bochum | 20469 | 20423 |
| Herne | 22132 | 22755 |
| Recklinghausen | 21313 | 22105 |
| Gelsenkirchen | 20835 | 20573 |
| Bottrop | 21098 | 20956 |
| Dortmund | 21087 | 21393 |
| Paderborn | 21200 | 20476 |
| Hamm | 21297 | 21052 |
| Höxter | 20486 | 20624 |
| Hochsauerland | 21135 | 20927 |
| Unna | 21343 | 21172 |
| Lippstadt-Soest | 21479 | 21479 |
| Minden-Lübbecke | 20393 | 20521 |
| Lippe | 21122 | 22971 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 22055 | 21902 |
| Märkischer Kreis | 21998 | 21761 |
| Herford | 21494 | 21611 |
| Bielefeld | 21874 | 21598 |
| Hagen | 22093 | 22545 |
| Gütersloh | 22521 | 22044 |
| Siegerland-Wittgenst. | 22360 | 21567 |
| Olpe | 21494 | 22346 |
| Münsterland | 21017 | 21834 |
| Westfalen-Lippe | 21404 | 21635 |
| NRW | 21286 | 21611 |
| Bund-GKV | 20892 | 22031 ^{+))} |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Auch bei einer Ausklammerung des Kassenbezirks Warendorf verringert sich der durchschnittliche Grundlohn im Münsterland dennoch nicht derart stark, daß der Grundlohn als wesentlicher Erklärungsfaktor für die hohen Beitragssätze des Münsterlandes angesehen werden könnte. Allenfalls für den Kassenbezirk Coesfeld, deren AOK-Grundlohnsumme beträchtlicher hinter dem Durchschnitt zurückbleibt, spielt dieser Faktor eine quantitativ bedeutsamere Rolle.

Eine ähnliche Beurteilung ergibt sich auch dann, wenn man zusätzlich zu den Ortskrankenkassen die Betriebs- und Innungskrankenkassen des Münsterlandes in die Betrachtung einbezieht. Die durchschnittliche Grundlohnsumme für die fünf münsterländischen Kassenbezirke weist dann einen Wert von 21.834 DM auf, womit er sowohl über dem westfälisch-lippischen Durchschnittswert (von 21.635 DM) als auch dem nordrhein-westfälischen Durchschnittswert (von 21.611 DM) liegt und nur unerheblich hinter dem Bundesdurchschnitt (von 22.031 DM) zurückbleibt.

4.2. Sonstige Faktoren von Finanzierungspotentialdifferenzen

Neben dem Grundlohniveau - der quantitativ überragenden Determinante des Finanzierungspotentials - sind als weitere Faktoren, die das Finanzierungspotential der Kassen beeinflussen, die Vermögens-/Rücklagenvariationen sowie die Erstattungen und Zuschüsse zu berücksichtigen. Das quantitative Ausmaß der aus diesen Positionen erzielbaren Einnahmen bewegt sich allerdings unter 5% der Gesamteinnahmen der Krankenkassen. Auf die Verteilungsanalyse dieser Bestimmungsfaktoren kann deshalb verzichtet werden.

Eine solche Ausklammerung aller nicht aus den Beiträgen resultierenden Einnahmen der Krankenkassen ist überdies aber auch deshalb angebracht, weil bei der Berechnung des 'rechnerisch-notwendigen Beitragssatzes', der als abhängige

Untersuchungsvariable verwendet wird, ausschließlich die Grundlohnsummen berücksichtigt werden; Einnahmen der Krankenkassen aus Vermögens- und Rücklagenvariationen sowie aus Erstattungen und Zuschüssen bleiben also auch hier unberücksichtigt.

§ 5 Über die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten

Neben den Unterschieden im Finanzierungspotential, insbesondere den möglichen Unterschieden im Grundlohniveau der Kassen, sind als zweite Gruppe potentieller Beitragssatzdeterminanten die Ausgaben (Bedarfs-) Unterschiede zwischen den Kassen auf ihre tatsächliche Erklärungskraft für die überdurchschnittlichen Beitragssätze der münsterländischen Krankenkassen zu untersuchen. Dabei ist es erforderlich, die Kassenausgaben in mehrere Ausgabenkategorien zu unterteilen; nur durch eine solche Differenzierung können die verschiedenen über die Ausgabenseite wirkenden Beitragssatzdeterminanten isoliert und Erkenntnisse über die hinter den überdurchschnittlichen Ausgaben stehenden Ursachen gewonnen werden.

5.1. Über die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten in finanzausgleichstheoretischer Gliederung

Eine solche Kategorisierung und Untergliederung der Kassenausgaben kann nach unterschiedlichen Gliederungskriterien vorgenommen werden. Für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung wird hier zunächst auf eine finanzausgleichstheoretische Gliederung zurückgegriffen; daran anschließend wird eine alternative leistungsstrukturelle Gliederung vorgenommen, die auf den Ausgabenkategorien der amtlichen

Kassenstatistik aufbaut.¹⁾ Die hier zunächst vorgenommene finanzausgleichstheoretische Gliederung verwendet als Gliederungskriterium zum einen die Beeinflußbarkeit der verschiedenen Ausgabearten durch die einzelnen Kassen - und kommt damit zu einer Einteilung in Ausgabegruppen, die auch im Hinblick auf die unten zu konstruierenden Finanzausgleichsverfahren unterschiedlich zu behandeln sind. Als Grobkategorien wird unter Anlegung dieses Kriteriums der Beeinflußbarkeit der Ausgaben durch die einzelnen Kassen eine Unterteilung in Pflichtleistungen (5.1.1.), Satzungsleistungen (5.1.2.) und Verwaltungskosten (5.1.3.) vorgenommen, wobei hier vereinfachend unterstellt wird, daß die Ausgaben der ersten Kategorie von den einzelnen Kassen nicht beeinflußbar sind, die Ausgaben der Satzungsleistungen und der Verwaltungskosten hingegen zumindest z.T. von den Kassen beeinflusst werden können.²⁾

Finanzausgleichstheoretisch begründet ist auch die Unterteilung in Ausgaben für Mitglieder (5.1.4.) und für Familienangehörige (5.1.5.), die unter distributiven Gesichtspunkten unterschiedlich zu beurteilen sind, sowie die Behandlung der Ausgaben für Prävention (5.1.5.) und Mutterschaftshilfe (5.1.6.), die aus allokativen Gesichtspunkten (Meritorisierung, Produktion externer Effekte) eine Sonderstellung einnehmen und daher bei der Analyse der Ausgabenlastunterschiede und bei der Konstruktion von Finanzausgleichsverfahren einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden.

5.1.1. Pflichtausgaben

Die durchschnittlichen Pflichtausgaben der Ortskrankenkassen des Münsterlandes betragen im Untersuchungsjahr 1.946 DM (siehe i.e. Tab. 2); sie liegen damit um 123 DM über dem westfälisch-lippischen Durchschnitt. In der

1) Siehe unten 5.2.

2) Vgl. hierzu i.e. KOPS/JASCHKE 1981.

Tab. 2: Absolute und relative Ausgaben für Pflicht- und Satzungsleistungen der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | AGPFL | | AGFWL | | BEPFL | | BEPWL | |
|-----------------------|---------|--------------------|---------|-------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|
| | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen |
| Steinfurt | 2013 | 1895 | 202 | 192 | 9,67 | 9,07 | 0,97 | 0,91 |
| Coesfeld | 1829 | 1764 | 221 | 199 | 9,07 | 8,59 | 1,09 | 0,97 |
| Burken | 1989 | 1926 | 179 | 190 | 9,60 | 9,00 | 0,86 | 0,88 |
| Münster | 1896 | 1906 | 230 | 202 | 9,26 | 8,59 | 1,12 | 0,92 |
| Warendorf | 1921 | 1771 | 196 | 191 | 8,77 | 7,91 | 0,69 | 0,85 |
| Bochum | 1894 | 1790 | 156 | 153 | 9,29 | 8,79 | 0,77 | 0,75 |
| Herne | 2057 | 1928 | 172 | 167 | 9,31 | 8,54 | 0,77 | 0,73 |
| Recklinghausen | 1997 | 1945 | 174 | 179 | 9,41 | 8,86 | 0,32 | 0,31 |
| Gelsenkirchen | 1912 | 1844 | 148 | 148 | 9,20 | 8,95 | 0,71 | 0,72 |
| Bottrop | 1942 | 1843 | 190 | 165 | 9,23 | 8,80 | 0,90 | 0,79 |
| Dortmund | 1921 | 1852 | 185 | 187 | 9,16 | 8,71 | 0,28 | 0,38 |
| Paderborn | 1786 | 1710 | 216 | 200 | 8,46 | 8,37 | 2,32 | 0,97 |
| Hamm | 1835 | 1660 | 223 | 187 | 8,65 | 7,90 | 1,33 | 0,89 |
| Höxter | 1777 | 1744 | 147 | 176 | 8,71 | 8,50 | 0,72 | 0,86 |
| Hochsauerland | 1753 | 1712 | 189 | 186 | 8,32 | 8,20 | 0,39 | 0,89 |
| Urna | 1833 | 1811 | 177 | 172 | 8,61 | 8,57 | 0,33 | 0,81 |
| Lippstadt-Soest | 1795 | 1795 | 178 | 178 | 8,39 | 8,39 | 0,33 | 0,83 |
| Minden-Lübbecke | 1686 | 1644 | 152 | 152 | 8,29 | 8,03 | 0,71 | 0,74 |
| Lippe | 1715 | 1919 | 162 | 200 | 8,15 | 8,36 | 0,77 | 0,86 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 1841 | 1720 | 166 | 176 | 8,37 | 7,87 | 0,75 | 0,80 |
| Märkischer Kreis | 1753 | 1751 | 178 | 174 | 7,98 | 8,07 | 0,81 | 0,80 |
| Herford | 1647 | 1641 | 165 | 168 | 7,69 | 7,60 | 0,77 | 0,78 |
| Bielefeld | 1677 | 1668 | 184 | 167 | 7,70 | 7,75 | 0,64 | 0,77 |
| Hagen | 1721 | 1685 | 153 | 159 | 7,82 | 7,50 | 0,69 | 0,71 |
| Gütersloh | 1752 | 1717 | 179 | 173 | 7,79 | 7,81 | 0,80 | 0,78 |
| Siegerland-Wittgenst. | 1726 | 1699 | 174 | 169 | 7,76 | 7,92 | 0,78 | 0,79 |
| Olpe | 1616 | 1609 | 165 | 166 | 7,54 | 7,23 | 0,77 | 0,74 |
| Münsterland | 1946 | 1859 | 203 | 194 | 9,33 | 8,60 | 0,97 | 0,90 |
| Westfalen-Lippe | 1823 | 1781 | 178 | 177 | 8,57 | 8,28 | 0,84 | 0,83 |
| NRW | 1815 | 1788 | 181 | 181 | 8,57 | 8,32 | 0,86 | 0,84 |
| Bund-GKV | 1658 | 1682 ^{*)} | 188 | 215 ^{*)} | 7,98 | 7,75 ^{*)} | 0,91 | 0,99 ^{*)} |

*) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

gleichen Größenordnung übersteigen sie auch den Landesdurchschnitt der Ortskrankenkassen von Nordrhein-Westfalen. Den bundesweiten Ortskrankenkassenwert übertreffen sie allerdings weit deutlicher, nämlich um nahezu 300 DM:

Mit Ausnahme von Münster sind in den Regionen des Münsterlandes die durchschnittlichen Pflichtausgaben aller RVO-Kassen einer Region niedriger als die Pflichtausgaben der jeweiligen Ortskrankenkasse. Besonders deutlich zeigt sich dies im Bezirk Steinfurt (2.013 DM vs. 1.895 DM).

Die überdurchschnittlich hohen Pflichtausgaben der münsterländischen Ortskrankenkassen bei gleichzeitiger Grundlohnschwäche wirken sich auf die Höhe der kassenspezifischen Bedarfssätze für Pflichtausgaben deutlich steigernd aus.

Den höchsten Bedarfssatz benötigt die Ortskrankenkasse Steinfurt mit 9,67 v.H. ihrer Grundlohnsumme. Der relativ günstige Wert von Warendorf (8,77 v.H.), der allerdings immer noch über den vergleichbaren Durchschnittswerten liegt, erklärt sich weniger durch niedrige Pflichtausgaben als vielmehr durch die relative Grundlohnstärke dieser Ortskrankenkasse.

5.1.2. Satzungsleistungen

Die durchschnittlichen Ausgaben der Ortskrankenkassen des Münsterlandes für Satzungsleistungen betragen 203 DM; sie liegen damit um 25 DM über dem Landesverbandsdurchschnitt. Während die Ortskrankenkasse Borken mit 179 DM sehr nahe am Landesverbandsdurchschnitt liegt, weichen die Ortskrankenkassen Münster mit 230 DM und Coesfeld mit 221 DM beson-

ders beträchtlich davon ab. Der Durchschnittswert aller RVO-Kassen liegt in diesen beiden Regionen deutlich unter dem jeweiligen Ortskrankenkassenwert. Während er in den Bezirken Steinfurt und Warendorf weniger stark davon abweicht, liegt die Ortskrankenkasse Borken mit ihren Ausgaben für Satzungsleistungen sogar unter dem Durchschnitt aller RVO-Kassen ihres Bezirks.

5.1.3. Verwaltungskosten

Auch die durchschnittlichen Verwaltungskosten der münsterländischen Ortskrankenkassen übersteigen die vergleichbaren Durchschnittswerte nur unwesentlich, obwohl die Ortskrankenkasse Coesfeld mit 178 DM die höchsten Verwaltungskosten der westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen hat und wegen ihrer Grundlohnschwäche deshalb auch den weitaus höchsten Bedarfssatz für diese Ausgabenkategorie aufweist. Die Ortskrankenkassen Borken und Münster schneiden mit jeweils 145 DM dagegen relativ günstig ab (siehe i.e. Tab. 3).

5.1.4. Leistungsausgaben für Mitglieder

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Mitglieder der 5 Ortskrankenkassen des Münsterlandes unterscheiden sich nur geringfügig vom Landesverbandsdurchschnitt und vom Landesdurchschnitt der Ortskrankenkassen (siehe i.e. Tab.4). Innerhalb des Münsterlandes liegen die Ausgaben zwischen 1.441 DM in Steinfurt und 1.314 DM in Coesfeld; betrachtet man den gesamten Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe, dann ist die Spannweite größer: Sie reicht von 1.529 DM in Dortmund bis 1.182 DM in Olpe. Für alle Ortskrankenkassenbezirke gilt, daß die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Mitglieder aller RVO-Kassen einer Region unter dem Ausgabenwert der jeweiligen Ortskrankenkasse liegen.

Tab. 3: Absolute und relative Verwaltungskosten der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | AGVWK | | BEVWK | |
|-------------------------|---------|------------------|---------|-------------------|
| | nur AOK | alle Kassen | nur AOK | alle Kassen |
| Steinfurt | 163 | 140 | 0,78 | 0,67 |
| Coesfeld | 178 | 142 | 0,88 | 0,71 |
| Borchen | 145 | 125 | 0,70 | 0,60 |
| Münster | 145 | 95 | 0,71 | 0,46 |
| Warendorf | 151 | 108 | 0,69 | 0,50 |
| Bochum | 158 | 148 | 0,77 | 0,73 |
| Herne | 161 | 102 | 0,73 | 0,47 |
| Recklinghausen | 134 | 103 | 0,63 | 0,49 |
| Gelsenkirchen | 156 | 151 | 0,75 | 0,74 |
| Bottrop | 138 | 111 | 0,65 | 0,56 |
| Dortmund | 156 | 135 | 0,74 | 0,65 |
| Paderborn | 161 | 137 | 0,76 | 0,66 |
| Hamm | 168 | 147 | 0,79 | 0,70 |
| Höxter | 144 | 116 | 0,71 | 0,58 |
| Hochsauerland | 163 | 150 | 0,77 | 0,72 |
| Unna | 133 | 133 | 0,62 | 0,63 |
| Lippstadt-Soes | 158 | 158 | 0,74 | 0,74 |
| Minden-Lübbecke | 124 | 112 | 0,61 | 0,55 |
| Lippe | 156 | 77 | 0,74 | 0,37 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 161 | 125 | 0,73 | 0,57 |
| Märkischer Kreis | 138 | 125 | 0,63 | 0,57 |
| Herford | 157 | 131 | 0,73 | 0,62 |
| Bielefeld | 147 | 127 | 0,67 | 0,60 |
| Hagen | 144 | 107 | 0,65 | 0,48 |
| Gütersloh | 124 | 122 | 0,55 | 0,55 |
| Siegerland-Wittgenstein | 131 | 116 | 0,59 | 0,54 |
| Olpe | 134 | 101 | 0,62 | 0,47 |
| Münsterland | 154 | 118 | 0,74 | 0,60 |
| Westfalen-Lippe | 148 | 121 | 0,70 | 0,58 |
| NRW | 159 | 129 | 0,75 | 0,62 |
| GKV-Bund | 147 | 131 ⁺ | 0,71 | 0,62 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

5.1.5. Leistungsausgaben für Familienangehörige

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Familienangehörige erreichen mit 822 DM bei den münsterländischen Ortskrankenkassen einen Wert, der alle vergleichbaren Durchschnittswerte deutlich übersteigt (siehe i.e. Tab. 4). Er liegt um 149 DM höher als der Ortskrankenkassen-Landesverbandsdurchschnitt, um 165 DM höher als der Ortskrankenkassen-Landesdurchschnitt und um 241 DM über dem Ortskrankenkassen-Bunddurchschnitt. Der niedrigste münsterländische Wert (762 DM bei der Ortskrankenkasse Münster) liegt immer noch höher als alle entsprechenden Ausgabenwerte für Familienangehörige der restlichen westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen.

Auch bei einem Vergleich, der alle RVO-Kassen einbezieht, zeigen sich für die Regionen des Münsterlandes weiterhin überdurchschnittliche Leistungsausgaben bei den Familienangehörigen. Der Durchschnitt der münsterländischen Regionen sinkt geringfügig von 822 auf 803 DM; er liegt damit weiterhin um 105 DM über dem Wert der westfälisch-lippischen RVO-Kassen, um 114 DM über dem Landesdurchschnitt der RVO-Kassen und um 198 DM über dem Ausgabewert aller gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die absolut höchsten Ausgaben für Familienangehörige hat die Ortskrankenkasse Borken mit 857 DM, die damit um fast 400 DM über dem niedrigsten Wert einer westfälisch-lippischen Ortskrankenkasse (Herford mit 489 DM) liegt. Aber auch bei der Ortskrankenkasse Borken (ebenso wie bei den anderen Ortskrankenkassen des Münsterlandes) scheint es sich bei der Familienlastquote weniger um ein ortskrankenkassenspezifisches als vielmehr um ein regionenspezifisches Phänomen zu handeln. So liegt in Borken der Durchschnitt aller RVO-Kassen der Region lediglich um 15 DM unter dem Ortskrankenkassenwert; auch bei den übrigen vier Regionen fallen die Unterschiede kaum größer aus; in der Region Münster liegt der Durchschnitt aller RVO-Kassen sogar über dem Wert der Ortskrankenkasse.

Tab.4: Absolute und relative Ausgaben für Mitglieder und Familienangehörige der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | AGMIT | | AGFAM | | BEMIT | | BEFAM | |
|-----------------------|---------|-------------------|---------|------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|
| | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen | nur AOK | alle Kas-sen |
| Steinfurt | 1441 | 1327 | 832 | 817 | 6,92 | 6,35 | 4,00 | 3,90 |
| Coesfeld | 1314 | 1245 | 805 | 781 | 6,52 | 6,07 | 3,99 | 3,80 |
| Borken | 1367 | 1326 | 875 | 860 | 6,60 | 6,20 | 4,22 | 4,01 |
| Münster | 1430 | 1391 | 762 | 781 | 6,98 | 6,29 | 3,72 | 3,51 |
| Warendorf | 1374 | 1261 | 814 | 769 | 6,27 | 5,64 | 3,72 | 3,42 |
| Bochum | 1501 | 1411 | 617 | 594 | 7,36 | 6,93 | 3,02 | 2,92 |
| Herne | 1612 | 1456 | 688 | 708 | 7,30 | 6,47 | 3,12 | 3,10 |
| Recklinghausen | 1491 | 1406 | 738 | 776 | 7,02 | 6,43 | 3,47 | 3,50 |
| Gelsenkirchen | 1506 | 1440 | 619 | 617 | 7,25 | 6,99 | 2,98 | 3,00 |
| Bottrop | 1469 | 1391 | 727 | 687 | 6,98 | 6,70 | 3,45 | 3,23 |
| Dortmund | 1529 | 1460 | 634 | 631 | 7,29 | 6,90 | 3,02 | 2,96 |
| Paderborn | 1295 | 1210 | 760 | 753 | 6,13 | 5,91 | 3,60 | 3,70 |
| Hamm | 1370 | 1200 | 749 | 705 | 6,46 | 5,70 | 3,53 | 3,36 |
| Höxter | 1196 | 1188 | 793 | 793 | 5,86 | 5,78 | 3,88 | 3,87 |
| Hochsauerland | 1321 | 1265 | 690 | 698 | 6,27 | 6,06 | 3,27 | 3,34 |
| Unna | 1365 | 1321 | 702 | 717 | 6,41 | 6,24 | 3,30 | 3,40 |
| Lippstadt-Soest | 1315 | 1315 | 721 | 721 | 6,14 | 6,14 | 3,37 | 3,37 |
| Minden-Lübbecke | 1359 | 1292 | 539 | 568 | 6,68 | 6,31 | 2,65 | 2,78 |
| Lippe | 1355 | 1382 | 582 | 804 | 6,43 | 6,06 | 2,76 | 3,45 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 1438 | 1346 | 641 | 611 | 6,53 | 6,16 | 2,91 | 2,79 |
| Märkischer Kreis | 1395 | 1333 | 590 | 646 | 6,35 | 6,12 | 2,68 | 2,99 |
| Herford | 1374 | 1249 | 489 | 613 | 6,41 | 5,79 | 2,28 | 2,83 |
| Bielefeld | 1367 | 1319 | 561 | 580 | 6,27 | 6,13 | 2,57 | 2,69 |
| Hagen | 1340 | 1351 | 597 | 650 | 6,09 | 5,57 | 2,71 | 2,89 |
| Gütersloh | 1352 | 1325 | 632 | 619 | 6,02 | 6,02 | 2,81 | 2,81 |
| Siegerland-Wittgenst. | 1229 | 1184 | 729 | 745 | 5,52 | 5,51 | 3,27 | 3,49 |
| Olpe | 1182 | 1121 | 656 | 709 | 5,51 | 5,06 | 3,06 | 3,17 |
| Münsterland | 1394 | 1317 | 822 | 802 | 6,68 | 6,10 | 3,94 | 3,70 |
| Westfalen-Lippe | 1390 | 1322 | 673 | 697 | 6,53 | 6,15 | 3,16 | 3,23 |
| NRW | 1404 | 1345 | 657 | 688 | 6,64 | 6,27 | 3,10 | 3,19 |
| Bund-GKV | 1327 | 1353 ⁺ | 581 | 604 ⁺ | 6,38 | 6,27 ⁺ | 2,80 | 2,75 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Diese außerordentlich hohen Ausgaben für Familienangehörige führen natürlich zu sehr hohen Bedarfssätzen, die alle entsprechenden Durchschnittswerte weit übersteigen und die hohen Beitragssätze der münsterländischen Ortskrankenkassen zu einem großen Teil erklären.

5.1.6. Präventionsausgaben

Die durchschnittlichen Ausgaben für Präventionsleistungen der münsterländischen Ortskrankenkassen liegen nun geringfügig unter den Ortskrankenkassen- und RVO-Kassen-Durchschnitten. Von daher haben sie keine Erklärungskraft für die hohen Beitragssätze dieser Kassen (siehe i.e. Tab. 4a).

5.1.7. Mutterschaftshilfeausgaben

Die durchschnittlichen Ausgaben für Mutterschaftshilfe liegen bei den Ortskrankenkassen des Münsterlandes nur geringfügig über den vergleichbaren Durchschnittswerten und haben deshalb auch wenig Bedeutung für die hohen Beitragssätze der münsterländischen Ortskrankenkassen (siehe i.e. Tab. 4a).

5.1.8. Zwischenbilanz

In Tab. 5, Sp. 1 sind die Abweichungen der Kassenbeitragssätze der Ortskrankenkassen des Münsterlandes vom westfälisch-lippischen Durchschnitt der Ortskrankenkassen berechnet. Sp. 2 zeigt die Entwicklung dieser Differenzen, wenn bei den fünf Kassen ein fiktiver Grundlohn unterstellt wird, der in der Höhe dem des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe entspricht.

Tab. 4a: Absolute und relative Ausgaben für Prävention und Mutter-
schaftshilfe der Ortskrankenkassen der RVO-Kassen insgesamt

| | AGPRV | | AGMUT | | BEPMU | |
|-------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|-------------------|
| | nur AOK | alle Kassen | nur AOK | alle Kassen | nur AOK | alle Kassen |
| Steinfurt | 19 | 17 | 94 | 81 | 0,54 | 0,47 |
| Coesfeld | 22 | 21 | 83 | 70 | 0,52 | 0,45 |
| Borken | 18 | 19 | 92 | 79 | 0,53 | 0,47 |
| Münster | 16 | 19 | 55 | 48 | 0,35 | 0,31 |
| Warendorf | 23 | 24 | 70 | 62 | 0,42 | 0,38 |
| Bochum | 19 | 19 | 54 | 52 | 0,36 | 0,34 |
| Herne | 19 | 19 | 72 | 58 | 0,41 | 0,35 |
| Recklinghausen | 18 | 19 | 71 | 67 | 0,42 | 0,40 |
| Gelsenkirchen | 20 | 20 | 67 | 64 | 0,42 | 0,41 |
| Bottrop | 16 | 17 | 67 | 55 | 0,40 | 0,35 |
| Dortmund | 21 | 21 | 60 | 56 | 0,39 | 0,36 |
| Paderborn | 19 | 18 | 87 | 74 | 0,50 | 0,45 |
| Hamm | 24 | 23 | 69 | 57 | 0,44 | 0,38 |
| Höxter | 19 | 19 | 82 | 68 | 0,50 | 0,42 |
| Hochsauerland | 22 | 21 | 81 | 75 | 0,49 | 0,46 |
| Unna | 19 | 19 | 83 | 80 | 0,48 | 0,47 |
| Lippstadt-Soest | 19 | 19 | 75 | 75 | 0,44 | 0,44 |
| Minden-Lübbecke | 19 | 20 | 78 | 69 | 0,48 | 0,44 |
| Lippe | 19 | 25 | 73 | 46 | 0,44 | 0,32 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 21 | 24 | 59 | 61 | 0,37 | 0,39 |
| Märkischer Kreis | 22 | 20 | 70 | 68 | 0,42 | 0,41 |
| Herford | 23 | 21 | 76 | 69 | 0,46 | 0,42 |
| Bielefeld | 20 | 18 | 67 | 63 | 0,40 | 0,38 |
| Hagen | 16 | 18 | 65 | 61 | 0,37 | 0,35 |
| Gütersloh | 19 | 19 | 76 | 75 | 0,43 | 0,43 |
| Siegerland-Wittgenstein | 23 | 20 | 74 | 71 | 0,43 | 0,42 |
| Olpe | 18 | 20 | 81 | 70 | 0,46 | 0,41 |
| Münsterland | 19 | 20 | 80 | 67 | 0,48 | 0,42 |
| Westfalen-Lippe | 20 | 20 | 72 | 65 | 0,44 | 0,40 |
| NRW | 20 | 20 | 70 | 63 | 0,43 | 0,39 |
| GKV-Bund | 21 | 24 ⁺ | 70 | 76 ⁺ | 0,44 | 0,47 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Tab. 5: Die Abweichungen der Kassenbeitragssätze der Ortskrankenkassen des Münsterlandes vom Landesverbandsdurchschnitt vor und nach Elimination des Grundlohneinflusses

| | Differenz zum Durchschnitt | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| | BS (%-Pkte) | $BS_{\overline{GL}}$ (%-Pkte) | $BS-BS_{\overline{CL}}$ (%-Pkte) |
| Steinfurt | + 1,70 | + 1,36 | - 0,34 |
| Coesfeld | + 1,30 | + 0,57 | - 0,73 |
| Borken | + 1,25 | + 0,86 | - 0,39 |
| Münster | + 0,84 | + 0,55 | - 0,29 |
| Warendorf | + 0,38 | + 0,70 | + 0,32 |
| Münsterland- Ortskrankenkassen | + 1,10 | + 0,86 | - 0,24 |

Vier der fünf Ortskrankenkassen könnten bei einem Grundlohn, der dem Durchschnittsgrundlohn des Landesverbandes entspricht, ihre Kassenbeitragssätze senken, und zwar zwischen 0,73 Prozentpunkten bei der Ortskrankenkasse Coesfeld und 0,29 Prozentpunkten bei der Ortskrankenkasse Münster. Die Ortskrankenkasse Warendorf müßte dagegen ihren Kassenbeitragssatz um 0,32 Prozentpunkte erhöhen. Der durchschnittliche Beitragssatz der münsterländischen Ortskrankenkassen würde um 0,24 Prozentpunkte fallen. Das Ergebnis zeigt, daß die hohen Beitragssätze der Ortskrankenkassen Steinfurt, Coesfeld, Borken und Münster nur z.T. aus ihrem niedrigen Grundlohniveau zu erklären sind. Am ehesten gilt diese Erklärung für Coesfeld, weniger dagegen für Münster und insbesondere Steinfurt. Für die Ortskrankenkasse Warendorf besitzt diese Erklärung keine Relevanz, da diese Kasse sogar ein überdurchschnittliches Grundlohniveau aufweist.

Für die nach der Grundlohniveauangleichung verbleibenden Überschreitungen des Durchschnittsbeitragssatzes sind überdurchschnittliche Ausgaben verantwortlich, die, wie die

obige Analyse gezeigt hat, besonders im Bereich der Familienangehörigenleistungen anfallen. Deshalb soll nun untersucht werden, welcher Anteil der Überschreitungen nach der Grundlohnangleichung sich durch diese Leistungskategorie erklären lassen.

Tab. 6: Die Abweichungen der Bedarfssätze für Familienangehörigenausgaben der Ortskrankenkassen des Münsterlandes vom Landesverbandsdurchschnitt vor und nach Elimination des Grundlohneinflusses

| | Differenz zum Durchschnitt | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------|--------------------|
| | $\frac{BS}{GL}$ | BEFAM | $\frac{BEFAM}{GL}$ |
| | (%-Pkte) | (%-Pkte) | (%-Pkte) |
| Steinfurt | + 1,36 | + 0,84 | + 0,73 |
| Coesfeld | + 0,57 | + 0,83 | + 0,60 |
| Borken | + 0,86 | + 1,06 | + 0,93 |
| Münster | + 0,55 | + 0,56 | + 0,40 |
| Warendorf | + 0,70 | + 0,56 | + 0,64 |
| Münsterland- Ortskrankenkassen | + 0,86 | + 0,78 | + 0,68 |

In Tab. 6 sind die entsprechenden Angaben ausgewiesen: Sp. 2 zeigt die Differenz des Bedarfssatzes für Familienangehörigenausgaben zum Durchschnittsbedarfssatz im Landesverband Westfalen-Lippe. Sp. 3 zeigt die gleiche Differenz nach einer Grundlohnangleichung auf das Durchschnittsniveau. Außer bei der Ortskrankenkasse Warendorf, die einen überdurchschnittlichen Grundlohn hat, sinkt der Bedarfssatz bei allen betrachteten Ortskrankenkassen im Vergleich zum Durchschnitt, und zwar am deutlichsten in Coesfeld (als der grundlohnschwächsten Ortskrankenkasse).

Das Ergebnis zeigt, daß sich (außer bei der Ortskrankenkasse Steinfurt¹⁾ nach der Grundlohnangleichung auf den Landes-

1) Bei der Ortskrankenkasse Steinfurt werden die durch die überdurchschnittlichen Familienangehörigenausgaben nicht erklärbaren Beitragssatzüberschreitungen (0,63 Prozentpunkte) z.T. durch überdurchschnittliche Mitgliederausgaben und Verwaltungskosten verursacht.

| | |
|-----------------------------|--|
| Arzneimittel: | Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken und von sonstigen Stellen (Knt. 340 und 449) |
| stationäre Behandlung: | Krankenhausbehandlung (Knt. 46) |
| Krankengeld: | (Knt. 470) |
| Mutterschaftshilfe: | (Knt. 55) |
| sonstige Leistungsausgaben: | alle in den 5 oberen Leistungstypen nicht enthaltenen Leistungsausgaben. |

Eine solche Gliederung ist zwar nicht im gleichen Maße auf die Konstruktion und Beurteilung von Finanzausgleichsverfahren abgestellt wie die zuvor unter finanzausgleichstheoretischen Kriterien vorgenommene Kategorisierung; sie weist andererseits die Ausgaben in einer differenzierteren und an den materiellen Leistungsformen ausgerichteten Gliederung aus, so daß sie Anhaltspunkte für die Ursachen der unterschiedlich hohen Ausgabenlasten der verschiedenen Kassen zum Ausdruck bringen kann.

5.2.1. Leistungsausgaben für ambulante Behandlung

Die Kategorie 'ambulante Behandlung' umfaßt die Ausgaben für die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Heilpersonen. Die Mitgliederausgaben in diesem Bereich liegen bei den münsterländischen Ortskrankenkassen im Durchschnitt um 14 DM (im Vergleich zum Landesverbands- und Ortskrankenkassen-Bundesdurchschnitt) bzw. 13 DM (im Vergleich zum Ortskrankenkassen-Landesdurchschnitt) über den vergleichbaren Mittelwerten (siehe i.e. Tab. 7). Eine relativ geringe Abweichung vom Kassendurchschnitt (sieht man vom Bundesdurchschnitt über alle Krankenkassen ab) ergibt sich auch, wenn man die RVO-Kassen des Münsterlandes den RVO-Kassen anderer Regionen gegenüberstellt.

Tab. 7: Absolute und relative Ausgaben für ambulante Behandlung der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | ambulante Behandlungsausgaben | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|------|------------------|------------------|---------|------|-------------------|-------------------|
| | absolut | | | | relativ | | | |
| | nur AOK | | alle Kassen | | nur AOK | | alle Kassen | |
| | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. |
| Steinfurt | 339 | 250 | 324 | 256 | 1,63 | 1,20 | 1,55 | 1,22 |
| Coesfeld | 321 | 244 | 304 | 242 | 1,59 | 1,21 | 1,49 | 1,18 |
| Borken | 312 | 262 | 311 | 261 | 1,50 | 1,26 | 1,45 | 1,21 |
| Münster | 382 | 256 | 350 | 251 | 1,86 | 1,25 | 1,59 | 1,14 |
| Warendorf | 328 | 248 | 307 | 239 | 1,49 | 1,13 | 1,37 | 1,06 |
| Bochum | 327 | 183 | 318 | 183 | 1,60 | 0,90 | 1,56 | 0,90 |
| Herne | 339 | 184 | 324 | 212 | 1,53 | 0,89 | 1,43 | 0,92 |
| Recklinghausen | 323 | 211 | 321 | 232 | 1,52 | 0,99 | 1,46 | 1,04 |
| Gelsenkirchen | 312 | 170 | 301 | 172 | 1,50 | 0,82 | 1,46 | 0,84 |
| Bottrop | 310 | 205 | 313 | 195 | 1,47 | 0,97 | 1,52 | 0,91 |
| Dortmund | 330 | 186 | 324 | 190 | 1,57 | 0,88 | 1,52 | 0,89 |
| Paderborn | 301 | 210 | 288 | 223 | 1,43 | 0,99 | 1,40 | 1,10 |
| Hamm | 279 | 191 | 273 | 206 | 1,31 | 0,90 | 1,30 | 0,98 |
| Höxter | 268 | 220 | 306 | 253 | 1,31 | 1,08 | 1,48 | 1,23 |
| Hochsauerland | 281 | 202 | 275 | 207 | 1,33 | 0,96 | 1,32 | 0,99 |
| Unna | 314 | 206 | 304 | 209 | 1,47 | 0,97 | 1,44 | 0,99 |
| Lippstadt-Soest | 266 | 183 | 266 | 183 | 1,24 | 0,85 | 1,24 | 0,85 |
| Minden-Lübbecke | 282 | 151 | 275 | 165 | 1,39 | 0,74 | 1,34 | 0,81 |
| Lippe | 319 | 176 | 324 | 248 | 1,51 | 0,84 | 1,41 | 1,06 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 318 | 187 | 320 | 188 | 1,44 | 0,85 | 1,46 | 0,86 |
| Märkischer Kreis | 328 | 173 | 315 | 195 | 1,49 | 0,78 | 1,45 | 0,90 |
| Herford | 333 | 155 | 309 | 194 | 1,55 | 0,72 | 1,43 | 0,90 |
| Bielefeld | 331 | 174 | 317 | 179 | 1,52 | 0,80 | 1,47 | 0,83 |
| Hagen | 300 | 170 | 304 | 206 | 1,36 | 0,77 | 1,35 | 0,91 |
| Gütersloh | 328 | 191 | 319 | 187 | 1,46 | 0,85 | 1,45 | 0,85 |
| Siegerland-Wittgenst. | 265 | 203 | 270 | 220 | 1,19 | 0,91 | 1,26 | 1,03 |
| Olpe | 261 | 184 | 258 | 210 | 1,22 | 0,85 | 1,16 | 0,94 |
| Münsterland | 337 | 253 | 321 | 250 | 1,62 | 1,22 | 1,49 | 1,16 |
| Westfalen-Lippe | 313 | 196 | 307 | 211 | 1,47 | 0,92 | 1,43 | 0,97 |
| NRW | 324 | 195 | 317 | 210 | 1,53 | 0,92 | 1,48 | 0,97 |
| GKV-Bund | 313 | 175 | 352 ⁺ | 198 ⁺ | 1,50 | 0,84 | 1,63 ⁺ | 0,90 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Bei den Familienangehörigenausgaben für ambulante Behandlung treten erheblich höhere Überschreitungen auf: Während im Münsterland durch die Ortskrankenkassen 253 DM für die ambulante Behandlung von Familienangehörigen aufgewendet werden müssen, beträgt der Bundesdurchschnitt der Ortskrankenkassen 175 DM und der westfälisch-lippische Durchschnitt 196 DM. Bezieht man alle RVO-Kassen in den Vergleich ein, dann zeigen sich für die münsterländischen Regionen etwas geringere Mittelwertüberschreitungen.

Unterteilt man die Ausgaben für ambulante Behandlung in Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, so zeigt sich, daß die höheren Ausgaben für Familienangehörige bei den Ortskrankenkassen des Münsterlandes sich etwa gleichgewichtig auf beide Leistungsarten verteilen. Bei den Ausgaben für ärztliche Behandlung liegen sie um 28 DM, bei denen für zahnärztliche Behandlung um 29 DM über dem Ortskrankenkassen-Landesverbands-Durchschnitt. Bei den Mitgliederausgaben verteilt sich diese Überschreitung auf 3 DM im ärztlichen und 20 DM im zahnärztlichen Bereich. Für die Ortskrankenkasse Münster ist festzustellen, daß sich deren außerordentlich hohe Ausgaben für ambulante Behandlung vorwiegend durch die hohen Zahnarztausgaben für Mitglieder erklären.

5.2.2. Arzneimittelausgaben

In diesem Leistungsbereich liegen die durchschnittlichen Mitgliederausgaben der fünf münsterländischen Ortskrankenkassen mit 146 DM um 5 DM bzw. 3 DM über dem Ortskrankenkassen-Landesverbands- und -Landesdurchschnitt (siehe i.e. Tab. 8); die Familienangehörigenausgaben übersteigen die Durchschnittswerte hier um 22 DM bzw. 27 DM. Für die Gesamtheit aller RVO-Kassen ergibt sich ein ähnliches Gefälle: 5 DM bzw. 4 DM für die Mitgliedsausgaben und 15 DM bzw. 18 DM für die Ausgaben für Familienangehörige.

Tab. 8: Absolute und relative Ausgaben für Arzneimittel der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken und sonstigen Stellen (Konto 430 und 449) (ohne Optiker und Orthopäden) | | | | | | | |
|-----------------------|---|------|------------------|-----------------|---------|------|-------------------|-------------------|
| | absolut | | | | relativ | | | |
| | nur AOK | | alle Kassen | | nur AOK | | alle Kassen | |
| | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. |
| Steinfurt | 158 | 129 | 142 | 126 | 0,76 | 0,62 | 0,68 | 0,60 |
| Coesfeld | 144 | 126 | 128 | 120 | 0,71 | 0,62 | 0,62 | 0,58 |
| Borken | 142 | 134 | 137 | 132 | 0,68 | 0,64 | 0,64 | 0,61 |
| Münster | 148 | 114 | 143 | 124 | 0,72 | 0,56 | 0,65 | 0,55 |
| Warendorf | 139 | 116 | 122 | 109 | 0,63 | 0,53 | 0,54 | 0,48 |
| Bochum | 161 | 91 | 150 | 88 | 0,79 | 0,44 | 0,74 | 0,43 |
| Herne | 167 | 110 | 153 | 118 | 0,75 | 0,49 | 0,68 | 0,51 |
| Recklinghausen | 169 | 118 | 157 | 126 | 0,79 | 0,55 | 0,72 | 0,56 |
| Gelsenkirchen | 186 | 102 | 175 | 102 | 0,89 | 0,49 | 0,54 | 0,49 |
| Bottrop | 159 | 110 | 141 | 110 | 0,75 | 0,52 | 0,68 | 0,52 |
| Dortmund | 162 | 90 | 156 | 91 | 0,77 | 0,43 | 0,73 | 0,42 |
| Paderborn | 143 | 131 | 129 | 123 | 0,68 | 0,62 | 0,62 | 0,60 |
| Hamm | 149 | 142 | 124 | 116 | 0,70 | 0,67 | 0,59 | 0,55 |
| Höxter | 136 | 115 | 129 | 118 | 0,67 | 0,56 | 0,62 | 0,57 |
| Hochsauerland | 139 | 112 | 131 | 111 | 0,66 | 0,53 | 0,62 | 0,53 |
| Unna | 145 | 101 | 141 | 106 | 0,68 | 0,47 | 0,66 | 0,50 |
| Lippstadt-Soest | 136 | 107 | 136 | 107 | 0,64 | 0,50 | 0,64 | 0,50 |
| Minden-Lübbecke | 152 | 82 | 138 | 86 | 0,75 | 0,40 | 0,67 | 0,42 |
| Lippe | 150 | 87 | 144 | 127 | 0,71 | 0,41 | 0,63 | 0,54 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 180 | 92 | 157 | 88 | 0,81 | 0,42 | 0,72 | 0,40 |
| Märkischer Kreis | 145 | 86 | 137 | 96 | 0,66 | 0,39 | 0,53 | 0,44 |
| Herford | 152 | 73 | 138 | 94 | 0,71 | 0,34 | 0,64 | 0,43 |
| Bielefeld | 139 | 72 | 137 | 81 | 0,64 | 0,33 | 0,64 | 0,37 |
| Hagen | 140 | 83 | 126 | 92 | 0,63 | 0,37 | 0,56 | 0,41 |
| Gütersloh | 139 | 92 | 136 | 92 | 0,62 | 0,41 | 0,62 | 0,41 |
| Siegerland-Wittgenst. | 141 | 114 | 133 | 118 | 0,63 | 0,51 | 0,61 | 0,55 |
| Olpe | 138 | 109 | 129 | 117 | 0,64 | 0,51 | 0,58 | 0,52 |
| Münsterland | 146 | 124 | 135 | 122 | 0,70 | 0,60 | 0,62 | 0,56 |
| Westfalen-Lippe | 151 | 102 | 141 | 107 | 0,71 | 0,48 | 0,65 | 0,49 |
| NRW | 149 | 98 | 140 | 104 | 0,71 | 0,46 | 0,65 | 0,48 |
| GKV-Bund | 138 | 83 | 145 ⁺ | 88 ⁺ | 0,66 | 0,40 | 0,67 ⁺ | 0,40 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

5.2.3. Leistungsausgaben für stationäre Behandlung

Mit 346 DM pro Mitglied liegen die Mitgliederausgaben für stationäre Behandlung bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen um 27 DM unter dem Ortskrankenkassen-Landesverbands-Durchschnitt und um 12 DM unter dem Landesdurchschnitt (siehe i.e. Tab. 9). Die Familienangehörigenausgaben liegen mit 276 DM dagegen um 32 DM bzw. 42 DM über diesen Durchschnittswerten. Insbesondere die Ortskrankenkasse Steinfurt tätigt mit 397 DM für Mitglieder und 296 DM für Familienangehörige außerordentlich hohe Ausgaben für stationäre Behandlung. Dabei scheint es sich allerdings um ein spezielles Problem dieser Ortskrankenkasse zu handeln, das bei den anderen RVO-Kassen der Region Steinfurt von weniger großer Bedeutung ist; bei Einbezug aller RVO-Kassen in die Durchschnittsberechnung sinken die Ausgabenwerte nämlich stark ab (auf 356 bzw. 277 DM).

5.2.4. Krankengeldleistungen

Die Ausgaben für Krankengeld liegen bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen mit 283 DM pro Mitglied um 8 DM unter dem Ortskrankenkassen-Landesverbands-Durchschnitt und um 19 DM unter dem Ortskrankenkassen-Landesdurchschnitt; den Bundesdurchschnitt übersteigen sie dagegen um 29 DM (siehe i.e. Tab. 10). Die Krankengeldausgaben der münsterländischen RVO-Kassen bleiben - sowohl im ortskrankenkassen- als auch im regionenspezifischen Vergleich - ebenfalls unter den vergleichbaren Durchschnittsausgaben auf Landes- und Landesverbandsebene.

5.2.5. Mutterschaftshilfeleistungen

Die Mitgliederausgaben für Mutterschaftshilfe der fünf münsterländischen Ortskrankenkassen liegen mit 51 DM geringfügig über dem Landesverbands-, Landes- und Bundes-

Tab. 9: Absolute und relative Ausgaben für stationäre Behandlung der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | Stationäre Behandlung (Konto 46) | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|------|------------------|------------------|---------|------|-------------------|-------------------|
| | absolut | | | | relativ | | | |
| | nur AOK | | alle Kassen | | nur AOK | | alle Kassen | |
| | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. |
| Steinfurt | 397 | 296 | 356 | 277 | 1,91 | 1,42 | 1,70 | 1,32 |
| Coesfeld | 302 | 279 | 295 | 272 | 1,50 | 1,38 | 1,43 | 1,32 |
| Borken | 316 | 279 | 318 | 276 | 1,53 | 1,34 | 1,48 | 1,28 |
| Münster | 352 | 242 | 358 | 256 | 1,72 | 1,18 | 1,61 | 1,15 |
| Warendorf | 340 | 283 | 311 | 266 | 1,55 | 1,29 | 1,39 | 1,18 |
| Bochum | 391 | 226 | 361 | 210 | 1,91 | 1,11 | 1,77 | 1,03 |
| Herne | 458 | 255 | 376 | 243 | 2,07 | 1,15 | 1,68 | 1,08 |
| Recklinghausen | 403 | 277 | 368 | 276 | 1,89 | 1,30 | 1,69 | 1,25 |
| Gelsenkirchen | 404 | 236 | 389 | 231 | 1,94 | 1,13 | 1,89 | 1,12 |
| Bottrop | 360 | 300 | 364 | 261 | 1,71 | 1,42 | 1,76 | 1,23 |
| Dortmund | 405 | 246 | 380 | 237 | 1,93 | 1,17 | 1,79 | 1,11 |
| Paderborn | 361 | 273 | 320 | 256 | 1,71 | 1,29 | 1,56 | 1,25 |
| Hamm | 381 | 289 | 319 | 252 | 1,80 | 1,36 | 1,52 | 1,20 |
| Höxter | 365 | 304 | 327 | 267 | 1,79 | 1,49 | 1,59 | 1,30 |
| Hochsauerland | 343 | 228 | 335 | 234 | 1,62 | 1,08 | 1,61 | 1,12 |
| Unna | 349 | 267 | 338 | 272 | 1,64 | 1,25 | 1,60 | 1,29 |
| Lippstadt-Soest | 420 | 293 | 420 | 293 | 1,96 | 1,37 | 1,96 | 1,37 |
| Minden-Lübbecke | 386 | 194 | 358 | 199 | 1,90 | 0,95 | 1,75 | 0,97 |
| Lippe | 356 | 205 | 341 | 273 | 1,69 | 0,97 | 1,50 | 1,18 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 395 | 244 | 360 | 217 | 1,79 | 1,11 | 1,65 | 0,99 |
| Märkischer Kreis | 370 | 221 | 349 | 231 | 1,68 | 1,01 | 1,60 | 1,07 |
| Herford | 341 | 161 | 316 | 201 | 1,59 | 0,75 | 1,46 | 0,92 |
| Bielefeld | 373 | 202 | 352 | 208 | 1,71 | 0,92 | 1,63 | 0,96 |
| Hagen | 395 | 237 | 341 | 227 | 1,79 | 1,07 | 1,52 | 1,01 |
| Gütersloh | 369 | 219 | 359 | 212 | 1,64 | 0,97 | 1,63 | 0,96 |
| Siegerland-Wittgenst. | 342 | 251 | 329 | 250 | 1,53 | 1,12 | 1,53 | 1,17 |
| Olpe | 305 | 216 | 285 | 222 | 1,42 | 1,01 | 1,29 | 1,00 |
| Münsterland | 346 | 276 | 331 | 269 | 1,66 | 1,33 | 1,53 | 1,24 |
| Westfalen-Lippe | 373 | 244 | 347 | 243 | 1,75 | 1,15 | 1,61 | 1,13 |
| NRW | 358 | 234 | 337 | 238 | 1,69 | 1,11 | 1,57 | 1,10 |
| GKV-Bund | 335 | 202 | 312 ⁺ | 189 ⁺ | 1,61 | 0,97 | 1,45 ⁺ | 0,86 ⁺ |

⁺) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Tab.10: Absolute und relative Ausgaben für Krankengeld der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | Krankengeldleistung | | | |
|-----------------------|---------------------|------------------|---------|-------------------|
| | absolut | | relativ | |
| | nur AOK | alle Kassen | nur AOK | alle Kassen |
| Steinfurt | 261 | 246 | 1,25 | 1,17 |
| Coesfeld | 263 | 263 | 1,30 | 1,27 |
| Borken | 311 | 289 | 1,50 | 1,36 |
| Münster | 264 | 291 | 1,29 | 1,30 |
| Warendorf | 300 | 272 | 1,37 | 1,22 |
| Bochum | 383 | 347 | 1,88 | 1,70 |
| Herne | 391 | 367 | 1,77 | 1,62 |
| Recklinghausen | 347 | 321 | 1,63 | 1,46 |
| Gelsenkirchen | 368 | 345 | 1,77 | 1,67 |
| Bottrop | 387 | 349 | 1,84 | 1,65 |
| Dortmund | 355 | 333 | 1,69 | 1,56 |
| Paderborn | 216 | 230 | 1,02 | 1,13 |
| Hamm | 307 | 257 | 1,44 | 1,22 |
| Hüxter | 214 | 195 | 1,05 | 0,96 |
| Hochsauerland | 295 | 273 | 1,40 | 1,31 |
| Unna | 298 | 287 | 1,40 | 1,35 |
| Lippstadt-Soest | 245 | 245 | 1,14 | 1,14 |
| Minden-Lübbecke | 270 | 269 | 1,33 | 1,31 |
| Lippe | 260 | 337 | 1,23 | 1,47 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 298 | 251 | 1,35 | 1,14 |
| Märkischer Kreis | 278 | 274 | 1,26 | 1,26 |
| Herford | 267 | 239 | 1,24 | 1,10 |
| Bielefeld | 239 | 256 | 1,09 | 1,19 |
| Hagen | 283 | 254 | 1,28 | 1,13 |
| Gütersloh | 247 | 249 | 1,10 | 1,14 |
| Siegerland-Wittgenst. | 232 | 219 | 1,04 | 1,01 |
| Olpe | 235 | 225 | 1,09 | 1,01 |
| Münsterland | 283 | 274 | 1,36 | 1,27 |
| Westfalen-Lippe | 291 | 280 | 1,37 | 1,30 |
| NRW | 302 | 295 | 1,43 | 1,37 |
| GKV-Bund | 254 | 223 ⁺ | 1,22 | 1,03 ⁺ |

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

durchschnitt; das gleiche gilt für die Familienangehörigenausgaben in diesem Leistungsbereich (siehe i.e. Tab. 11).

Die durchschnittlichen Mitgliederausgaben der RVO-Kassen sind in den Regionen Steinfurt, Coesfeld, Borken, Münster und Warendorf z.T. deutlich niedriger als die Ausgabenwerte der jeweiligen Ortskrankenkasse; für die Familienangehörigenausgaben für Mutterschaftshilfeleistungen gilt dies allerdings nicht.

5.2.6. Sonstige Leistungsausgaben

Die Kategorie der sonstigen Leistungsausgaben umfaßt alle nicht in den oben behandelten Leistungssparten enthaltenen Leistungsarten der Kontenklasse 4/5; zu mehr als der Hälfte wird diese Kategorie durch die Ausgaben für Zahnersatz bestimmt.

Die durchschnittlichen Ausgaben der fünf münsterländischen Ortskrankenkassen betragen in dieser Restkategorie 228 DM für Mitglieder und 139 DM für Familienangehörige (siehe i.e. Tab.12). Damit liegen die Mitgliederausgaben geringfügig über den entsprechenden Durchschnittswerten, während die Familienangehörigenausgaben zwischen 39 DM (im Vergleich zum bundesweiten Ortskrankenkassendurchschnitt) und 32 DM (im Vergleich zum Ortskrankenkassen-Landesdurchschnitt) darüber liegen. Bezieht man alle RVO-Kassen in die Analyse ein, dann ergeben sich geringfügige Verringerungen der durchschnittlichen Mitglieder- und Familienangehörigenausgaben für die Regionen des Münsterlandes.

Die in der Leistungskategorie enthaltenen Zahnersatzausgaben machen bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen im Durchschnitt 121 DM für Mitglieder und 56 DM für Familienangehörige aus. Damit liegen sie um 11 DM bzw. um 13 DM über dem westfälisch-lippischen Ortskrankenkassendurchschnitt. Die Durchschnittswerte aller RVO-Kassen des

Tab.11: Absolute und relative Ausgaben für Mutterschaftshilfe der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | Mutterschaftshilfeleistungen | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------|-------------|------|---------|------|-------------|-------|
| | absolut | | | | relativ | | | |
| | nur AOK | | alle Kassen | | nur AOK | | alle Kassen | |
| | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. |
| Steinfurt | 63 | 30 | 51 | 29 | 0,30 | 0,14 | 0,24 | 0,14 |
| Coesfeld | 53 | 29 | 43 | 26 | 0,26 | 0,14 | 0,21 | 0,12 |
| Borken | 60 | 32 | 49 | 30 | 0,29 | 0,15 | 0,23 | 0,14 |
| Münster | 36 | 18 | 26 | 22 | 0,17 | 0,09 | 0,12 | 0,09 |
| Warendorf | 41 | 29 | 35 | 27 | 0,18 | 0,13 | 0,15 | 0,12 |
| Bochum | 34 | 20 | 31 | 20 | 0,16 | 0,09 | 0,15 | 0,10 |
| Herne | 47 | 25 | 36 | 22 | 0,21 | 0,11 | 0,16 | 0,10 |
| Recklinghausen | 41 | 29 | 37 | 29 | 0,19 | 0,13 | 0,17 | 0,13 |
| Gelsenkirchen | 43 | 23 | 41 | 23 | 0,21 | 0,11 | 0,20 | 0,11 |
| Ettrop | 40 | 26 | 31 | 23 | 0,19 | 0,12 | 0,15 | 0,11 |
| Dortmund | 39 | 20 | 37 | 19 | 0,19 | 0,09 | 0,17 | 0,09 |
| Paderborn | 59 | 28 | 45 | 29 | 0,28 | 0,13 | 0,21 | 0,14 |
| Hamm | 51 | 18 | 38 | 19 | 0,24 | 0,08 | 0,18 | 0,09 |
| Höxter | 49 | 33 | 41 | 27 | 0,24 | 0,16 | 0,19 | 0,13 |
| Hochsauerland | 54 | 26 | 49 | 25 | 0,26 | 0,12 | 0,23 | 0,12 |
| Unna | 56 | 26 | 53 | 27 | 0,26 | 0,12 | 0,25 | 0,12 |
| Lippstadt-Soest | 53 | 22 | 53 | 22 | 0,24 | 0,10 | 0,24 | 0,10 |
| Minden-Lübbecke | 56 | 21 | 47 | 22 | 0,28 | 0,10 | 0,23 | 0,10 |
| Lippe | 54 | 18 | 24 | 21 | 0,26 | 0,08 | 0,11 | 0,09 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 39 | 20 | 41 | 19 | 0,17 | 0,09 | 0,19 | 0,09 |
| Märkischer Kreis | 52 | 17 | 47 | 21 | 0,24 | 0,08 | 0,21 | 0,09 |
| Herford | 57 | 19 | 45 | 24 | 0,26 | 0,08 | 0,21 | 0,11 |
| Bielefeld | 45 | 22 | 41 | 22 | 0,20 | 0,10 | 0,19 | 0,10 |
| Hagen | 46 | 19 | 38 | 22 | 0,21 | 0,08 | 0,17 | 0,10 |
| Gütersloh | 51 | 25 | 50 | 25 | 0,23 | 0,11 | 0,22 | 0,11 |
| Siegerland-wittgenst. | 45 | 28 | 42 | 29 | 0,20 | 0,13 | 0,19 | 0,13 |
| Olpe | 53 | 28 | 40 | 29 | 0,25 | 0,13 | 0,18 | 0,13 |
| Münsterland | 51 | 28 | 40 | 27 | 0,25 | 0,14 | 0,19 | 0,13 |
| Westfalen-Lippe | 48 | 24 | 40 | 24 | 0,23 | 0,11 | 0,19 | 0,11 |
| NRW | 47 | 22 | 40 | 23 | 0,23 | 0,11 | 0,19 | 0,10 |
| GKV-Bund | 50 | 15 | 57* | 18* | 0,24 | 0,09 | 0,27* | 0,08* |

*) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Tab. 12: Absolute und relative Ausgaben für sonstige Leistungen der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

| | Sonstige Leistungsausgaben (alle nicht in AT1 - AT5 enthaltenen Positionen) | | | | | | | |
|-----------------------|---|------|------------------|------------------|---------|------|-------------------|-------------------|
| | absolut | | | | relativ | | | |
| | nur AOK | | alle Kassen | | nur AOK | | alle Kassen | |
| | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. | Mit. | Fam. |
| Steinfurt | 220 | 126 | 205 | 128 | 1,05 | 0,60 | 0,98 | 0,61 |
| Coesfeld | 228 | 125 | 209 | 120 | 1,13 | 0,62 | 1,02 | 0,58 |
| Borken | 224 | 166 | 220 | 158 | 1,08 | 0,80 | 1,02 | 0,74 |
| Münster | 245 | 129 | 220 | 126 | 1,19 | 0,63 | 1,00 | 0,56 |
| Warendorf | 224 | 137 | 212 | 126 | 1,02 | 0,62 | 0,94 | 0,56 |
| Bochum | 203 | 95 | 200 | 91 | 1,00 | 0,46 | 0,98 | 0,44 |
| Herne | 207 | 113 | 197 | 112 | 0,94 | 0,51 | 0,87 | 0,48 |
| Recklinghausen | 206 | 101 | 200 | 111 | 0,97 | 0,47 | 0,91 | 0,49 |
| Gelsenkirchen | 190 | 85 | 186 | 87 | 0,91 | 0,41 | 0,90 | 0,42 |
| Bottrop | 211 | 83 | 190 | 95 | 1,00 | 0,39 | 0,91 | 0,44 |
| Dortmund | 235 | 89 | 232 | 93 | 1,12 | 0,42 | 1,09 | 0,43 |
| Paderborn | 212 | 117 | 196 | 119 | 1,00 | 0,55 | 0,96 | 0,53 |
| Hamm | 201 | 108 | 186 | 109 | 0,94 | 0,51 | 0,88 | 0,52 |
| Höxter | 162 | 119 | 187 | 126 | 0,79 | 0,58 | 0,90 | 0,61 |
| Hochsauerland | 206 | 120 | 199 | 119 | 0,97 | 0,57 | 0,95 | 0,57 |
| Unna | 201 | 100 | 196 | 101 | 0,94 | 0,47 | 0,92 | 0,48 |
| Lippstadt-Soest | 193 | 114 | 193 | 114 | 0,90 | 0,53 | 0,90 | 0,53 |
| Minden-Lübbecke | 210 | 90 | 202 | 94 | 1,03 | 0,44 | 0,99 | 0,46 |
| Lippe | 213 | 93 | 210 | 133 | 1,01 | 0,44 | 0,92 | 0,57 |
| Ennepe-Ruhr-Kreis | 206 | 96 | 216 | 97 | 0,93 | 0,43 | 0,99 | 0,44 |
| Märkischer Kreis | 219 | 90 | 208 | 101 | 0,99 | 0,41 | 0,95 | 0,46 |
| Herford | 222 | 80 | 200 | 98 | 1,03 | 0,37 | 0,93 | 0,45 |
| Bielefeld | 238 | 89 | 214 | 88 | 1,09 | 0,41 | 0,99 | 0,41 |
| Hagen | 174 | 86 | 185 | 102 | 0,79 | 0,39 | 0,82 | 0,45 |
| Gütersloh | 210 | 104 | 208 | 102 | 0,96 | 0,46 | 0,94 | 0,46 |
| Siegerland-Wittgenst. | 201 | 131 | 190 | 126 | 0,90 | 0,58 | 0,88 | 0,59 |
| Olpe | 187 | 117 | 183 | 128 | 0,87 | 0,54 | 0,82 | 0,57 |
| Münsterland | 228 | 139 | 214 | 133 | 1,09 | 0,67 | 0,99 | 0,62 |
| Westfalen-Lippe | 212 | 106 | 204 | 111 | 1,00 | 0,50 | 0,94 | 0,51 |
| NRW | 221 | 107 | 190 | 112 | 1,05 | 0,51 | 0,99 | 0,52 |
| GKV-Bund | 213 | 100 | 239 ⁺ | 108 ⁺ | 1,12 | 0,48 | 1,20 ⁺ | 0,49 ⁺ |

⁺) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

Münsterlandes betragen 115 DM für Mitglieder und 54 DM für Familienangehörige. Auffallend ist, daß die Mitgliederausgaben für Zahnersatz für die Ortskrankenkasse Münster mit 154 DM - wie bei der zahnärztlichen Behandlung - den mit Abstand höchsten Wert aufweisen.

5.2.7. Zwischenbilanz

Die hohen Beitragssätze der fünf münsterländischen Ortskrankenkassen werden i.w. durch zwei Faktoren verursacht: Zum einen ist es das relativ niedrige Grundlohniveau, das sich in einzelnen münsterländischen Kassenbezirken in unterschiedlichem Maß auswirkt, zum anderen sind es vor allem die überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben für Familienangehörige, die durchweg in allen Kassenbezirken des Münsterlandes anfallen. Die Analyse der Leistungsstruktur zeigt, daß diese überdurchschnittlichen Ausgaben nicht etwa konzentriert in einem Leistungsbereich anfallen, sondern daß sie sich etwa gleichgewichtig auf die Ausgaben für ärztliche, zahnärztliche und stationäre Behandlung verteilen. Da die Mitgliederausgaben in diesen Bereichen nur geringfügig von den Durchschnittswerten der entsprechenden Ebenen abweichen, kann vermutet werden, daß die überdurchschnittlichen Familienangehörigenausgaben weniger durch eine generelle Überversorgung als vielmehr durch eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von mitversicherten Familienangehörigen pro Mitglied verursacht werden. Diese Hypothese gilt es im folgenden zu untersuchen (siehe unten, § 6).

Über diesem Zusammenhang darf im übrigen nicht übersehen werden, daß die hohen Beitragssätze auch durch weitere, kassenbezirksspezifische Faktoren verursacht werden können, die bei einer aggregierten Analyse (Korrelationsanalyse) nicht zum Ausdruck kommen, im Einzelfall aber durchaus auch quantitativ von Bedeutung sein können - wie dies etwa bei den speziell im Kassenbezirk Münster auftretenden hohen Ausgaben für zahnärztliche Behandlung der Fall ist. Die