

'einzelfallorientierte', d.h. die spezielle Situation einzelner Kassen und Kassenbezirke berücksichtigende Analyse darf über die im Vordergrund der statistischen Analyse stehende Aggregatbetrachtung daher nicht vernachlässigt werden. Da deren Durchführung für jede der Kassen (bezirke) des Münsterlandes oder gar des Landesverbandes Westfalen-Lippe den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, muß dem Leser hier allerdings die Detailanalyse der Tabellen nahegelegt werden.

§ 6 Über die Mitgliederstruktur auf die Einnahmen- und Ausgabenseite wirkende indirekte Beitragssatzdeter- minanten

6.1. Anteil weiblicher Mitglieder

Der Anteil der weiblichen Mitglieder an den Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung variiert für die münsterländischen AOK'n zwischen 27,45 v.H. (Warendorf) und 34,37 v.H. (Steinfurt). Der Durchschnittswert beträgt 30,96 v.H. (siehe i.e. Tab. 13). Er liegt damit um etwas mehr als einen Prozentpunkt unter dem westfälisch-lippischen und dem nordrhein-westfälischen Ortskrankenkassendurchschnitt. Den bundesweiten Ortskrankenkassendurchschnitt unterschreitet er um mehr als drei Prozentpunkte.

Bezieht man die Betriebs- und Innungskrankenkassen in den Vergleich ein, dann ergeben sich in allen münsterländischen (ebenso wie in allen westfälisch-lippischen) Regionen deutliche Verringerungen der Frauenquote, d.h. jede Ortskrankenkasse hat einen höheren Frauenanteil in ihrem Mitgliederbestand als die in den jeweiligen Ortskrankenkassenbezirken ansässigen Betriebs- und Innungskrankenkassen.

6.2. Durchschnittsalter der Mitglieder

Das Durchschnittsalter der Mitglieder der fünf münsterländischen Ortskrankenkassen liegt etwas niedriger als auf den drei Vergleichsebenen (Westfalen-Lippe, Nordrhein-Westfalen, Bund). Berechnet man die Durchschnittswerte aller RVO-Kassen einer Region, dann zeigt sich, daß die Ortskrankenkassenmitglieder in den Regionen Steinfurt, Coesfeld, Münster und Warendorf durchschnittlich etwas älter sind als die Mitglieder der dort ansässigen Betriebs- und Innungskrankenkassen (siehe i.e. Tab. 13).

Tab. 13: Frauenanteil (FRQ) und Durchschnittsalter (ALT) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

	FRQ		ALT	
	nur AOK	alle Kas- sen	nur AOK	alle Kas- sen
Steinfurt	34,37	27,97	37,51	36,21
Coesfeld	34,07	27,70	36,98	35,58
Borken	30,70	26,03	36,21	36,30
Münster	29,25	21,06	38,28	38,22
Warendorf	27,45	22,84	37,82	36,50
Bochum	32,79	29,74	37,84	37,25
Herne	32,81	24,20	37,87	37,35
Recklinghausen	30,30	25,93	37,24	36,58
Gelsenkirchen	34,72	31,83	38,21	37,38
Bottrop	29,41	24,94	37,14	35,53
Dortmund	35,13	33,21	38,23	37,84
Paderborn	30,20	23,60	37,38	34,97
Hamm	34,28	26,59	37,87	36,27
Höxter	26,61	24,59	36,95	35,95
Hochsauerland	27,53	25,04	36,59	35,80
Unna	33,75	31,59	37,57	37,10
Lippstadt-Soest	31,20	31,20	37,99	37,99
Minden-Lübbecke	37,17	31,06	39,40	37,90
Lippe	37,62	19,61	39,48	38,78
Knepe-Ruhr-Kreis	29,46	29,62	38,20	37,53
Märkischer Kreis	35,58	30,90	38,64	37,42
Herford	38,98	28,39	39,83	37,61
Bielefeld	34,37	30,43	39,75	38,34
Hagen	30,45	24,94	38,72	36,60
Gütersloh	32,10	30,93	38,47	37,59
Siegerland-Wittgenst.	26,84	23,30	37,70	36,04
Olpe	26,46	21,56	35,77	35,37
Münsterland	30,96	24,59	37,36	36,72
Westfalen-Lippe	32,23	27,05	38,02	37,08
NRW	32,27	27,45	38,11	37,41
GKV-Bund	34,25	38,12 ⁺	37,51	37,00

+) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

6.3. Anteil der Pflichtmitglieder

Der durchschnittliche Anteil der Pflichtmitglieder ist bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen höher als auf allen Vergleichsebenen (siehe i.e. Tab.13a); er beträgt 94,26 v.H. Die Spannweite liegt zwischen 92,98 v.H. in Coesfeld und 95,01 v.H. in Warendorf. In allen Regionen liegt dieser Anteil bei der jeweiligen Ortskrankenkasse über dem Durchschnitt der RVO-Kassen.

6.4. Anteil der Arbeitslosen

Der durchschnittliche Anteil der Arbeitslosen an den Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung liegt bei den münsterländischen Ortskrankenkassen mit 4,86 v.H. unter dem westfälisch-lippischen und dem nordrhein-westfälischen Ortskrankenkassendurchschnitt. In allen Regionen liegt der jeweilige Ortskrankenkassenwert über dem Durchschnitt der RVO-Kassen in der Region (siehe i.e. Tab.13a).

6.5. Anteil der Jugendlichen und Behinderten

Der Anteil der Jugendlichen und Behinderten ist bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen deutlich höher als der Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt (siehe i.e. Tab. 13b). Mit 2,32 v.H. hat die Ortskrankenkasse Coesfeld den mit Abstand höchsten Anteil dieser Risikogruppe in ihrem Mitgliederbestand. Die Einbeziehung der Betriebs- und Innungskrankenkassen zeigt, daß in allen münsterländischen Regionen der durchschnittliche Anteil der Jugendlichen und Behinderten bei allen RVO-Kassen einer Region unter dem Anteil der dortigen Ortskrankenkasse liegt.

Tab. 13a: Pflichtmitgliederanteil (PFQ) und Arbeitslosenanteil (ALQ) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

	PFQ		ALQ	
	nur AOK	alle Kas-sen	nur AOK	alle Kas-sen
Steinfurt	94,16	93,75	5,94	4,76
Coesfeld	92,98	92,11	4,85	4,04
Boriken	94,50	92,53	4,14	0,94
Münster	93,92	92,75	3,93	2,86
Warendorf	95,01	91,90	4,03	2,61
Bochum	93,54	91,99	9,61	7,73
Herne	94,17	91,98	12,21	7,14
Recklinghausen	93,08	90,90	9,98	7,42
Gelsenkirchen	93,56	92,88	11,15	10,18
Bottrop	91,58	91,24	9,04	5,76
Dortmund	92,56	91,24	8,43	7,10
Paderborn	94,01	92,58	4,71	4,37
Hamm	93,76	89,75	8,54	5,28
Höxter	93,89	93,45	4,94	3,44
Hochsauerland	93,58	92,82	4,12	3,78
Unna	94,52	94,07	12,78	11,76
Lippstadt-Soest	94,79	94,79	4,95	0,80
Minden-Lübbecke	93,29	92,01	4,02	3,25
Lippe	91,37	88,51	3,87	3,12
Ennepe-Ruhr-Kreis	92,37	90,21	4,28	3,09
Märkischer Kreis	92,29	92,25	3,26	3,10
Herford	90,87	91,28	4,00	3,10
Bielefeld	93,22	92,88	3,41	3,61
Hagen	94,03	92,26	7,04	4,00
Gütersloh	94,91	94,36	2,56	2,70
Siegerland-Wittgenst.	91,77	92,62	4,27	3,65
Olpe	93,07	88,91	2,71	0,28
Münsterland	94,26	92,62	4,86	3,56
Westfalen-Lippe	93,33	91,92	4,67	0,56
NRW	92,30	91,15	6,44	5,09
GKV-Bund	90,56	81,25 †	4,57	3,24

†) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

6.6. Anteil von Studenten und Praktikanten

Beim Anteil dieser Mitgliedergruppe lassen sich, sieht man von der hohen Studentenquote der Ortskrankenkasse Münster ab, für die münsterländischen Kassenbezirke nur geringfügige Abweichungen vom Landesverbands-, Landes- und Bundesdurchschnitt aufzeigen (siehe i.e. Tab. 13b). Immerhin läßt sich feststellen, daß die Ortskrankenkassen im Durchschnitt eine höhere Studentenquote aufweisen als die RVO-Kassen in den jeweiligen Regionen.

6.7. Anteil von Ausländern

Die Zahlen über die Mitgliedschaft der ausländischen Arbeitnehmer sowie die der Schwerbehinderten werden in der amtlichen Krankenkassenstatistik nicht ausgewiesen; sie entstammen der Strukturhebung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe. Deshalb können bei diesen beiden Mitgliedergruppen keine Vergleiche, die über die Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe hinausgehen, vorgenommen werden.

Der Anteil der Ausländer liegt bei den fünf münsterländischen Ortskrankenkassen unter dem westfälisch-lippischen Durchschnitt. Innerhalb des Münsterlandes schwankt er zwischen 3,95 v.H. in Borken und 12,64 v.H. in Warendorf (siehe i.e. Tab. 13b).

6.8. Anteil Schwerbehinderter

Bei der Verteilung dieser Risikogruppe zeigen sich deutliche Diskrepanzen. Der Durchschnittsanteil bei den münsterländischen Ortskrankenkassen liegt um das zweieinhalbfache höher als der westfälisch-lippische Durchschnitt. Aber auch innerhalb des Münsterlandes verteilen sich die Anteile sehr ungleichmäßig: Mit 6,57 bzw. 2,63 v.H. finden sich für die Ortskrankenkassen Coesfeld und Borken

Tab. 13b: Anteile der Jugendlichen und Behinderten (JBQ), Studenten und Praktikanten (STQ), Ausländer (AUSQ) und Schwerbehinderten (SWHQ) der Ortskrankenkassen und der RVO-Kassen insgesamt

	JBQ		STQ		AUSQ	SWHQ
	nur AOK	alle Kas-sen	nur AOK	alle Kas-sen	nur AOK	nur AOK
Steinfurt	0,81	0,63	0,34	0,27	7,71	0,09
Coesfeld	2,32	1,50	0,34	0,22	3,95	6,57
Borken	0,94	0,72	0,30	0,26	9,09	2,63
Münster	0,68	0,40	2,15	1,19	8,81	0,03
Warendorf	0,33	0,19	0,27	0,17	12,64	-, -
Bochum	0,09	0,10	0,43	0,35	6,08	0,19
Herne	0,27	0,21	0,26	0,25	10,00	0,06
Recklinghausen	0,34	0,26	0,38	0,30	5,73	0,04
Gelsenkirchen	0,28	0,27	0,27	0,26	6,74	0,10
Bottrop	0,31	0,20	0,32	0,23	4,27	0,01
Dortmund	0,37	0,33	0,53	0,45	9,20	1,45
Paderborn	0,75	0,52	0,41	0,28	11,44	0,03
Hamm	0,30	0,13	0,44	0,33	7,12	0,12
Höxter	0,49	0,73	0,44	0,31	6,40	0,01
Hochsauerland	0,74	0,62	0,37	0,31	12,37	0,02
Unna	0,25	0,25	0,28	0,27	9,86	0,07
Lippstadt-Soest	0,80	0,30	0,41	0,41	14,57	0,02
Minden-Lübbecke	1,96	1,29	0,35	0,23	11,92	0,03
Lippe	0,36	0,23	0,35	0,24	5,14	0,05
Ennepe-Ruhr-Kreis	1,13	0,94	0,29	0,27	15,78	0,06
Märkischer Kreis	0,06	0,08	0,21	0,19	18,73	0,01
Herford	0,26	0,21	0,38	0,28	10,41	0,01
Bielefeld	0,87	0,68	0,46	0,35	15,38	1,70
Hagen	0,34	0,21	0,40	0,22	19,08	0,03
Gütersloh	0,33	0,30	0,23	0,22	2,26	2,26
Siegerland-Wittgenst.	0,26	0,23	0,50	0,36	9,83	0,06
Olpe	0,28	0,20	0,34	0,27	13,09	0,01
Münsterland	0,88	0,57	0,69	0,45	8,92	1,35
Westfalen-Lippe	0,56	0,43	0,42	0,32	10,50	0,54
NRW	0,48	0,37	0,45	0,34	-	-
GKV-Bund	0,37	0,22 ⁺	0,53	1,25 ⁺	-	-

*) incl. Ersatzkassen, Seekasse und Bundesknappschaft

die weitaus höchsten Anteile, während die Ortskrankenkasse Münster einen Anteil von unter einem Promille ausweist (siehe i.e. Tab. 13b).

§ 7 Über geographische und demographische Kassenbezirksmerkmale auf die Einnahmen- und Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten

Geographische und demographische Merkmale, die den Bezirk einer Ortskrankenkasse kennzeichnen, sind vor allem die Größe (Fläche) des Bezirks und die Einwohnerdichte; daneben können weitere Merkmale der Kassenbezirke betrachtet werden, die als Indikatoren für die nicht bekannte Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen gelten können. So lassen sich aus der amtlichen Statistik etwa für die Jahre 1976 bis 1978¹⁾ die lebendgeborenen Kinder je tausend Einwohner berechnen.²⁾ Unter der Annahme, daß das Reproduktionsverhalten in den einzelnen Regionen längerfristig konstant bleibt und die Mitgliederstruktur der Ortskrankenkassen ein adäquates Abbild der regionalen Bevölkerungsstruktur darstellt, ist dadurch ein Indikator gewonnen, der Hinweise darauf liefert, ob in einer Region mit einer hohen oder einer niedrigen Anzahl von Mitversicherten pro Mitglied zu rechnen ist. Als ein weiterer Indikator für die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen, der mit den gleichen Einschränkungen zu interpretieren ist, wird die durchschnittliche Haushaltsgröße betrachtet. Diese Zahlen liegen allerdings nur für das Jahr 1970 vor.³⁾

Die Regionen des Münsterlandes verfügen über eine geringe Einwohnerdichte bei gleichzeitig großer flächenmäßiger Ausdehnung (siehe i.e. Tab. 14). Bei den

- 1) Die Möglichkeit, diese Zeitreihe anhand der Zahlen der amtlichen Statistik weiter in die Vergangenheit zu verlängern, ist wegen der erst im Jahr 1975 abgeschlossenen Gebietsreform nicht gegeben.
- 2) Quelle: Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1977, S. 50/51, 1978, S.56/57, 1979, S.70/71.
- 3) Quelle: Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1979, S. 48/49.

Tab. 14: Geographische und demographische Kassenbezirksmerkmale

	Fläche in qkm	Einw. je qkm	Kinder je 1 000 Einw. 1976	Kinder je 1 000 Einw. 1977	Kinder je 1 000 Einw. 1978	Haus- halts- größe
Steinfurt	1790	210	12,11	11,36	11,09	3,5
Coesfeld	1107	151	12,66	12,01	11,81	3,6
Borken	1415	208	13,01	13,01	12,87	3,7
Münster	302	884	9,38	9,22	8,75	2,5
Warendorf	1313	185	12,33	11,23	11,39	3,3
Bochum	145	2940	8,45	8,44	8,41	2,6
Herne	51	3674	9,13	8,66	8,53	2,6
Recklinghausen	759	826	10,18	10,02	9,84	2,8
Gelsenkirchen	105	2953	9,18	8,60	8,94	2,6
Bottrop	100	1173	9,51	9,53	9,40	2,9
Dortmund	280	2179	8,87	8,66	8,35	2,5
Paderborn	1244	177	12,43	11,93	11,72	3,2
Hamm	226	794	11,35	10,99	10,34	2,8
Höxter	1199	119	11,73	10,99	10,59	3,2
Hochsauerland	1957	136	10,98	10,70	10,33	3,2
Unna	542	703	10,63	10,19	10,23	2,9
Lippstadt-Soest	1327	202	11,06	10,38	10,42	3,1
Minden-Lübbecke	1150	249	9,11	8,79	8,69	2,9
Lippe	1247	260	9,32	9,05	8,60	2,7
Ennepe-Ruhr-Kreis	408	850	9,17	8,76	8,68	2,6
Märkischer Kreis	1059	401	10,17	9,60	9,81	2,7
Herford	448	518	9,58	8,84	8,73	2,8
Bielefeld	259	1208	8,93	8,46	8,54	2,5
Hagen	160	1392	8,88	8,96	8,47	2,5
Gütersloh	966	291	11,40	11,10	10,71	3,1
Siegerland-Wittgenst.	1131	252	10,43	10,28	10,18	3,0
Olpe	709	172	12,49	11,68	11,85	3,3
Münsterland	1185	291	11,90	11,37	11,18	3,3
Westfalen-Lippe	792	856	10,39	9,98	9,86	2,9

demographischen Merkmalen fällt die hohe Anzahl von Neugeborenen pro 1000 Einwohner auf; die jährlichen Durchschnitte der münsterländischen Regionen übertreffen die westfälisch-lippischen Durchschnittswerte deutlich. Unter der Voraussetzung, daß die Mitgliederstrukturen der münsterländischen Ortskrankenkassen in etwa der Bevölkerungsstruktur ihrer Regionen entsprechen, kann davon ausgegangen werden, daß die dort ansässigen Ortskrankenkassen eine weit überdurchschnittliche Anzahl von Familienangehörigen pro Mitglied versichern. Dies wird auch durch die überdurchschnittliche Haushaltsgröße in den münsterländischen Regionen bestätigt.

Der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung liegt bei den münsterländischen Regionen deutlich unter dem Durchschnitt in Westfalen-Lippe (siehe i.e. Tab. 14a). Inwieweit dies auf besonders hohe Mitgliederbestände der Ersatzkassen und der anderen RVO-Kassen zurückgeführt werden kann, läßt sich nicht entscheiden. Hier könnte eine unterdurchschnittliche Erwerbsquote zu den gleichen Ergebnissen führen; welcher dieser Faktoren letztendlich für den niedrigen Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung ursächlich ist, läßt sich wegen der mangelhaften Datenlage nicht überprüfen.

Tab. 14a: Der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung

	Anteil der Mitglieder der	
	allgemeinen KV. (v.H.)	gesamten KV. (v.H.)
Steinfurt	9,67	16,05
Coesfeld	9,04	15,11
Borken	12,88	20,18
Münster	11,50	17,29
Warendorf	12,79	19,83
Bochum	11,25	16,29
Herne	10,22	15,17
Recklinghausen	8,80	12,84
Gelsenkirchen	11,37	16,10
Bottrop	8,66	12,33
Dortmund	11,26	16,91
Paderborn	11,84	18,76
Hamm	10,32	15,26
Höxter	14,02	24,32
Hochsauerland	18,51	28,19
Unna	10,69	16,41
Lippstadt-Soest	13,01	21,07
Minden-Lübbecke	14,36	24,39
Lippe	15,48	26,69
Ennepe-Ruhr-Kreis	14,46	22,30
Märkischer Kreis	19,46	29,80
Herford	19,60	31,97
Bielefeld	18,65	29,98
Hagen	14,33	22,97
Gütersloh	15,68	23,64
Siegerland-Wittgenstein	15,61	22,59
Olpe	20,36	28,48
Münsterland	11,43	18,02
Westfalen-Lippe	13,97	21,56

§ 8 Über regionale Versorgungsunterschiede auf die Ausgabenseite wirkende Beitragssatzdeterminanten

8.1. Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung, gemessen als Zahl der Einwohner je Arzt (sog. Arztdichte), läßt sich anhand der Daten der westfälisch-lippischen Strukturhebung differenziert nach Allgemeinärzten und Fachärzten ermitteln. Sowohl für die Allgemeinmediziner als auch für die Fachmediziner werden die dadurch ausgedrückten Versorgungslagen zusätzlich den Zahlen der kassenärztlichen Bedarfsplanung gegenübergestellt, um mögliche Versorgungsdefizite bzw. -überschüsse festzustellen. Als weiteres Merkmal wird die Altersstruktur der Ärzte in die Betrachtungen einbezogen; diese liegt allerdings nur für die Gruppe der Allgemeinmediziner vor.

Die Allgemeinarztdichte, gemessen in Einwohner je Allgemeinmediziner, schwankt zwischen 1.506 in Recklinghausen und 934 in der Region Münster (siehe i.e. Tab.15). Münster ist gleichzeitig die einzige Region in Westfalen-Lippe, in der ein Überschuß an Allgemeinmedizinern laut Bedarfsplanung besteht; in den übrigen Regionen stimmen entweder die Versorgungszahlen mit der Bedarfsplanung überein (Steinfurt, Minden-Lübbecke, Lippe, Olpe) oder es besteht ein Defizit an Allgemeinärzten. Die durchschnittliche Allgemeinarztdichte der fünf münsterländischen Regionen insgesamt liegt trotz der Überversorgung in Münster unter dem Durchschnitt von Westfalen-Lippe.

Im Vergleich der Facharztdichte liegt Münster mit 1.322 Einwohnern je Facharzt ebenfalls an der Spitze. Die niedrigste Facharztdichte mit 3.303 Einwohnern je Facharzt findet sich in der Region Olpe. Bei der Facharztversorgung ist im Gegensatz zur Allgemeinarztversorgung in der Mehrzahl der Regionen ein Überschuß festzustellen; ein Defizit an Fachärzten besteht nur in den Regionen Coesfeld, Recklinghausen, Gütersloh und Olpe.

Tab. 15: Merkmale der ärztlichen Versorgung

	Einw. je Allg. Arzt	Allg. Arzt- Sal. je Tsd. Einw.	Einw. je Fach- arzt	Fach- arzt- sal. je Tsd. Einw.	Anteil der Allgemein- ärzte (v.H.)		
					bis 40 J.	41 J. bis 60 J.	über 60 J.
Steinfurt	1282	-,--	2537	0,01	32,86	39,16	27,97
Coesfeld	1474	-0,02	3000	-,--	25,86	37,93	36,20
Borken	1363	-0,06	2355	0,02	15,38	40,66	43,95
Münster	934	0,01	1322	0,35	9,52	61,90	28,57
Warendorf	1349	-0,04	2441	0,03	18,51	41,97	39,50
Bochum	1378	-0,13	2094	0,02	17,92	48,11	33,96
Herne	1398	-0,11	2247	0,03	21,56	37,25	41,17
Recklinghausen	1506	-0,15	2234	-0,01	24,64	45,07	30,28
Gelsenkirchen	1313	-0,09	2280	0,03	12,87	51,48	35,64
Bottrop	1372	-0,09	2225	0,07	9,09	48,48	42,42
Dortmund	1193	-0,09	1817	0,11	12,50	51,70	35,79
Paderborn	1137	-0,01	1952	0,04	13,58	39,50	46,91
Hamm	1360	-0,11	2243	0,04	13,46	48,07	38,46
Höxter	1163	-0,01	2168	0,07	24,56	36,34	38,59
Hochsauerland	1208	-0,03	2282	0,04	23,07	28,34	48,07
Unna	1392	-0,08	2398	0,01	21,13	48,30	30,50
Lippstadt-Soest	1109	-0,06	1838	0,11	9,37	42,70	47,91
Minden-Lübbecke	1159	-,--	2264	0,03	14,87	42,97	42,14
Lippe	1221	-,--	2413	0,02	20,16	33,06	46,77
Ennepe-Ruhr-Kreis	1156	-0,03	1853	0,14	17,75	45,79	36,44
Märkischer Kreis	1112	-0,03	1799	0,16	15,06	48,63	36,30
Herford	1256	-0,04	2371	-,--	19,54	34,48	45,97
Bielefeld	1000	-0,04	1477	0,17	11,88	37,62	50,49
Hagen	983	-0,04	1439	0,28	15,27	30,55	54,16
Gütersloh	1316	-0,01	2788	-0,02	9,73	41,59	48,67
Siegerland-Wittgenst.	1222	-0,01	2363	0,01	19,46	53,09	27,43
Olpe	1405	-,--	3303	-0,08	28,00	30,00	42,00
Münsterland	1264	0,03	2270	0,09	20,07	44,63	35,30
Westfalen-Lippe	1233	0,05	2138	0,07	17,31	43,33	39,33

Auch bei der Facharztversorgung liegen die fünf münsterländischen Regionen zusammengenommen trotz der Überversorgung in Münster unter dem westfälisch-lippischen Durchschnitt. Allerdings dürfte die Überversorgung von Münster sowohl im allgemein- als auch im fachmedizinischen Bereich auf die weniger gut versorgten, aber unmittelbar der Region Münster benachbarten Kreise Steinfurt, Coesfeld und Warendorf ausstrahlen, so daß hier gewisse Kompensationseffekte zu vermuten sind. Für die Region Borken, die nicht in unmittelbarer Nachbarschaft von Münster liegt, dürfte das überdurchschnittliche Versorgungsangebot in Münster allerdings von geringerer Bedeutung sein.

Für die Altersstruktur der Allgemeinärzte zeigen sich erhebliche Schwankungen. Innerhalb der fünf münsterländischen Regionen sind die Ärzte im Durchschnitt jünger als in Westfalen-Lippe; dies gilt besonders für die Region Steinfurt, in der etwa ein Drittel der Allgemeinärzte jünger als 40 Jahre ist. Auch der Anteil der Allgemeinärzte über 60 Jahre ist in Steinfurt (und Münster) deutlich kleiner als im Durchschnitt.

8.2. Zahnärztliche Versorgung

Die Zahnarztdichte, gemessen in Einwohner je Zahnarzt, schwankt in Westfalen-Lippe zwischen 1.757 in Münster und 4.537 in der Region Bottrop (siehe i.e. Tab. 16). Die durchschnittliche Versorgungsdichte mit Zahnärzten ist wegen der extrem hohen Versorgung in Münster auch im Durchschnitt aller münsterländischen Regionen höher als im westfälisch-lippischen Durchschnitt. Betrachtet man die einzelnen Regionen getrennt, dann haben neben Münster noch Warendorf und Steinfurt eine überdurchschnittliche Zahnarztversorgung, während Coesfeld und vor allem Borken unterdurchschnittlich versorgt sind. Was über die Ausstrahlung der hohen Versorgung im ärztlichen Bereich in Münster gesagt wurde, dürfte auch für die zahnärztliche Versorgung Geltung haben.

Tab. 16: Merkmale der zahnärztlichen Versorgung

	Einw. je Zahn- arzt	Anteil der Zahnärzte		
		bis 40 J.	41 J. bis 60 J.	über 60 J.
Steinfurt	2856	36,64	42,74	20,61
Coesfeld	3055	36,36	41,81	21,81
Borken	3424	31,39	52,32	16,27
Münster	1757	30,26	44,73	25,00
Warendorf	2775	32,95	40,90	26,13
Bochum	3260	14,50	52,67	32,82
Herne	3496	33,33	42,59	24,07
Recklinghausen	3761	29,94	38,92	31,13
Gelsenkirchen	3809	15,85	65,85	18,29
Bottrop	4537	34,61	46,15	19,23
Dortmund	2789	14,15	62,55	23,28
Paderborn	2507	31,81	38,63	29,54
Hamm	3590	22,00	40,00	38,00
Höxter	2752	26,92	36,53	36,53
Hochsauerland	2967	25,55	41,11	33,33
Unna	3667	37,50	49,03	13,46
Lippstadt-Soest	2917	23,91	36,95	39,13
Minden-Lübbecke	2847	14,85	51,48	33,66
Lippe	2799	18,96	33,62	47,41
Ennepe-Ruhr-Kreis	2751	19,84	46,82	33,33
Märkischer Kreis	2360	33,88	28,33	37,77
Herford	2372	21,42	39,79	38,77
Bielefeld	2033	22,07	49,35	38,57
Hagen	2688	18,07	57,83	24,09
Gütersloh	2964	26,31	42,10	31,57
Siegerland-Wittgenst.	2803	32,35	43,13	24,50
Olpe	2778	18,18	47,72	34,09
Münsterland	2779	32,24	45,08	21,68
Westfalen-Lippe	2903	25,51	45,28	29,21

Der Vergleich der zahnärztlichen Altersstruktur zeigt, daß in den Regionen des Münsterlandes der Anteil von Zahnärzten unter 40 Jahren über und der Anteil derjenigen über 60 Jahre unter dem Durchschnitt liegt.

8.3. Krankenhausversorgung

Die wichtigste Maßzahl für das Versorgungsniveau im Krankenhausbereich besteht in der Anzahl der vorgehaltenen Krankenhausbetten je tausend Einwohner. Defizite und Überschüsse in diesem Bereich lassen sich anhand eines Vergleichs der bestehenden Bettenzahlen mit dem Planungssoll für das Jahr 1985 annähernd ermitteln. Kennzeichen der Krankenhausversorgung, die Hinweise auf die Inanspruchnahme geben können, sind der Anteil der Belegarztbetten sowie die durchschnittliche Auslastung der vorhandenen Bettenkapazitäten. Die im Krankenhaussektor anfallenden Kosten werden daneben z.T. durch die Höhe der durchschnittlichen Pflegesätze in den Regionen erklärt.

Die Bettendichte in den Regionen von Westfalen-Lippe schwankt zwischen 7,10 in Unna und 13,90 in der Region Höxter (siehe i.e. Tab.17). Die durchschnittliche Bettendichte im Münsterland beträgt 9,31 Betten pro tausend Einwohner; sie liegt damit über dem westfälisch-lippischen Durchschnitt von 8,63. Bei der Einzelbetrachtung der münsterländischen Regionen zeigt sich, daß die Überschreitung der durchschnittlichen Bettendichte fast ausschließlich durch die hohe Bettenkapazität in Münster verursacht wird; neben Münster liegt nur noch die Region Borken geringfügig über dem westfälisch-lippischen Durchschnitt.

Bezogen auf die Planungsdaten für das Jahr 1985 bestehen in fünf Regionen Bettendefizite. Eine dieser Regionen ist - trotz der schon bestehenden hohen Bettendichte - Münster; die überörtliche Bedeutung des Bettenangebots in Münster findet hierin eine zusätzliche Bestätigung.

Tab. 17: Merkmale der Krankenhausversorgung

	Betten je Tsd. Einw.	Better- saldo je Tsd. Einw.	Beleg- arzt- betten je Tsd. Einw.	durch- schnitt. Auslast. der Betten	durch- schnitt. Pflege- satz (DK)
Steinfurt	8,00	0,66	2,09	101,20	106
Coesfeld	7,43	1,34	2,30	87,18	108
Borken	8,69	1,31	2,66	89,23	113
Münster	13,60	-1,20	1,19	85,33	162
Warendorf	8,25	1,33	2,31	88,60	110
Bochum	10,10	0,21	0,38	85,27	136
Herne	10,90	1,43	0,72	73,02	148
Recklinghausen	8,82	0,03	0,66	86,05	146
Gelsenkirchen	9,86	0,64	0,27	93,00	141
Bottrop	10,10	0,62	0,46	86,53	148
Dortmund	8,88	0,45	0,21	92,28	166
Paderborn	7,90	0,37	1,09	95,43	133
Hamm	13,50	0,86	0,55	92,33	122
Köster	13,90	-0,43	0,81	90,30	127
Hochsauerland	8,25	0,61	1,00	83,46	132
Unna	7,10	-0,20	0,65	83,55	139
Lippstadt-Soest	9,20	0,32	1,10	85,41	142
Minden-Lübbecke	7,13	0,07	0,32	90,27	159
Lippe	5,83	0,15	0,36	98,00	152
Ennepe-Ruhr-Kreis	8,43	0,19	0,80	87,03	149
Märkischer Kreis	7,05	0,57	0,99	88,38	147
Herford	5,89	-0,02	0,43	93,98	163
Bielefeld	8,61	-0,27	0,44	86,40	174
Hagen	10,80	0,35	0,92	85,20	149
Gütersloh	6,70	1,20	2,40	88,60	126
Siegerland-Wittgenst.	8,20	0,09	0,75	86,53	156
Olpe	7,24	--	1,38	86,00	135
Münsterland	9,31	0,65	2,12	90,96	121
Westfalen-Lippe	8,63	0,36	0,99	88,43	143

Die Anzahl der Belegarztbetten in den münsterländischen Regionen liegt mit 2,12 je tausend Einwohner deutlich über dem westfälisch-lippischen Durchschnitt von 0,99.

Die durchschnittliche Auslastung der vorgehaltenen Bettenkapazität übersteigt in den münsterländischen Regionen den Landesverbandsdurchschnitt geringfügig. Für die Höhe der Pflegesätze zeigt sich für Münster mit 162 DM ein Wert, der mit zu den höchsten Westfalen-Lippes gehört. Nichtsdestoweniger bleibt der durchschnittliche Pflegesatz der münsterländischen Kassenbezirke insgesamt mit 121 DM deutlich unter dem Landesverbandsdurchschnitt von 143 DM.

3. Teil:

DIE EMPIRISCHE ANALYSE DER ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN BEITRAGSSATZ- SATZHÖHE UND BEITRAGSSATZDETERMINANTEN

§ 9 Zusammenhänge zwischen Beitragssatzhöhe und 'direkten' Beitragssatzdeterminanten

Der Kassenbeitragssatz wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt, die z.T. unmittelbar ('direkt') auf die Beitragssatzhöhe einwirken - hierzu gehören z.B. die Grundlöhne und die Höhe der von den Kassen zu leistenden Ausgaben -, sich z.T. aber auch nur mittelbar ('indirekt') auf die Beitragssatzhöhe auswirken, d.h. über die unmittelbaren Faktoren vermittelt werden und logisch hinter diesen angesiedelt sind - hierzu gehören z.B. die Mitgliederstrukturen, die sowohl die Höhe der Grundlöhne als auch der Kassenausgaben bestimmen und die Beiträge damit 'indirekt' determinieren.

Bei der im folgenden vorzunehmenden empirischen Analyse der Zusammenhänge zwischen Beitragssatzhöhe und den verschiedenen Beitragssatzdeterminanten ist es sinnvoll, sowohl die 'direkten' als auch die indirekten Determinanten einzubeziehen, da beide Determinantenarten unterschiedliche und sich ergänzende Erkenntnisse vermitteln: Während die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Beitragssatz

und den direkten Beitragssatzdeterminanten 'ergebnisorientierter' ist, d.h. vor allem die mit einem über- oder unterdurchschnittlichen Beitragssatzniveau einer Kasse verbundenen Leistungsausgabenunterschiede verdeutlicht, trägt die Einbeziehung der mittelbaren Faktoren stärker zur Erklärung der wirklichen Ursachen der Beitragssatzunterschiede bei.

Neben der zunächst erfolgenden Analyse der Zusammenhänge zwischen Beitragssatz und direkten Beitragssatzdeterminanten folgt daher im anschließenden Abschnitt (§ 10) eine Betrachtung indirekter Determinanten. Als direkte Determinanten finden dabei das Grundlohniveau der Kassen (Abschnitt 9.1.) und die Ausgabenhöhe (9.2.), als indirekte Determinanten die Mitgliederstruktur (10.1.) und verschiedene Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmale (10.2.) Berücksichtigung.

9.1. Beitragssatz und Grundlohniveau

Der einfache Korrelationskoeffizient¹⁾ zwischen den Kassenbeitragssätzen und Grundlöhnen beträgt bei den Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe $r = -0,63$; er liegt damit erheblich über den vergleichbaren Koeffizienten (für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung $r = -0,37$, für alle Ortskrankenkassen $r = -0,09$). Die Korrelationsanalyse bestätigt damit die Vermutung, daß die Grundlohnniveaudiskrepanzen einen wichtigen Erklärungsfaktor für die Beitragssatzunterschiede zwischen allen westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen darstellen. Damit zeigt die alle AOK'n einbeziehende Korrelationsanalyse einen höheren Zusammenhang zwischen Beitragssatz- und Grundlohnhöhe als sie bei der ausschließlich auf die münsterländischen AOK'n beschränkten Durchschnittsbetrachtung ermittelt wurde (Abschnitt 4.1.).

1) Pearsons Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient 'r'.

In der partiellen Korrelationsanalyse werden jeweils einzelne unabhängige Variablen konstant gehalten. Für die Korrelation zwischen Beitragssätzen und Grundlöhnen ergeben sich dann folgende Ergebnisse:

Tab. 18: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitragsatz und Grundlohn bei Konstanz der finanzausgleichs-theoretisch gegliederten Ausgabetypen

Konstanten	
Mitgliederausgaben	- 0,72
Familienangehörigenausgaben	- 0,63
Pflichtausgaben	- 0,87
Satzungsleistungen	- 0,65
Präventionsausgaben	- 0,62
Mutterschaftshilfeausgaben	- 0,62
Verwaltungskosten	- 0,58

Tab. 19: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitragsatz und Grundlohn bei Konstanz einzelner Leistungsstrukturkomponenten

Konstanten	für Mitglieder	für Familienangehörige
ambulante Behandlung	- 0,71	- 0,62
Arzneimittel	- 0,64	- 0,60
stationäre Behandlung	- 0,67	- 0,64
Krankengeld	- 0,65	-,--
Mutterschaftshilfe	- 0,64	- 0,62
sonstige Leistungsausgaben	- 0,66	- 0,64

Tab. 20: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbeitrags-
satz und Grundlohn bei Konstanz verschiedener
Mitgliederstrukturmerkmale

Konstanten	
Frauenanteil	- 0,63
Durchschnittsalter	- 0,59
Arbeitslosenanteil	- 0,63
Pflichtmitgliederanteil	- 0,61
Jugendlichen- und Behinderten- anteil	- 0,59
Studentenanteil	- 0,62
Ausländeranteil	- 0,53
Schwerbehindertenanteil	- 0,60

Die partiellen Korrelationskoeffizienten lassen erkennen, daß nur bei Konstanthaltung der Pflichtausgaben eine nennenswerte Steigerung der Korrelation zwischen Beitrags-
satz und Grundlohn eintritt, und zwar auf $r = -0,87$ (vgl. i.e. Tab. 18-20). Daraus läßt sich schließen, daß die kompensatorischen Wirkungen, die den Zusammenhang zwischen Beitragssatz und Grundlohn auf GKV-Ebene teilweise überdecken (und in der positiven Korrelation zwischen Grundlohniveau und Leistungsausgaben zum Ausdruck kommen), bei den westfälisch-lippischen Kassen nicht in dem Ausmaß wirksam sind, so daß die Grundlohniveauunterschiede für die westfälisch-lippischen Kassen stärker als für die GKV üblich zu Beitragssatzunterschieden führen.

9.2. Beitragssatz und Ausgabenhöhe

Die höchste Korrelation mit dem Kassenbeitragssatz findet sich mit $r = 0,83$ bei den Pflichtausgaben (siehe i.e. Tab. 21). Daneben erreicht auch der Korrelationskoeffizient zwischen den Familienangehörigenausgaben und den Kassenbeitragssätzen ($r = -0,63$) einen Wert, der einen deutlichen

statistischen Zusammenhang anzeigt. Die Mitgliederausgaben und Verwaltungskosten korrelieren ebenfalls positiv mit dem Kassenbeitragssatz, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie die Pflicht- und Familienangehörigenausgaben.

Tab. 21: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabekategorien

Mitgliederausgaben	0,50
Familienangehörigenausgaben	0,63
Pflichtausgaben	0,83
Satzungsausgaben	0,39
Präventionsausgaben	- 0,14
Mutterschaftshilfeausgaben	0,14
Verwaltungskosten	0,48

Tab. 22: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Leistungsstrukturkomponenten

	für Mitglieder	für Familienangehörige
ambulante Behandlung	0,42	0,65
Arzneimittel	0,36	0,57
stationäre Behandlung	0,12	0,57
Krankengeld	0,45	-
Mutterschaftshilfe	- 0,01	0,32
sonstige Leistungsausgaben	0,30	0,39

Bei der Aufgliederung in Leistungsstrukturkomponenten wird deutlich, daß jeweils der Anteil der Familienangehörigenausgaben höher mit dem Beitragssatz korreliert als der entsprechende Mitgliederanteil (siehe i.e. Tab. 22). Am höchsten mit dem Beitragssatz korrelieren die ambulanten Behandlungsausgaben für Familienangehörige ($r = 0,65$), gefolgt von den Familienangehörigenausgaben für Arzneimittel und stationäre Behandlung (jeweils $r = 0,57$).

In der partiellen Korrelationsanalyse, die die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Ausgabenkategorien und dem Kassenbeitragssatz verdeutlichen soll, werden die Grundlohneffekte durch die Konstantsetzung des Grundlohn-niveaus ausgeschaltet. Dadurch ergeben sich auf den Beitragssatz-Ausgaben-Zusammenhang folgende Auswirkungen:

Tab. 23: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabekategorien bei Konstanz des Grundlohn-niveaus

Konstante: Grundlohn	
Mitgliederausgaben	0,63
Familienangehörigenausgaben	0,63
Pflichtausgaben	0,94
Satzungsleistungen	0,44
Präventionsausgaben	- 0,04
Mutterschaftshilfeausgaben	0,02
Verwaltungskosten	0,40

Tab. 24: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Leistungsstrukturkomponenten bei Konstanz des Grundlohn-niveaus

Konstante: Grundlohn	für Mitglieder	für Familienangehörige
ambulante Behandlung	0,56	0,64
Arzneimittel	0,37	0,54
stationäre Behandlung	0,31	0,58
Krankengeld	0,49	-
Mutterschaftshilfe	- 0,13	0,27
sonstige Leistungsausgaben	0,37	0,41

Die Korrelationen mit dem Beitragssatz werden durch diese Konstanthaltung der Grundlöhne in der Gruppe der finanzausgleichstheoretisch gegliederten Ausgabekategorien nur bei den Mitgliederausgaben und den Pflichtausgaben nennenswert erhöht. Die geringe Steigerung gegenüber den einfachen Korrelationskoeffizienten deutet darauf hin, daß die Grundlohnniveauunterschiede die ausgabenbedingten Beitragssatzunterschiede nur in geringem Ausmaß kompensieren. Im Zusammenhang zwischen den Familienangehörigenausgaben und den Beitragssätzen fehlt der kompensatorische Grundlohn einfluß völlig.

In der GKV-weiten Analyse ergeben sich andere Ergebnisse¹⁾: Zwar liegt das Niveau der partiellen Korrelationskoeffizienten dort in der Regel niedriger, dafür läßt aber die deutliche Steigerung der Koeffizienten beim Übergang von der einfachen zur partiellen Korrelationsrechnung (mit konstantem Grundlohn) auf spürbare kompensatorische Effekte der Grundlohnniveauunterschiede schließen; diese Effekte zeigen sich bei den Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe nicht oder nur in weit geringerem Ausmaß.

Wie nach den bisherigen Ergebnissen zu erwarten war, kommt es in der partiellen Korrelationsrechnung mit den einzelnen Leistungsstrukturkomponenten bei den Familienangehörigenausgaben durch die Konstantsetzung des Grundlohnlevels zu nahezu keinen Veränderungen der Korrelationskoeffizienten. Bei den Komponenten der Mitgliederausgaben tritt hingegen sowohl im Bereich der ambulanten als auch im Bereich der stationären Behandlung eine Erhöhung der Koeffizienten ein. Dies bedeutet, daß die Grundlohnniveauunterschiede die Beitragssatzunterschiede, die auf Differenzen der Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlung für Mitglieder zurückgehen, z.T. dämpfen.

1) Vgl. HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S.100-104.

§ 10 Zusammenhänge zwischen Beitragssatz und indirekten Beitragssatzdeterminanten

10.1. Beitragssatz und Mitgliederstruktur

Die einfache Korrelationsrechnung zwischen dem Kassenbeitragssatz und den verschiedenen Mitgliederstrukturmerkmalen zeigt, daß zwischen dem Durchschnittsalter der Mitglieder und dem Kassenbeitragssatz eine schwache negative Beziehung besteht ($r = -0,35$). Der Ausländeranteil korreliert ebenfalls negativ mit dem Kassenbeitragssatz ($r = -0,45$), während der Zusammenhang mit dem Arbeitslosenanteil positiv ist ($r = +0,40$) (siehe i.e. Tab. 25). Die Korrelationskoeffizienten mit den übrigen Mitgliederstrukturmerkmalen liegen alle unter 0,3 und besitzen nahezu keine statistische Erklärungsrelevanz.

Tab. 25: Einfache Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und Mitgliederstrukturmerkmalen

Frauenanteil	0,08
Durchschnittsalter	-0,35
Arbeitslosenanteil	0,40
Pflichtmitgliederanteil	0,26
Jugendlichen- und Behindertenanteil	0,28
Studentenanteil	0,17
Ausländeranteil	-0,45
Schwerbehindertenanteil	0,28

Die partielle Korrelationsrechnung zwischen den Mitgliederstrukturmerkmalen und dem Kassenbeitragssatz bei gleichzeitiger Konstanz des Grundlohns ergibt keine wesentliche Veränderung der Koeffizienten (siehe i.e. Tab. 26): D.h. zwischen den Mitgliederstrukturmerkmalen und der Höhe des Beitragssatzes lassen sich statistisch nahezu keine Zusammenhänge nachweisen.

Tab. 26: Partielle Korrelationen zwischen dem Kassenbeitragssatz und verschiedenen Mitgliederstrukturmerkmalen bei Konstanz des Grundlohniveaus

Konstante: Grundlohn	
Frauenanteil	- 0,05
Durchschnittsalter	- 0,26
Arbeitslosenanteil	0,40
Pflichtmitgliederanteil	0,34
Jugendlichen- und Behindertenanteil	- 0,02
Studentenanteil	0,07
Ausländeranteil	- 0,20
Schwerbehindertenanteil	0,17

10.2. Beitragssatz und Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmale

Die einfache Korrelationsrechnung weist als wichtigsten Befund einen stark negativen Zusammenhang zwischen dem Anteil der Mitglieder der Ortskrankenkassen (allgemeine Krankenversicherung) an der Wohnbevölkerung und der Höhe des Kassenbeitragssatzes nach ($r = -0.77$).

Tab. 27: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks-/ Versorgungsmerkmalen und dem Kassenbeitragssatz

	Beitragssatz
Größe (Fläche) des Bezirks	0,11
Einwohnerdichte	0,22
Anzahl der Neugeborenen pro 1000 Einwohner	0,21
Haushaltsgröße	0,29
Anteil der Arztkrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung	-0,77
Allgemeinarztdichte	-0,43
Facharztdichte	-0,10
Zahnarztdichte	-0,26
Bettendichte	0,29

Das bedeutet also, daß der Beitragssatz um so niedriger ist, je höher der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung des Kassenbezirks ist. Bei der Interpretation dieses Zusammenhangs können verschiedene Faktoren eine Rolle spielen. So wäre zu prüfen, ob diese Beziehung eine Folge des oft beklagten Auszehrungsprozesses der Ortskrankenkassen ist; dazu wäre allerdings ein Vergleich der Risikostrukturen aller im Bereich der jeweiligen Ortskrankenkassen tätigen Gesetzlichen Krankenkassen notwendig, der wegen der fehlenden Daten für die Ersatzkassen nicht vorgenommen werden kann.

Eine signifikante Korrelation zwischen den Indikatoren für die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und dem Beitragssatz (Anzahl der Neugeborenen pro tausend Einwohner und durchschnittliche Haushaltsgröße) besteht nicht. Auch zwischen den Versorgungsmerkmalen und dem Beitragssatz läßt sich kein positiver Zusammenhang feststellen; mit Ausnahme der Bettendichte deuten die Korrelationskoeffizienten hier im Gegenteil sogar negative Zusammenhänge an.

Wird der Einfluß des Grundlohns bei der Korrelation zwischen Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmalen und Beitragssatz durch Konstantsetzung ausgeschaltet, dann ergibt die partielle Korrelationsrechnung folgende Koeffizienten (siehe i.e. Tab. 28):

Tab. 28: Partielle Korrelationen zwischen Kassenbezirks-/ Versorgungsmerkmalen und Kassenbeitragssatz bei Konstanz des Grundlohniveaus

Konstante: Grundlohn	
Größe (Fläche) des Bezirks	0,02
Einwohnerdichte	0,30
Anzahl der Neugeborenen pro Tsd. Einwohner	0,17
Haushaltsgröße	0,17
Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung	-0,73
Allgemeinarztdichte	-0,52
Facharztdichte	-0,01
Zahnarztdichte	-0,21
Bettendichte	0,23

Der Übergang von der einfachen zur partiellen Korrelationsrechnung mit konstantem Grundlohn bringt also keine wesentliche Veränderung der Korrelationskoeffizienten; die nicht signifikanten und z.T. sogar negativen Beziehungen zwischen den Versorgungsmerkmalen und dem Beitragssatz bleiben bestehen. Das bedeutet, daß die Grundlohnunterschiede einen etwa bestehenden Zusammenhang zwischen Beitragssatz und Versorgungsniveau nicht überlagern und dadurch verdecken. Durch die partielle Korrelationsrechnung kann daher z.B. auch kein durch die Grundlohnunterschiede ggf. verdeckter Zusammenhang zwischen dem Versorgungsniveau und der Höhe des Beitragssatzes der Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe nachgewiesen werden.

§ 11 Zusammenhänge innerhalb der Gruppe der Beitragssatzdeterminanten

Während bisher nur die Zusammenhänge zwischen den (direkten und indirekten) unabhängigen Untersuchungsmerkmalen (Beitragssatzdeterminanten) und dem abhängigen Untersuchungsmerkmal (Beitragssatzhöhe) analysiert wurden, werden im vorliegenden Abschnitt die Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Untersuchungsvariablen untereinander einer Analyse unterzogen. Hierdurch lassen sich ggf. weitere Erkenntnisse über den Beitragssatzbildungsmechanismus und damit über die Ursachen der Beitragssatzunterschiede gewinnen. Im einzelnen werden dabei die Beziehungen zwischen Mitgliederstruktur und Grundlohniveau (11.1.), zwischen Mitgliederstruktur und Ausgabenhöhe (11.2.), zwischen Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmalen und Ausgabenhöhe (11.3.) und zwischen den einzelnen Leistungsstrukturkomponenten (Ausgabenarten) der Kassen (11.4.) betrachtet.

11.1. Mitgliederstruktur und Grundlohniveau

Nennenswerte Korrelationen zwischen der Höhe des Grundlohns pro Mitglied und den verschiedenen Mitgliederstrukturmerkmalen bestehen nur beim Anteil der Jugendlichen und Behinderten ($r = -0,45$) und dem Anteil der Ausländer ($r = -0,49$) (siehe i.e. Tab. 29).

Tab. 29: Einfache Korrelationen zwischen Mitgliederstrukturmerkmalen und Grundlohniveau

	Grundlohn
Durchschnittsalter	0,25
Frauenanteil	-0,19
Arbeitslosenanteil	-0,16
Pflichtmitgliederanteil	0,01
Jugendlichen- und Behindertenanteil	-0,45
Studentenanteil	-0,17
Schwerbehindertenanteil	-0,25
Ausländeranteil	0,49

11.2. Mitgliederstruktur und Ausgabenhöhe

Die einfache Korrelationsrechnung zwischen den vorhandenen Mitgliederstrukturmerkmalen und den finanzausgleichstheoretisch gegliederten Finanzbedarfskomponenten zeigt signifikante Zusammenhänge zwischen der Arbeitslosenquote und der Höhe der Leistungsausgaben für Mitglieder ($r = 0,63$) sowie der Höhe der Pflichtausgaben ($r = 0,61$). Negative Korrelationen finden sich demgegenüber zwischen dem Durchschnittsalter der Mitglieder, dem Anteil der weiblichen Mitglieder und der Höhe der Leistungsausgaben für Familienangehörige ($r = -0,73$ bzw. $r = -0,45$) (siehe Tab. 30). Zwischen den übrigen Mitgliederstrukturmerkmalen und den finanzausgleichstheoretisch gegliederten Finanzbedarfskomponenten bestehen keine nennenswerten Korrelationen.

Tab. 30: Einfache Korrelationen zwischen den Mitgliederstrukturmerkmalen und den finanzausgleichstheoretisch gegliederten Finanzbedarfskomponenten

	Pflichtausgaben	Mitglieder- ausgaben	Fami- lien- aus- gaben	Prä- ven- tions- ausga- ben	Mutter- schutz- ausga- ben	Verwal- tungs- kosten
Frauenanteil	- 0,08	0,39	- 0,54	0,18	- 0,04	0,18
Durchschnitts- alter	- 0,34	0,24	- 0,73	0,14	- 0,42	- 0,07
Arbeitslosen- quote	0,61	0,63	0,08	- 0,20	- 0,19	0,12
Pflichtmit- gliederanteil	0,33	- 0,02	0,48	- 0,22	0,24	0,00
Jugendlichen- und Behinder- tenanteil	- 0,08	- 0,18	0,16	0,05	0,29	0,23
Studenten- anteil	0,07	0,04	0,14	- 0,29	- 0,39	- 0,02
Ausländer- anteil	- 0,31	- 0,17	- 0,23	0,08	- 0,13	0,02
Schwerbe- hindertenan- teil	0,05	- 0,08	0,24	0,12	0,22	0,26

Die Korrelationsrechnung zwischen den Mitgliederstrukturmerkmalen und den leistungsstrukturell gegliederten Finanzbedarfskomponenten zeigt als wesentliches Ergebnis einen durchgängigen negativen Zusammenhang des Anteils der weiblichen Mitglieder und des Durchschnittsalters der Mitglieder mit den Familienangehörigenausgaben - und zwar für alle Leistungsbereiche (siehe i.e. Tab. 31).

Die Arbeitslosenquote korreliert positiv mit den Ausgaben für Arzneimittel, stationäre Behandlung und dem Krankengeld; die Korrelationskoeffizienten zwischen der(m) Frauenquote/Durchschnittsalter und den Ausgabenkomponenten für Mitglieder sind nicht so stark ausgeprägt;

nennenswerte Korrelationen zwischen den übrigen Mitgliederstrukturmerkmalen und der Leistungsstruktur bestehen nicht.

Tab. 31: Einfache Korrelationen zwischen den Mitgliederstrukturmerkmalen und den leistungsstrukturell gegliederten Finanzbedarfskomponenten

	ambulan- te Be- handlung	Arz- nei- mittel	Statio- näre Behand- lung	Kran- ken- geld	Mutter- schafts- hilfe	Sonstige Lei- stungs- ausgaben
Frauenanteil	0,35 ⁺ - 0,46 ⁺⁺	0,28 - 0,44	0,24 - 0,46	0,15 -	0,29 - 0,55	0,35 - 0,52
Durch- schnitts- alter	0,35 - 0,58	0,13 - 0,74	0,35 - 0,62	- 0,08 -	0,29 - 0,55	0,35 - 0,52
Arbeitslo- senquote	0,13 - 0,06	0,56 0,15	0,50 0,33	0,76 -	- 0,26 0,01	- 0,23 - 0,24
Pflichtmit- gliederan- teil	0,00 0,40	- 0,27 0,39	0,17 0,43	- 0,05 -	0,12 0,32	- 0,13 0,48
Jugendli- chen- und Behinderten- anteil	0,05 0,21	- 0,07 0,12	- 0,22 0,05	- 0,28 -	0,28 0,17	0,25 0,22
Studenten- anteil	0,42 0,34	- 0,07 0,10	- 0,09 - 0,03	- 0,14 -	- 0,36 - 0,25	0,36 0,19
Ausländer- anteil	- 0,11 - 0,24	- 0,21 - 0,30	0,09 - 0,19	- 0,22 -	0,00 - 0,28	- 0,10 - 0,07
Schwerbehin- dertenanteil	- 0,17 0,33	- 0,17 0,16	- 0,40 0,10	- 0,09 -	0,14 0,25	0,38 0,27
+) Korrelationskoeffizient bezogen auf die Mitgliederausgaben						
++) Korrelationskoeffizient bezogen auf die Familienangehörigenausgaben						

11.3. Kassenbezirks-/Versorgungsmerkmale und Ausgabenhöhe

Zwischen den Kassenbezirksmerkmalen und den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel zeigen sich z.T. hohe Korrelationen (siehe i.e. Tab. 32). Des weiteren besteht eine negative Korrelation zwischen der Größe des Kassenbezirks und den Mitgliederausgaben: $r = -0,63$ für die Ausgaben für ärztliche Behandlung bzw. $r = -0,44$ für die Arzneimittelausgaben. Die Korrelationen zwischen der Einwohnerdichte und den Mitgliederausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel sind positiv ($r = 0,73$ bzw. $r = 0,69$) ebenso wie die Indikatoren für die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen, die Anzahl der Neugeborenen pro Tausend Einwohner und die durchschnittliche Haushaltsgröße positiv mit den Familienangehörigenausgaben korrelieren und zwar am stärksten mit denen für Arzneimittel ($r = 0,72$). Die Höhe des Anteils der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung steht demgegenüber durchgängig in einem negativen Zusammenhang mit den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel, d.h. dort wo der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder hoch ist, sind die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel i.d.R. niedrig.

Das Versorgungsmerkmal der Allgemeinärztdichte korreliert überraschenderweise negativ mit den Mitgliederausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel! Sollte ein kausaler Zusammenhang zwischen der ärztlichen Versorgung und den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel bestehen, dann wird er von Drittfaktoren, die auf diese Interdependenz einwirken, verdeckt. In einer zur Aufdeckung solcher Zusammenhänge durchgeführten partiellen Korrelationsanalyse, die alle Kassenbezirksmerkmale gleichzeitig konstant hält, fällt der negative Korrelationskoeffizient zwischen den Ausgabenmerkmalen und der Allgemeinärztdichte zwar auf einen nicht signifikanten Wert von $r = -0,30$; der vermutete positive Zusammenhang zwischen der Ärztdichte und den Ausgaben für ärztliche Behandlung läßt sich aber auch in der partiellen Analyse nicht nachweisen!

Tab. 32: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks- und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arzneimittel

	ärztliche Behandl.		Arzneimittel	
	Mitglieder	Famil.	Mitglieder	Famil.
Größe (Fläche) des Bezirks	- 0,63	0,23	- 0,44	0,42
Einwohnerdichte	0,73	- 0,10	0,69	- 0,20
Anzahl der Neugeborenen pro Tsd. Einwohner	- 0,55	0,52	- 0,45	0,72
Haushaltsgröße	- 0,56	0,49	- 0,35	0,72
Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung	- 0,36	- 0,56	- 0,51	- 0,52
Allgemeinarztdichte	- 0,70	- 0,29	- 0,54	- 0,07
Facharztdichte	0,32	- 0,08	- 0,15	- 0,39
Anteil der Allgemeinärzte:				
bis 40 Jahre	- 0,19	0,26	0,05	0,41
41 - 60 Jahre	0,35	0,23	0,33	0,06
über 60 Jahre	- 0,21	- 0,46	- 0,39	- 0,40

Zwischen den Kassenbezirksmerkmalen und den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz bestehen hohe positive Korrelationen, vor allem wiederum mit den Indikatoren der Mitversichertenanzahl (siehe i.e. Tab. 33).

Die Korrelationskoeffizienten zwischen der Anzahl der Neugeborenen pro tausend Einwohner bzw. der durchschnittlichen Haushaltsgröße und der Höhe der Familienangehörigenausgaben erreichen hier für beide Bereiche Werte zwischen $r = 0,62$ und $r = 0,71$.

Tab. 33: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks- und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

	Zahnärztliche Behandlung		Zahnersatz	
	Mitglieder	Famil.	Mitglieder	Famil.
Größe (Fläche) des Bezirks	0,27	0,52	0,08	0,47
Einwohnerdichte	- 0,33	- 0,51	- 0,15	- 0,38
Anzahl der Neugeborenen pro Tsd. Einwohner	0,15	0,69	0,11	0,71
Haushaltsgröße	0,15	0,65	0,01	0,62
Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung	0,02	- 0,27	0,11	0,71
Zahnarztdichte	0,63	0,24	0,57	0,08
Anteil der Zahnärzte:				
bis 40 Jahre	0,37	0,66	0,39	0,62
41 - 60 Jahre	- 0,33	- 0,33	- 0,22	- 0,26
über 60 Jahre	0,00	- 0,27	- 0,15	- 0,31

Auch die Höhe des Versorgungsniveaus (Zahnarztdichte) korreliert positiv mit den Mitgliederausgaben für zahnärztliche Behandlung ($r = 0,63$) und den Mitgliederausgaben für Zahnersatz ($r = 0,57$). Die Korrelationsrechnung bestätigt damit den vermuteten Zusammenhang zwischen Versorgungsniveau und Ausgabenhöhe in diesem Leistungsbereich.

Auch die Vermutung, daß zwischen der Altersstruktur der Zahnärzte in einem Bezirk und der Ausgabenhöhe ein Zusammenhang besteht, wird durch die Korrelationsrechnung tendenziell bestätigt. Der Anteil der jüngeren Zahnärzte (bis 40 Jahre) korreliert durchgängig positiv mit den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz, während die Korrelationskoeffizienten zwischen Anteilen der

älteren Zahnärzte (41-60 und über 60 Jahre) und den Ausgabepositionen ausnahmslos negativ sind.

Die Ausgaben für stationäre Behandlung der Mitglieder korrelieren vor allem mit der Einwohnerdichte ($r = 0,64$) (siehe i.e. Tab. 34). Daneben finden sich (positive) Korrelationen mit der Bettendichte und der Pflegesatzhöhe; stärkere negative Korrelationen zeigen sich mit der Anzahl der Neugeborenen und der Haushaltsgröße. Die Ausgaben für stationäre Behandlung der Familienangehörigen korrelieren vor allem mit der Bettendichte ($r = 0,57$), der Anzahl Neugeborener ($r = 0,51$) und der Haushaltsgröße ($r = 0,44$) - und zwar positiv -, und mit der Pflegesatzhöhe ($r = -0,59$) und dem Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung - hier negativ.

Tab. 34: Einfache Korrelationen zwischen Kassenbezirks- und relevanten Versorgungsmerkmalen und den Ausgaben für stationäre Behandlung

	Stationäre Behandlung	
	Mitglieder	Famil.
Größe (Fläche des Bezirks)	- 0,36	0,19
Einwohnerdichte	0,64	- 0,10
Anzahl der Neugeborenen pro Tsd. Einwohner	- 0,57	0,51
Haushaltsgröße	- 0,56	0,44
Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung	- 0,33	- 0,70
Bettendichte	0,31	0,57
durchschnittlicher Pflegesatz	0,30	- 0,59

11.4. Zusammenhänge zwischen Leistungskomponenten

Im Bereich der Mitgliederausgaben korrelieren die ambulanten Kosten hoch positiv mit den sonstigen Leistungsausgaben ($r = 0,71$) (siehe i.e. Tab. 35). Die Beziehungen zwischen ambulanten Ausgaben und Arzneimittel- und Mutterschaftshilfeausgaben sind ebenfalls positiv, wenn auch nicht so stark ($r = 0,34$ bzw. $r = 0,32$). Schließlich ergibt sich auch zwischen ambulanten und stationären Ausgaben eine positive Korrelation ($r = 0,69$).

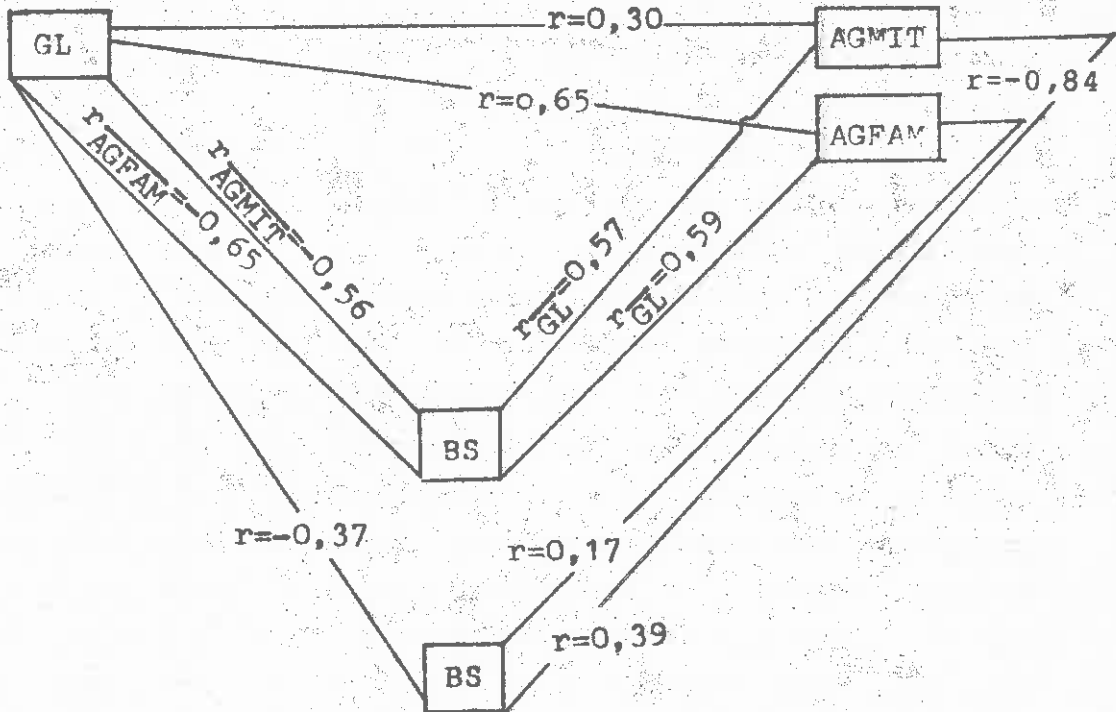
Die vergleichbaren Korrelationen im Bereich der Familienangehörigenausgaben sind z.T. deutlich höher: Alle Korrelationskoeffizienten liegen zwischen $r = 0,49$ und $r = 0,82$. Dies deutet darauf hin, daß hier ein Drittfaktor die Korrelationen beeinflusst und etwaige substitutive Beziehungen überlagert und/oder Parallelentwicklungen von abhängigen Ausgabetypen verstärkt; mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich dabei um die Anzahl der Mitversicherten.

§ 12 Zusammenfassung

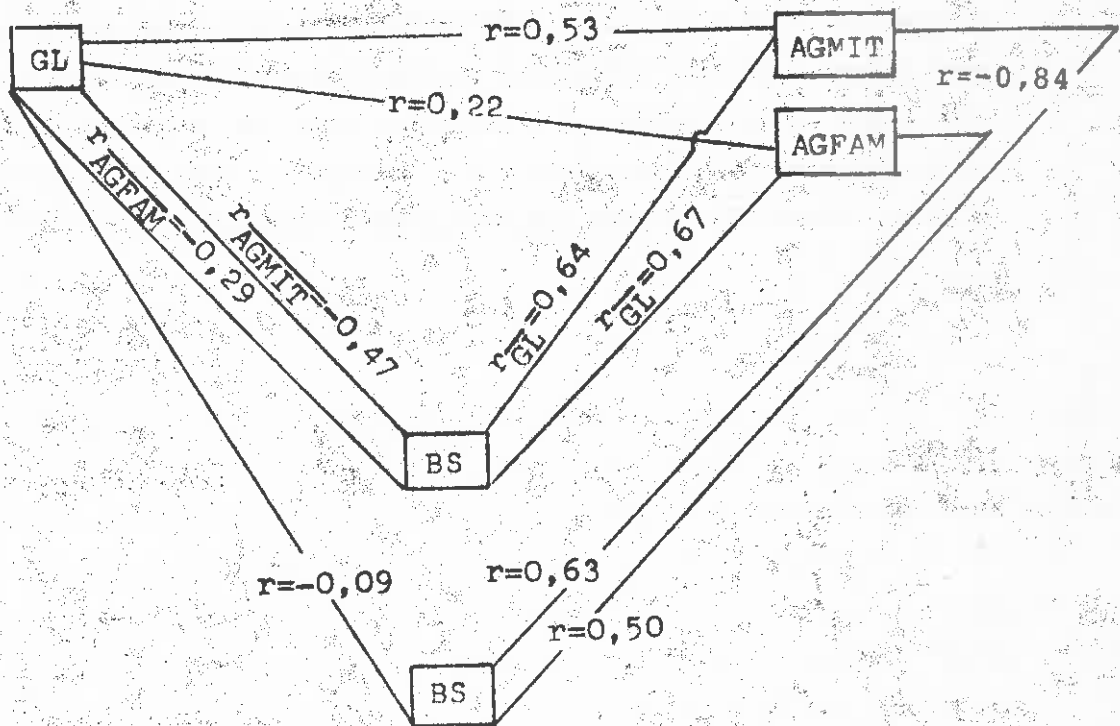
Die Korrelationsanalyse konnte aufzeigen, daß die Beitragsatzdifferenzen zwischen den Ortskrankenkassen des Landesverbandes Westfalen-Lippe zum größten Teil durch eine unterschiedliche Belastung der Kassen mit Familienangehörigenausgaben und durch Grundlohnniveauunterschiede verursacht werden. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Höhe der Leistungsausgaben und Merkmalen der Versorgungsdichte läßt sich nur bei den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz nachweisen. Außerdem zeigt sich, daß der Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung negativ auf die Beitragshöhe einwirkt, d.h. je höher der Anteil ist, desto niedriger ist i.d.R. der benötigte Beitragssatz. In den Übersichten 3-5 wird deutlich, inwiefern sich die Konstellation zwischen Grundlohnniveau, Mitglieder-/Familienangehörigenausgaben und Beitragssatz bei den Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe von denen auf Kassenart- und GKV-Ebene unterscheidet. Während für die Summe aller Gesetzlichen Krankenkassen (Übersicht 3) und auch für die Summe aller AOK'n (Übersicht 4) positive Korrelationen zwischen Grundlohnniveau und Mitglieder-/Familienangehörigenausgaben bestehen, liegen bei den westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen keine oder sogar tendenziell negative Zusammenhänge vor (Übersicht 5). Dies bedeutet, daß die kompensatorischen Effekte auf den Beitragssatz, die bei den herkömmlichen Konstellationen hoher Grundlöhne bei hohen Leistungsausgaben bzw. niedriger Grundlöhne bei niedrigen Leistungsausgaben vorhanden sind, bei den Ortskrankenkassen im Landesverband Westfalen-Lippe nicht bestehen. Eine Grundlohnschwäche schlägt daher 'ungebremst' (durch niedrige Leistungsausgaben) auf den Beitragssatz durch.

Verantwortlich für überdurchschnittliche Leistungsausgaben sind i.d.R. die Familienangehörigenausgaben. Ihre Höhe wird mit großer Wahrscheinlichkeit nicht durch eine überhöhte Inanspruchnahme determiniert, sondern von der in einigen Bereichen von Westfalen-Lippe weit überdurchschnittlichen

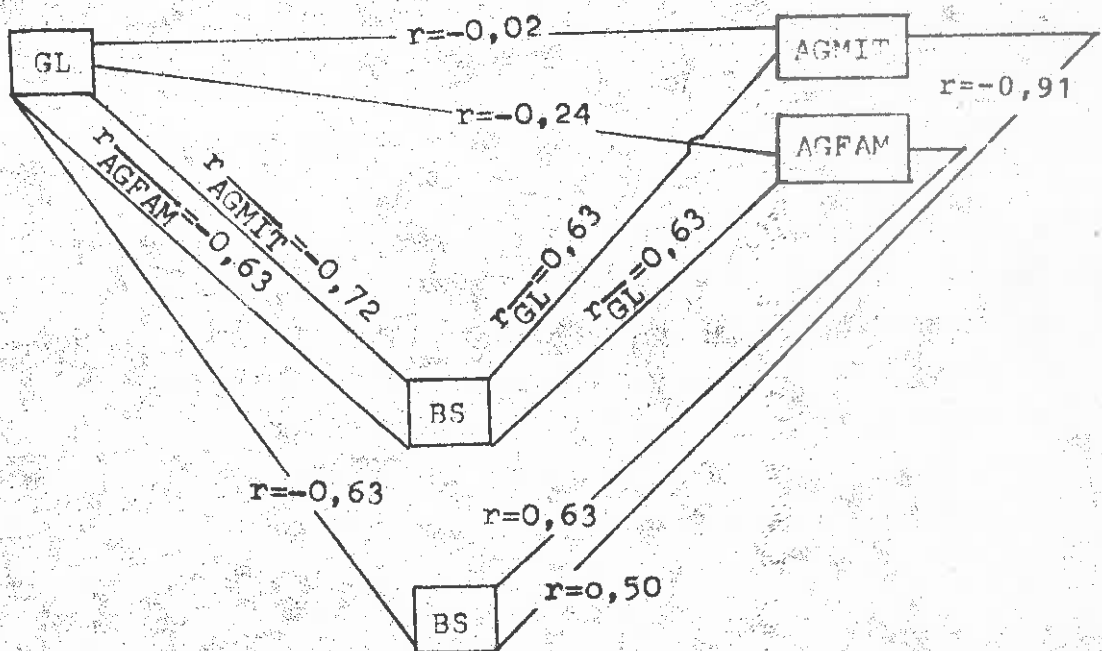
Übersicht 3: Einfache und partielle Korrelation zwischen Beitragssatz, Grundlohn und Leistungsausgaben (alle Gesetzlichen Krankenkassen)



Übersicht 4: Einfache und partielle Korrelationen zwischen Beitragssatz, Grundlohn und Leistungsausgaben (alle Ortskrankenkassen)



Übersicht 5: Einfache und partielle Korrelationen zwischen Beitragssatz, Grundlohn und Leistungsausgaben (Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe)



Anzahl von Mitversicherten pro Mitglied verursacht. Auch was die Ortskrankenkassen des Münsterlandes anbelangt, so lassen sich deren hohe Beitragssätze zum weit überwiegenden Teil aus der hohen Mitversichertenzahl bzw. den daraus resultierenden überdurchschnittlichen Ausgaben für Familienangehörige erklären, die im Münsterland nicht (wie in der GKV ansonsten die Regel) durch gleichzeitig überdurchschnittliche Grundlöhne kompensiert werden.

4. Teil:

DER FINANZAUSGLEICH ALS INSTRUMENT ZUR VERRINGERUNG DER BEITRAGSSATZDIFFERENZEN

§ 13 Theoretische Vorüberlegungen zur Abgrenzung und Funktion des Finanzausgleichs

13.1. Begriffsabgrenzung¹⁾

Der Begriff Finanzausgleich wird in der Finanzwissenschaft in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Eine der wichtigsten Dimensionen, hinsichtlich der der Gebrauch des Begriffs Finanzausgleich variiert, liegt in der Abgrenzung des Objektfeldes, auf das sich finanzausgleichstheoretische Überlegungen beziehen. Hier steht die Frage im Vordergrund, ob zum 'Finanzausgleich' lediglich die Verteilung der Einnahmen(quellen) oder auch die Verteilung der Aufgaben auf die verschiedenen Aufgabenträger gehört. In der Finanzwissenschaft hat sich heute eine weite Begriffsabgrenzung durchgesetzt, die unter Finanzausgleich "die Verteilung bestimmter Rechte und Pflichten (versteht), bestimmte Aufgaben zu erfüllen, hierfür Ausgaben zu machen und sich Einnahmen zu verschaffen"²⁾, also sowohl die Aufgaben- (und damit die Ausgaben)verteilung als auch die Einnahmenverteilung zum Regelungsbereich des Finanzausgleichs zählt.

Zur Unterscheidung dieser beiden Komponenten des Finanzausgleichs wird bei einer solch weiten Begriffsabgrenzung dann allerdings der Gebrauch zusätzlicher Adjektive notwendig, durch die eine Unterscheidung zwischen Einnahmen- und Ausgabenverteilung vorgenommen werden kann; dies erfolgt durch das Begriffspaar des passiven Finanzausgleichs (Aufgabenverteilung) und des aktiven Finanzausgleichs (Einnahmenverteilung).

1) Siehe ausführlich: HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S.114 ff.
2) BICKEL 1956, S. 732.

Der aktive Finanzausgleich - die Verteilung der Einnahmen - bedarf unter theoretischen Gesichtspunkten schließlich einer weiteren Unterscheidung. Es muß danach unterschieden werden, ob sich die Finanzausgleichsregelungen auf die Verteilung 'originärer' Einnahmequellen beziehen oder auf die Umverteilung von Einnahmen, die als originäre Finanzmittel bereits von den Aufgabenträgern vereinnahmt wurden. Begrifflich zerfällt deshalb der aktive Finanzausgleich in einen 'originären aktiven' und einen 'ergänzenden aktiven' Finanzausgleich.

In der vorliegenden Fallstudie werden (ebenso wie in der abgeschlossenen Hauptstudie) ausschließlich Finanzausgleiche erörtert, die im Bereich des ergänzenden aktiven Finanzausgleichs angesiedelt sind. Die bestehende Aufgaben- und originäre Einnahmenverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird also nicht in Frage gestellt. Aus dieser Begrenzung wird deutlich, daß eine Reihe der im folgenden vorgestellten Finanzausgleichsverfahren ihre Legitimation verlören, wenn die bestehenden Insuffizienzen in der Aufgaben- und originären Einnahmenverteilung beseitigt würden.

13.2. Zur Legitimation eines ergänzenden aktiven Finanzausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

13.2.1. Distributive Legitimation

Ein Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich aus verschiedenen Legitimationssträngen ableiten, wobei grundsätzlich distributive und alloкатive Kriterien unterschieden werden können. Mit distributiven Finanzausgleichen wird eine Angleichung der Deckungsrelationen (Verhältnis zwischen Finanzbedarf und Finanzierungspotential) zwischen den einzelnen Kassen angestrebt, d.h. den Aufgabenträgern sollen Einnahmequellen in einer solchen Höhe zur Verfügung stehen, daß jeder Aufgabenträger die ihm zugewiesenen Aufgaben im gleichen Ausmaß wahrzunehmen in der Lage ist. Diese Zielsetzung für den Finanzausgleich zwischen

den Gebietskörperschaften wird in der Regel gleichgesetzt mit dem Prinzip der 'Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse'. Inwieweit dieses verfassungsrechtliche Postulat im parafiskalischen Sozialversicherungsbereich über Geltungskraft verfügt, bleibt einer juristischen Klärung vorbehalten;¹⁾ in der Realität, besonders im gesetzlich verankerten Leistungsrecht der Krankenkassen, hat dieses Postulat heute jedoch wesentliche Bedeutung erlangt, sind doch die weitaus größten Teile der Krankenkassenleistungen heute gesetzlich festgelegte Pflichtleistungen. Es kann deshalb heute eine nahezu gleichmäßige Ausstattung aller Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungsanspruchsrechten festgestellt werden, sieht man von dem geringen und unterschiedlich ausgenutzten Mehrleistungsspielraum der Kassen ab. Das Prinzip der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse kann aber nicht allein auf eine gleichmäßige Versorgung zielen, sondern muß auch die Verteilung der Finanzierungslasten berücksichtigen. In dieser Dimension des Postulats entstehen Begründungsmöglichkeiten für einen Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, da einem weitgehend einheitlichen, gesetzlich fixierten Leistungsanspruch der Versicherten ein versichertenstrukturell bedingtes, d.h. nicht durch die Kasse beeinflussbares, unterschiedliches Finanzierungspotential gegenübersteht. Die Aufgabe eines distributiven Finanzausgleichs zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen besteht dann darin, nach der Einheitlichkeit der Leistungsansprüche auch im Finanzierungsbereich für eine einheitliche Belastung zu sorgen.

13.2.2. Allokative Legitimation

Entspringt die Legitimation eines distributiven Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen einem eher verfassungsrechtlich-normativen Argumentationsrahmen, so lassen sich allokative Finanzausgleiche aus einem gänzlich anderen

1) Vgl. HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 133 ff.

Begründungskontext ableiten. Bei ihnen stehen Nutzenmaximierung und optimale Allokation von Ressourcen, also rein ökonomische Optimalitätskriterien im Vordergrund. Voraussetzung für die Erreichung dieser ökonomischen Ziele in einem dezentralen Trägersystem sind:

- die Internalisierung externer Effekte, die bei der güterbereitstellenden und/oder konsumierenden Einheit anfallen sowie
- fiskalische Äquivalenz zwischen den einzelnen Einheiten.

Die theoretische Lösung der Problematik liegt in der Konstruktion gutsbezogener Kollektive - die vollständige Internalisierung externer Effekte und die fiskalische Äquivalenz sind damit gegeben. In der Realität scheitert dieses Konzept jedoch an einer Vielzahl von praktischen Einschränkungen. So kann der einzelne nur in einer beschränkten Anzahl von Kollektiven partizipierendes Mitglied sein; ebenso ist in der Realität die vollständige Mobilität zwischen (präferenz-gerechten) Kollektiven, die notwendige Voraussetzung der Nutzenmaximierung ist, nicht gegeben. Dies beides führt zu der Konsequenz, daß das Konzept der gutsbezogenen Kollektive scheitert und damit zwangsläufig Kollektive entstehen, die Güterbündel bereitstellen - mit der Folge, daß externe Effekte unvermeidlich entstehen. Um auch in diesem Fall eine optimale Allokation zu gewährleisten, ist es notwendig, die externen Effekte durch monetäre Gegenleistungen abzugelten; diese, nach dem Äquivalenzprinzip bemessenden Zahlungen zwischen den Aufgabenträgern stellen damit eine zweite Form von Finanzausgleichszuweisungen dar.

Zwischen den Krankenkassen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch zwischen Krankenversicherungsmitgliedern und Nicht-Mitgliedern treten nun eine Reihe von externen Effekten auf, die, würden sie nicht abgegolten, das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz und damit die Bedingungen einer optimalen Allokation verletzen:

- Die flächendeckende Gesetzliche Krankenversicherung stellt durch die ansonsten nicht in ausreichendem Maße gewährleistete Krankenversicherung von Mitgliedern sozialer Problemgruppen und unterer Einkommensklassen einen sozio-ökonomischen Produktivitäts- und Stabilisierungsfaktor dar, zu dessen Finanzierung Nicht-GKV-Mitglieder nicht herangezogen werden.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen durch die Krankenkassen bedeutet die Übernahme einer Aufgabe des Familienlastenausgleichs durch die GKV, an deren Finanzierung Nicht-GKV-Mitglieder nicht beteiligt sind; dies gilt auch für die GKV-Leistungen im Bereich der Mutterschaftshilfe.
- Die GKV-Mitglieder tragen z.Zt. etwa die Hälfte der Lasten aus der KVdR; Nicht-GKV-Mitglieder sind an der Aufbringung der finanziellen Mittel für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht beteiligt.

Zur Sicherung einer optimalen Allokation der für das Gesundheits-/Krankenversicherungswesen eingesetzten Ressourcen ist daher die Leistung von Finanzausgleichsmaßnahmen zwischen den Aufgabenträgern der GKV erforderlich, durch die diese externen Effekte kompensiert und die anderenfalls eintretenden Fehlallokationen vermieden werden. Hierin besteht die allokative Legitimation von Finanzausgleichsmaßnahmen zwischen den Trägern der GKV untereinander bzw. ggf. auch zwischen der GKV und sonstigen staatlichen Aufgabenträgern.

§ 14 Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Finanzausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

14.1. Ausgestaltungsmöglichkeiten eines distributions- orientierten Finanzausgleichs

Die im folgenden dargestellten distributiven Finanzausgleichsmodelle zielen, wie alle Modelle dieses Typs, auf die Angleichung der Finanzkraft- und Finanzbedarfsrelationen, d.h. sie intendieren eine Angleichung der Deckungsrelationen zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Die Mehrzahl der Modelle ist überregional (GKV-weit) und kassenartübergreifend angelegt. Ein Modell (BP 414) bezieht alle Kassen einer Kassenart in einem Land in den Finanzausgleich ein, während zwei Modelle (BP 414 AOKWL und BF 100 AOKWL) sich auf den Landesverband der Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe beschränken (vgl. i.e. Übersicht 1).

Die distributiven Finanzausgleichsmodelle unterscheiden sich danach, welche Finanzkraft- und Finanzbedarfskomponenten in den Ausgleich einbezogen werden. Bei der Entscheidung für einen adäquaten Finanzkraftindikator der einzelnen Krankenkassen tauchen kaum Auswahlprobleme auf; da die Grundlohnsumme die einzige originäre Einnahmequelle der Krankenkassen darstellt, kann sie als alleinige Maßgröße herangezogen werden. Daraus ergeben sich als erste Gruppe der distributiven Finanzausgleichsmodelle die Finanzkraftausgleiche, die darauf abzielen, Beitragssatzunterschiede, die auf Finanzierungspotentialdifferenzen basieren, auszugleichen. Eine zweite Gruppe bilden die relativen Finanzbedarfsausgleiche, die danach weiter zu unterscheiden sind, welche Finanzbedarfskomponenten ausgeglichen werden und wie hoch die Ausgleichsintensität ist.¹⁾

1) Auf die Simulation eines Finanzausgleichsmodells, das die Ausgaben für teure Leistungsfälle ausgleicht, wurde verzichtet, da der ausgleichsfähige Finanzbedarf ein äußerst geringes Ausmaß hat (vgl. dazu im Anhang Tab. 61) und im Durchschnitt weniger als 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes ausmacht.

Übersicht 1: Distributionsorientierte Finanzausgleichsmodelle

Modelltyp	Kurzbez.	Modellvariante
Finanzkraftausgleich	GL 100	Vollständiger Ausgleich der Grundlohnniveauunterschiede
	GL 75	75-prozentiger Ausgleich der Grundlohnniveauunterschiede
	GL 50	50-prozentiger Ausgleich der Grundlohnniveauunterschiede
	GL 25	25-prozentiger Ausgleich der Grundlohnniveauunterschiede
Relativer Finanzbedarfsausgleich	BP 414	Ausgleich hoher Bedarfssätze (+ 5 v.H. über Durchschnitt) für Pflichtausgaben (nur innerhalb einer Kassenart auf Landesebene)
	BP 414 AOK WL	Ausgleich hoher Bedarfssätze (+ 5 v.H. über Durchschnitt) für Pflichtausgaben (nur innerhalb des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe)
	BP 100	Vollständiger Ausgleich der Bedarfssätze für Pflichtausgaben
	BP 105	Ausgleich hoher Bedarfssätze (+ 5 v.H.) für Pflichtausgaben
	BP 95/105	Ausgleich hoher (+ 5 v.H.) und niedriger (- 5 v.H.) Bedarfssätze für Pflichtausgaben
	BF 100	Ausgleich der Bedarfssätze für Familienangehörigenausgaben
	BF 100 AOKWL	Ausgleich der Bedarfssätze für Familienangehörigenausgaben (nur innerhalb des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe)
	BMP r100	Ausgleich der Bedarfssätze für Mutterschafts- hilfe- und Präventionsausgaben
	BFMP r100	Ausgleich der Bedarfssätze für Familienangehörigen-, Mutterschaftshilfe- und Präventionsausgaben
BVR 100	Ausgleich der Bedarfssätze für die Verwaltungskosten der KVdR	
Kombinationsverfahren	AFGL 100/50	Ausgleich der Familienangehörigenausgaben, kombiniert mit 50-prozentigem Grundlohnniveauausgleich
	AFGL 100/75	Ausgleich der Familienangehörigenausgaben, kombiniert mit 75-prozentigem Grundlohnniveauausgleich
	AFMP rGL 100/50	Ausgleich der Familienangehörigen-, Mutterschaftshilfe- und Präventionsausgaben, kombiniert mit 50-prozentigem Grundlohnniveauausgleich
	AFMP rGL 100/75	Ausgleich der Familienangehörigen-, Mutterschaftshilfe- und Präventionsausgaben, kombiniert mit 75-prozentigem Grundlohnniveauausgleich

Eine dritte Gruppe schließlich bilden die Kombinationsausgleiche, die absolute Finanzbedarfsausgleiche mit Grundlohn- ausgleichen integrieren und sich voneinander durch die Art der einbezogenen Finanzbedarfskomponenten und die Ausgleichsintensität unterscheiden.

14.2. Ausgestaltungsmöglichkeiten eines allokatonsorientierten Finanzausgleichs

Die strikte Trennung von allokativer und distributiver Orientierung ist nicht in allen vorgestellten Modellen vorgenommen worden. So enthalten die Modelle BMPr 100, BFMPr 100, AFMPr GL 100/50 und AFMPr GL 100/75 mit den Präventionsausgaben eine Finanzbedarfskomponente, die legitimatorisch eher unter allokativen als unter distributiven Aspekten auszugleichen ist. Eine eindeutige Trennung der distributiven von den allokativen Modellen wird allerdings dadurch erreicht, daß bei den allokativen Modellen Finanzierungspotentialdiskrepanzen zwischen den Kassen nicht berücksichtigt werden.

Allokative Finanzausgleiche zielen auf die Internalisierung externer Effekte; die Verringerung der Beitragssatzdifferenzen kann dabei allenfalls als eine Nebenbedingung gelten. Die Selektion der internalisierungsfähigen Bedarfskomponenten leitet sich aus dem legitimatorischen Kontext ab. Ein nicht eindeutig lösbares Problem besteht in der Quantifizierung der externen Effekte, die die Ausgleichsintensität determiniert. Um die maximalen Auswirkungen der Modelle zu zeigen, wird in den Simulationsmodellen eine 100-prozentige Ausgleichsintensität vorgegeben.¹⁾ Eine Ausnahme bildet das Modell APex, bei dem wir uns für einen 5-prozentigen GKV-externen Finanzierungsanteil entschieden haben (vgl. Übersicht 2).

1) Dies bedeutet nicht, daß wir bei den ausgleichsfähigen Bedarfskomponenten in der Realität 'totale externe Effekte' unterstellen; es geht lediglich darum, der bestehenden Ausgleichsintensität von null (keine externen Effekte) den Gegenpol einer 100-prozentigen Ausgleichsintensität gegenüberzustellen, um die Bandbreite der Auswirkungen aufzuzeigen.

Übersicht 2: Allokationsorientierte Finanzausgleichsmodelle

Kurzbezeichnung	Finanzausgleichsvariante	externer Finanzierungsanteil bei Testvariante in v.H.
APrin	GKV-interner Ausgleich der Präventionsausgaben	100
APex	GKV-externe Zuweisungen für Pflichtausgaben	5
AFex	GKV-externe Zuweisungen für Familienangehörigenausgaben	100
AMPrex	GKV-externe Zuweisungen für Mutterschaftshilfe- und Präventionsausgaben	100
AFMPrex	GKV-externe Zuweisungen für Familienangehörigen-, Mutterschaftshilfe-, und Präventionsausgaben	100

§ 15 Simulation der Beitragssatzeffekte unterschiedlicher Finanzausgleichsmodelle¹⁾ für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe

15.1. Simulation der Beitragssatzeffekte distributionsorientierter Finanzausgleichsmodelle

15.1.1. Modelle eines Finanzkraftausgleichs

Die Finanzkraft- oder Finanzierungspotentialausgleiche zielen darauf ab, Grundlohn Nachteile bzw. -vorteile zwischen den Kassen vollständig oder partiell auszugleichen. Ausgangspunkt ist ein mit Mitgliederzahl und Ausgaben gewichteter durchschnittlicher (rechnerischer) Grundlohn, der wegen der positiven Korrelation zwischen Grundlohn und Ausgaben

1) Zu den allgemeinen mathematischen Modellgrundlagen vgl. HUPPERTZ/JASCHKE/KOPS 1981, S. 347 ff.

in der gesamten Gesetzlichen Krankenversicherung über dem nur mit der Mitgliederzahl gewichteten Grundlohn liegt. Im Simulationsmodell wird berechnet, wieviel eine Kasse an Zuweisungen erhalten bzw. an Abgaben leisten muß, um rechnerisch von diesem Grundlohnniveau ausgehen zu können. Die Zuweisungen/Abgaben verschiedener Kassen mit gleich hohem Grundlohnniveau und deshalb gleich großer Differenz zum rechnerischen Durchschnittsgrundlohn müssen unterschiedlich ausfallen, wenn diese Kassen unterschiedlich hohe Ausgaben haben, was sich in unterschiedlichen Beitragsätzen niederschlägt.

Insofern sind die Ausgaben der Kassen als Gewichtungsfaktor zusätzlich zur Mitgliederzahl in die Berechnung des durchschnittlichen gewichteten Grundlohns pro Mitglied auf GKV-Ebene einzubeziehen. Dies geschieht über den Gewichtungsfaktor $BS \cdot GL$, der aufgrund der Beitragssatzkorrektur (Bilanzausgleich) die Ausgaben ausmacht. Dieser durchschnittliche Grundlohn GO ergibt sich aus:

$$GO = \frac{\sum_{K=1}^{1337} MAKV_K * BS_K * GL_K * GL_K}{\sum_{K=1}^{1337} MAKV_K * BS_K * GL_K}$$

Er beträgt 1978 in der Gesetzlichen Krankenversicherung 21.921,5 DM.

Der Beitragssatz nach dem Ausgleich ergibt sich dann aus:

$$BSFA_K = BS_K + \left(\frac{GL_K}{GO} - 1 \right) * BS_K * t \quad 1)$$

Die Pro-Mitglied-Zuweisungen/Abgaben errechnen sich aus

$$FAPM_K = BS_K * GL_K * \left(\frac{GL_K}{GO} - 1 \right) * t$$

1) t steht für die Ausgleichsintensität; t=1 bedeutet einen 100-prozentigen Ausgleich.

15.1.1.1. GL 100

Der 100-prozentige Grundlohnenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung verringert den Durchschnittsbeitragsatz der münsterländischen Ortskrankenkassen um 0,64 Prozentpunkte (siehe i.e. Tab. 36). Den größten Rückgang verzeichnet die Ortskrankenkasse Coesfeld mit 1,07 Prozentpunkten. Die Zuweisungen, die die münsterländischen Ortskrankenkassen pro Mitglied erhalten, schwanken zwischen 2 DM in Warendorf und 216 DM in Coesfeld; im Durchschnitt betragen sie 131 DM. Nach dem Grundlohnenausgleich überschreitet der Durchschnittsbeitragsatz der münsterländischen Ortskrankenkassen den Landesverbandswert um 0,82 Prozentpunkte (vorher: 1,11 Prozentpunkte). Die Überschreitung des Durchschnitts aller RVO-Kassen im Münsterland fällt von 1,11 Prozentpunkten auf 0,66 Prozentpunkte.

Tab. 36: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichmodells
GL 100 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe

	nur Ortskrankenkassen				alle RVO-Kassen			
	Abgabe/ Zuwei- sung je Mitgl. (DM)	Beitragssatz			Abgabe/ Zuwei- sung je Mitgl. (DM)	Beitragssatz		
		vor FA (%)	nach FA (%)	Diffe- renz (%-punkte)		vor FA (%)	nach FA (%)	Diffe- renz (%-punkte)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Steinfurt	- 145	13,80	13,10	- 0,70	- 118	12,89	12,28	- 0,60
Coesfeld	- 216	13,40	12,32	- 1,07	- 138	12,46	11,66	- 0,80
Borken	- 152	13,35	12,61	- 0,73	- 43	12,51	12,20	- 0,31
Münster	- 175	12,96	12,10	- 0,85	56	11,84	11,94	0,09
Warendorf	- 2	12,47	12,46	- 0,01	68	11,25	11,46	0,20
Bochum	- 183	12,82	11,92	- 0,90	- 178	12,24	11,36	- 0,87
Herne	19	12,78	12,87	0,08	115	11,54	11,87	0,32
Recklinghausen	- 84	12,72	12,32	- 0,39	38	11,94	11,96	0,01
Gelsenkirchen	- 137	12,68	12,02	- 0,66	- 149	12,41	11,64	- 0,77
Bottrop	- 107	12,62	12,11	- 0,51	- 82	11,94	11,37	- 0,57
Dortmund	- 113	12,59	12,05	- 0,54	- 66	12,04	11,67	- 0,37
Paderborn	- 95	12,28	11,82	- 0,45	- 161	12,02	11,20	- 0,81
Hamm	- 84	12,24	11,84	- 0,40	- 97	11,33	10,85	- 0,47
Hoexter	- 173	12,23	11,38	- 0,85	- 152	11,93	11,15	- 0,77
Hochsauerland	- 99	12,04	11,56	- 0,47	- 111	11,81	11,25	- 0,56
Unna	- 74	11,98	11,63	- 0,34	- 90	11,92	11,48	- 0,43
Lippstadt-Soest	- 61	11,89	11,60	- 0,28	- 61	11,89	11,60	- 0,28
Minden-Lübbecke	- 176	11,87	11,00	- 0,86	- 156	11,43	10,66	- 0,76
Lippe	- 99	11,86	11,38	- 0,47	166	11,54	12,05	0,51
Ennepe-Ruhr-Kreis	8	11,76	11,80	0,03	-	11,11	11,06	- 0,04
Märkischer Kreis	3	11,56	11,57	0,01	- 20	11,54	11,43	- 0,11
Herford	- 56	11,34	11,08	- 0,26	- 21	10,97	10,79	- 0,18
Bielefeld	- 16	11,18	11,10	- 0,07	- 31	11,04	10,84	- 0,20
Hagen	9	11,14	11,18	0,04	62	10,67	10,92	0,24
Gütersloh	62	11,11	11,39	0,27	19	11,10	11,14	0,03
Siegerl.-Wittg.st.	36	10,98	11,14	0,16	- 37	11,09	10,85	- 0,23
Olpe	- 53	10,84	10,59	- 0,24	56	10,30	10,45	0,14
Münsterland	- 131	13,21	12,57	- 0,64	- 15	12,10	11,91	- 0,19
Westfalen-Lippe	- 72	12,10	11,75	- 0,35	- 28	11,62	11,40	- 0,22

15.1.1.2. GL 75

Der 75-prozentige Grundlohnausgleich zeigt tendenziell ähnliche Auswirkungen auf die münsterländischen Ortskrankenkassen wie der 100-prozentige Ausgleich; die beitragsatzsenkende Wirkung ist allerdings schwächer ausgeprägt: Der Durchschnittsbeitragsatz fällt um 0,48 Prozentpunkte, mit 0,8 Prozentpunkten liegt die Ortskrankenkasse Coesfeld an der Spitze (siehe i.e. Tab. 37). Die Zuweisungen liegen zwischen 162 DM/Mitglied in Coesfeld und 2 DM in Warendorf, der Durchschnitt beträgt 99 DM. Nach dem Ausgleich liegen die münsterländischen Ortskrankenkassen im Durchschnitt um 0,89 Prozentpunkte über dem Landesverbandsdurchschnitt. Die Überschreitung des Durchschnitts aller RVO-Kassen fällt von 1,11 Prozentpunkten auf 0,77 Prozentpunkte.

Tab. 37: Beitragssatzeffekte des Finanzausgleichmodells
GL 75 für die RVO-Kassen in Westfalen-Lippe

	nur Ortskrankenkassen				alle RVO-Kassen			
	Abgabe/ Zuwei- sung je Mitgl. (DM)	Beitragssatz			Abgabe/ Zuwei- sung je Mitgl. (DM)	Beitragssatz		
		vor FA (%)	nach FA (%)	Diffe- renz (%-Pkte)		vor FA (%)	nach FA (%)	Diffe- renz (%-Pkte)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Steinfurt	- 109	13,80	13,27	- 0,52	- 88	12,89	12,44	- 0,45
Coesfeld	- 162	12,40	12,59	- 0,80	- 103	12,40	11,86	- 0,60
Borken	- 114	13,35	12,79	- 0,55	- 32	12,51	12,27	- 0,23
Münster	- 131	12,96	12,32	- 0,64	42	11,84	11,91	0,07
Warendorf	- 2	12,47	12,46	- ,--	51	11,25	11,41	0,15
Bochum	- 137	12,82	12,14	- 0,67	- 133	12,24	11,58	- 0,65
Herne	14	12,78	12,85	0,06	86	11,54	11,79	0,24
Recklinghausen	- 63	12,72	12,42	- 0,29	29	11,94	11,95	0,01
Gelsenkirchen	- 102	12,68	12,18	- 0,49	- 112	12,41	11,84	- 0,57
Bottrop	- 80	12,62	12,24	- 0,38	- 61	11,94	11,51	- 0,42
Dortmund	- 85	12,59	12,18	- 0,40	- 49	12,04	11,76	- 0,27
Paderborn	- 71	12,28	11,94	- 0,33	- 120	12,02	11,41	- 0,61
Hamm	- 63	12,24	11,94	- 0,30	- 73	11,33	10,97	- 0,35
Hoexter	- 130	12,23	11,60	- 0,63	- 114	11,95	11,34	- 0,58
Hochsauerland	- 74	12,04	11,68	- 0,35	- 83	11,81	11,39	- 0,42
Unna	- 55	11,98	11,72	- 0,26	- 67	11,92	11,59	- 0,32
Lippstadt-Soest	- 46	11,89	11,67	- 0,21	- 46	11,89	11,67	- 0,21
Minden-Lübbecke	- 132	11,87	11,22	- 0,64	- 117	11,43	10,85	- 0,57
Lippe	- 74	11,86	11,50	- 0,35	124	11,54	11,92	0,38
Ennepe-Ruhr-Kreis	6	11,76	11,79	0,02	-	11,11	11,08	- 0,03
Märkischer Kreis	2	11,56	11,57	0,01	- 15	11,54	11,46	- 0,08
Herford	- 42	11,34	11,14	- 0,19	- 16	10,97	10,83	- 0,14
Bielefeld	- 12	11,18	11,12	- 0,05	- 23	11,04	10,89	- 0,15
Hagen	6	11,14	11,17	0,03	46	10,67	10,85	0,18
Gütersloh	46	11,11	11,32	0,20	14	11,10	11,13	0,02
Siegerl.-Wittg.st.	27	10,98	11,10	0,12	- 28	11,09	10,91	- 0,17
Olpe	- 39	10,84	10,65	- 0,18	42	10,30	10,41	0,10
Münsterland	- 99	13,21	12,73	- 0,48	- 11	12,10	11,96	- 0,14
Westfalen-Lippe	- 54	12,10	11,84	- 0,26	- 21	11,62	11,45	- 0,17