

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.  
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14  
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Albrecht Goeschel

**RAUMORDNUNG, SOZIALSICHERUNG  
UND  
GESUNDHEITSVERSORGUNG**

**Steuerungsprobleme und Steuerungspotentiale  
in der  
Krankenversicherung**

15. Dezember 1990

Vortrag bei der Tagung  
Steuerungswirkungen und Sozialversicherung  
auf  
Arbeitsmarkt und Raumordnung  
am  
**Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF)**  
der  
**Universität Bielefeld**  
16. November 1990

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
1. Raumordnung und Sozialsicherung als Faktoren für Wirtschaftswachstum und als Korrelat zur Individualisierung	5
2. Raumordnung als Chancenverteilung und Krankenversicherung als Risikoverteilung in der Gesundheitsversorgung	6
3. Distributive und allokativen Erfordernisse der Raumordnung und Entwicklungen der Krankenkassengliederung im Widerstreit	8
4. Zunehmende Fehlallokationen der Sozialfinanzströme durch Verwerfungen zwischen Siedlungsstruktur und Kassenstruktur sowie durch die geplante Konzentration und Zentralisierung der Ortskrankenkassen	10
Literatur	13

### Vorbemerkung

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarfsplanung, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile etwa 134 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassen-Forschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung werden wachstums-ökonomischen und die steuerungspolitischen Zusammenhänge hinsichtlich Sozialsicherung und Raumordnung und deren Wahrnehmung in der sozialpolitischen und sozialökonomischen Diskussion dargestellt. vor diesem Hintergrund wird dann die Entwicklung der Krankenkassenstruktur kritisch erörtert.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat für Raumordnung und Landesplanung erhebliche Bedeutung. Umgekehrt sind Raumordnung und Landesplanung wichtige Randbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung.

Diese schlichte Erkenntnis hat sich in der Diskussion über die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung nur mit erheblichen Anstrengungen und einiger Mühe durchsetzen lassen. Es hat fünfzehn Jahre gedauert, bis das interessenpolitisch offenbar sperrige Querschnittsthema "Raumordnung und Sozialsicherung" zu einem Standardthema der Diskussion geworden ist.

Der im Zuge der deutschen Einigung erforderlich gewordene Aufbau einer externalisierten, autonomen und auf das Beitrittsgebiet regionalisierten Sozialsicherungsinfrastruktur stellt eine sichere Bestätigung für die lange Zeit heftig umstrittene These dar, daß Raumordnung und Sozialsicherung entscheidende Voraussetzungen für Wirtschaftswachstum sind und keineswegs, wie im zurückliegenden Jahrzehnt vorherrschend behauptet, Belastungen und Einschränkungen des Wirtschaftswachstums darstellen.

#### **STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.**

Marquartstein, dem 15. Dezember 1990

1. **Raumordnung und Sozialsicherung als Faktoren für Wirtschaftswachstum und als Korrelat zur Individualisierung**

Eine Kernaussage der neueren sozialökonomisch und gesundheitsökonomischen Diskussion besagt, daß Raumordnung und Sozialsicherung den einzelnen Wirtschaftsteilnehmern und den einzelnen Gesellschaftsmitgliedern durch gebietsbezogene Strukturentwicklung die Möglichkeit dazu geben bzw. durch einzelbezogene Sozialleistungen die Furcht davon nehmen, ertragreiche, aber unsichere Chancen zu nutzen. (Sinn 1988)

Raumordnung und Sozialsicherung sind aus dieser Sicht Grundlagen für strukturelle Wagnisfähigkeit und individueller Wagnisbereitschaft, mithin Grundlagen für fortschreitendes Wirtschaftswachstum. (Havemann 1988)

Raumordnung und Sozialsicherung sind mithin komplementäre Wachstumsfaktoren, die Chancengleichheit zwischen Standorträumen und Risikoumverteilung zwischen Bevölkerungsgruppen bewirken. (Goeschel 1987)

Die sozialtheoretische Diskussion geht noch einen Schritt weiter. Sie hebt die fortschreitende Herauslösung und Freisetzung der Individuen aus herkömmlichen Bindungen als das entscheidende Moment der gesellschaftlichen Entwicklungsdynamik hervor und betrachtet die umfassende Sozialsicherung des Wohlfahrtsstaates als Voraussetzung für diese Individualisierung. Institutionalisierung von Sozialsicherung ist aus dieser Sicht Vorbedingung für Wachstum durch Individualisierung. (Beck 1986)

In der sozialökonomischen Diskussion hat sich damit ein deutlicher Paradigmenwandel (Krupp 1988) vollzogen. Bei diesem Paradigmenwandel hat sich das herkömmliche Bild der Sozialpolitik als nachträgliche Umverteilung zugunsten der Benachteiligten und zu Lasten der Begünstigten des Marktprozesses deutlich verändert. Heute beinhaltet das Paradigma der Sozialpolitik eine im Wohlfahrtsstaat gewollte und geplante Schaffung und Erhaltung von Handlungsmöglichkeit durch Raumordnung und Verlässlichkeit durch Sozialsicherung. Sozialpolitik im Wohlfahrtsstaat bedeutet heute interpersonelle, intergenerationale und interregionale Umverteilung als Voraussetzung für Wagnisfähigkeit, Wagnisbereitschaft und damit Wirtschaftswachstum.

Unsichere Ereignisse und Entwicklungen wie Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Überschreiten jeweiliger Altersgrenzen, Arbeitslosigkeit, Konjunkturschwankungen und Wachs-

tumsstörungen, Umweltveränderungen oder zurückbleibende Wirtschafts- und Finanzkraft sowie ungleichwertige Lebensverhältnisse sollen durch Sozialsicherung und Raumordnung vermieden oder ausgeglichen werden.

Mit diesem veränderten Paradigma von Sozialpolitik als Wachstumsgarant und Wachstumsstimulanz kehrt die sozialökonomische und gesundheitsökonomische Diskussion nach Jahrzehnten institutioneller und funktioneller Reduzierung ihres Objektes zur ursprünglichen Konzeption von Sozialpolitik als Wirtschafts- und Wachstumspolitik (Kaufmann 1970) zurück.

Zugleich findet die sozialökonomische und gesundheitsökonomische Diskussion damit Anschluß an politisch-ökonomische Untersuchungen, die davon ausgehen, daß die ungewöhnliche Wachstumsphase der Nachkriegsjahrzehnte in den westeuropäischen Staaten vor allem auf zwei Komponenten zurückzuführen ist: Einmal auf die Erschließung der traditionell-nicht-industriellen Bereiche von Gesellschaft und Wirtschaft durch die industriell-tertiären Marktprozesse und zum anderen durch den Ausbau der wohlfahrtsstaatlichen Sicherung. Dabei wurde die Erschließung der traditionell-nichtindustriellen Bereiche vorrangig durch Raumordnungspolitik gesteuert und der Ausbau der wohlfahrtsstaatlichen Sicherung vorwiegend als Sozialpolitik praktiziert. (Lutz 1984)

## **2. Raumordnung als Chancenverteilung und Krankenversicherung als Risikoverteilung in der Gesundheitsversorgung**

Besonders ausgeprägt ist die wechselseitige Ergänzung von Raumordnung und Sozialsicherung im Bereich von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Im deutschen Krankenversicherungssystem erfolgt die Sozialsicherung im Krankheitsfall vor allem durch Sicherstellung bzw. Bereitstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsinfrastruktur bzw. der Gewährung entsprechender Sach- und Dienstleistungen, d.h. durch Realtransfers (Frierich 1987)

Dabei folgten diese Gesundheitsinfrastruktur und damit auch die über sie abgegebenen Sach- und Dienstleistungen zumindest im Sinne einer formalen Regionalisierung (Röpke/Lenz 1985) den Vorgaben der Raumordnung und Landesplanung. Durch die Vorgaben der Raumordnung und Landesplanung für die gebietliche Verteilung der Gesundheitsinfrastruktur wird damit auf

der Leistungsgewährungsseite der Gesundheitsversorgung diejenige Gleich- und Umverteilung angestrebt, die auf der Beitragserhebungsseite der Krankenversicherung durch die gruppenmäßige Umlage der Krankenkassenfinanzierung erreicht werden soll.

Raumordnung und Sozialsicherung sind demnach komplementäre Steuerungsinstrumente bzw. Steuerungsprozeduren von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Zugleich sind mit dem Vorherrschen von Realtransfers im Bereich von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung direkte und damit besonders deutliche regionalwirtschaftliche Infrastruktureffekte der Krankenversicherung verbunden und die Eigenschaft des Gesundheitswesens als eines nahversorgenden Dienstleistungszweiges aus dem gleichen Grunde besonders augenfällig.

Soweit es die Wirkungen der Institutionen der Sozialsicherung im Krankheitsfall, also der verschiedenen Arten von Krankenkassen, als regionale Infrastruktur betrifft, sind auch diese mittlerweile Thema der Diskussion.

So wird erörtert, welche Rolle die Gliederung der Krankenversicherung in Regionalkassen und Zentralkassen und deren Mischungsverhältnis in den Regionen für die Teilhabe der verschiedenen Bundesländer, Raumordnungsregionen und Kommunen an den Finanzausgleichsströmen der Rentnerkrankenversicherung im Sinne mittelbarer Finanzausstattung spielen. (Henke/Leber 1989, Studiengruppe für Sozialforschung e.V. 1989) Erörtert wird auch die Eigenschaft der Krankenkassen als Träger öffentlicher Investitionen in der Region (Goeschel 1984a) und die damit verknüpfte Eigenschaft der Krankenkassen als Finanzierungsträger für die immer noch wachsende Zahl von Arbeitsplätzen in der Gesundheitswirtschaft. (Albrecht-Richter 1984, Goeschel 1984b)

### 3. Distributive und allokativen Erfordernisse der Raumordnung und Entwicklungen der Krankenkassengliederung im Widerstreit

Raumordnung und Sozialsicherung sind komplementäre Wachstumsvoraussetzungen der Wirtschaft und komplementäre Steuerungsinstrumente für Chancengleichheit und Risikoverteilung in der Gesundheitsversorgung und in der Krankenversicherung. Vor allem aber bewirkt die Krankenkasseninfrastruktur erhebliche regionalwirtschaftliche Effekte.

Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit die gegenwärtige Struktur und die angestrebte Reform der Krankenkassenorganisation mit den Erfordernissen der Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung verträglich sind. Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit dabei Sozialsicherung und Raumordnung überhaupt abgestimmt sind oder ob hier latente oder manifeste, nichtintendierte oder intendierte Fehlsteuerungen vorliegen.

In der Krankenkassenforschung ist in den zurückliegenden Jahren in zahlreichen Untersuchungen gezeigt worden, daß die Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in regional-gebietszuständige Krankenkassen und in zentral-bundesweite Krankenkassen erhebliche Negativwirkungen für die Raumordnung und die Regionalentwicklung hat.

Es ist gezeigt worden, daß für die einzelnen Regionen erhebliche Schwierigkeiten dadurch entstehen, daß die zentralisierten und bundesweiten Krankenkassen wachsende Anteile des Gesamtbudgets der gesetzlichen Krankenversicherung an sich ziehen und der Budgetanteil der Regionalkassen zurückgeht.

Für die einzelnen Regionen besteht zwar eine jeweils gesamthafte Wirtschaftssituation und Gesundheitsinfrastruktur, gleichzeitig sind aber nur die regional-gebietszuständigen Kassenarten direkt von dieser Wirtschaftssituation abhängig und für diese Gesundheitsinfrastruktur steuernd mitverantwortlich. Demgegenüber haben sich die zentral-bundesweiten Krankenkassen von der Wirtschaftssituation in den Regionen losgelöst und wirken an der Gestaltung der Gesundheitsinfrastruktur in den Regionen kaum mit. (Brunkhorst 1987)

In der Literatur wird darauf hingewiesen, daß die Auseinanderentwicklung von Regionalsituation und Krankenkassenstruktur vor allem den Nordteil der bisherigen Bundesrepublik

Deutschland benachteiligt. Das stärkere Anwachsen der Zentralkassen in den norddeutschen Bundesländern hat dort zu einer weitergehenden Herauslösung der beitragsstarken Mitglieder durch die Zentralkassen aus den Regionalkassen geführt als in den süddeutschen Bundesländern.

Diese Entwicklung hat eine wachsende Beitragsbelastung der in den Regionalkassen verbliebenen Mitglieder und ihrer Arbeitgeber bewirkt. Gleichzeitig hat dieser Mitgliederzuwachs den bundesweiten Zentralkassen die Möglichkeit eröffnet, einen steigenden Gesundheitsverbrauch ihrer Mitglieder bei dennoch niedrigen Beitragssätzen großzügig zu finanzieren. Auf diesem Wege verstärken sich die sozialen Disparitäten vor allem in den norddeutschen Regionen und damit auch zwischen den norddeutschen und den süddeutschen Regionen. (Goeschel 1988)

Untersuchungen zeigen außerdem, daß im Umland der großen Dienstleistungszentren die Regionalkassen durch den Konzentrationsprozeß zugunsten der Zentralkassen in besonderem Maße geschädigt oder gefährdet sind. Daneben werden auch die ländlichen Räume durch diesen Konzentrationsprozeß zugunsten der Zentralkassen benachteiligt. Diese Räume haben zwar, von Ausnahmen abgesehen, eine geringere gesundheitsinfrastrukturelle Ausstattung als die Ballungsräume, sie werden jedoch im bundesweiten Finanzierungssystem der Zentralkassen mit dem gleichen Beitragssatz wie die Ballungsräume belastet und müssen daher dementsprechend überproportional zu den in den Ballungsräumen anfallenden Gesundheitsausgaben beitragen. (Goeschel/Fette 1990)

Diese für die Raumordnung problematische Zentralisierung in der Krankenversicherung wird in ihren Negativwirkungen noch durch asymmetrische Steuerungsverantwortlichkeiten verstärkt. So ist in der Vergangenheit eine einseitige Überwälzung von zusätzlichen Steuerungs- und Planungsaufgaben in der regionalen Gesundheitsversorgung auf die Regionalkassen erfolgt. Diese Überwälzung hat den Regionalkassen bei schwächerem Budgetanteil gleichzeitig vermehrte interne und externe Konfliktlasten auferlegt. Die Zentralkassen blieben zumindest bislang von diesen Konfliktlasten freigestellt, haben jedoch gleichzeitig aus diesen Steuerungs- und Planungsbemühungen Nutzen gezogen. (Mayntz et al. 1982)

Das Nebeneinander von Regionalkassen und Zentralkassen und die Konzentration der Krankenversicherung durch Anwachsen der Zentralkassen bewirkt zunehmende soziale Disparitäten

innerhalb der Regionen und Raumtypen und damit auch zwischen diesen. Zugleich beinhaltet die gegenwärtige Kassenstruktur unvollständige und unausgewogene Steuerungs- und Planungsverantwortlichkeiten in der Gesundheitsversorgung. Die gegenwärtigen Wirkungsweisen der Kassengliederung stellen demnach eine erhebliche Beeinträchtigung für die Ausgleichsaufgaben und Steuerungsaufgaben der Raumordnung dar.

4. **Zunehmende Fehlallokationen der Sozialfinanzströme durch Verwerfungen zwischen Siedlungsstruktur und Kassenstruktur sowie durch die geplante Konzentration und Zentralisierung der Ortskrankenkassen**

Von besonderem Interesse für die Frage der distributiven und allokativen Erfordernisse der Raumordnung sind die Zusammenhänge von Siedlungsstruktur und Kassenstruktur. Wenn man hierbei auf die Ebene der siedlungsstrukturellen Kreistypen abhebt, ergibt sich folgendes gegenläufige Verteilungsmuster: Je niedriger die Siedlungsdichte ist, um so höher ist der Anteil der regionalen Krankenkassen an den Sozialversicherten. Je höher die Siedlungsdichte ist, um so niedriger ist der den regionalen Kassen verbleibende Versichertenanteil und um so höher ist der an zentrale Kassen verlorene Anteil.

Vereinfacht gesagt sind es vor allem die Landgebiete und Umlandkreise und dies insbesondere im Südteil der bisherigen Bundesrepublik, in denen die Regionalkassen eine starke Stellung behaupten, während es vor allem die Großstädte und dies insbesondere im Nordteil der bisherigen Bundesrepublik sind, in denen die Zentralkassen dominieren.

Diese mehrfach asymmetrische Verteilung des Sozialversichertenpotentials zwischen Regionalkassen und Zentralkassen gilt nicht nur für das Nord-Süd-Schema und das Großstadt-Umland-Kreise-Land-Schema. Diese mehrfach asymmetrische Verteilung gilt auch für die Kassengrößenklassen. Zumindest innerhalb der Ortskrankenkassen fallen die Anteile der Regionalkassen an allen Versicherten nicht nur mit steigender Siedlungsdichte, sondern auch mit steigender Kassengröße. Vereinfacht gesagt: Die vergleichsweise schwächere Position haben die Groß-AOKen in norddeutschen Ballungsräumen. (Goeschel 1990)

Eine Erklärung für diese Entwicklung ist darin zu suchen, daß in den zurückliegenden Jahrzehnten eine Umschichtung der industriell-gewerblichen Arbeitsplätze aus den Ballungsräumen in die Landgebiete stattgefunden hat (Schliebe 1982) und dementsprechend die Regionalkassen, insbesondere die Ortskrankenkassen, zwar in den Ballungsräumen Anteilsverluste, in den Umland- und Landgebieten jedoch Anteilsgewinne zu verzeichnen hatten.

Eine Wiederholung dieser Entwicklung konnte sich nun durch das Hinzukommen der neuen Bundesländer vollziehen. Dort gilt ein sehr viel schärfer ausgeprägter Stadt-Land-Unterschied zwischen industriell-gewerblichen und technisch-kaufmännischen Arbeitsplätzen als in den alten Bundesländern. (Winkler 1990) Eine solche durch die altindustrialisierten Gebiete der neuen Bundesländer bedingte mögliche Anteilstärkung der Regionalkassen muß jedoch skeptisch beurteilt werden. Sie ist nicht das Resultat der dringend erforderlichen politischen Neuordnung des Verhältnisses von Regionalkassen und Zentralkassen einschließlich einer Neubestimmung etwa auch der Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung. (Sachverständigenrat 1988 und 1989)

Eine Anteilssteigerung der Regionalkassen durch Hinzukommen der extrem strukturkonservativen neuen Bundesländer behindert schon jetzt eine problemgerechte Neuordnung auch innerhalb der Regionalkassen selbst. Vor allem, und dies ist ein durchaus dramatischer Aspekt, beinhaltet die absehbare Anteilssteigerung der Regionalkassen durch Zuwächse in den neuen Bundesländern eine erneute strukturelle Konservierung der problematisch gewordenen Lohnanbindung der Krankenkassenfinanzierung, wie sie schon einmal für die Phase der wechselkursgestützten und arbeitsimportgeprägte massenindustriellen Produktion in den sechziger Jahren diagnostiziert worden ist. (Stuwe 1984)

So sind die Verwerfungen zwischen Siedlungsstrukturen und Kassenstrukturen über das institutionelle Gegeneinander von Regionalkassen und Zentralkassen und über die Berufsstatusanbindung der Zugehörigkeit zu Regionalkassen hinaus auch ein Ergebnis der Lohnanbindung der Krankenkassenfinanzierung. Die Finanzierungsstruktur der verschiedenen Kassenarten ist durch diese Lohnanbindung unmittelbar an die räumliche Mobilität der Arbeitsplätze der Mitglieder sowie an die räumliche Mobilität der Wohnorte der Mitglieder und ihrer Familienangehörigen gebunden.

Wenn man untersucht, welches Anteilsverhältnis die Ortskrankenkassen in den Großstädten, Umlandkreisen und Landgebieten an den Beitragszahlern bzw. Leistungsempfängern der jeweiligen Gebiete haben, dann zeigt sich eine interessante strukturelle Disparität: Während die Großstadt-AOKen eine Unterdeckung ihres Leistungsempfängeranteils durch den Beitragszahleranteil haben, gilt für die Umland- und Land-AOKen eine Überdeckung der Leistungsempfänger durch die Beitragszahler. Die Großstadt-AOKen sind finanzstrukturell defizitär, die Umland- und Land-AOKen dagegen stabil. (Goeschel 1990) Die Ursache für diese finanzierungsstrukturelle Disparität liegt in einer doppelten Stadt-Umland-Wanderung: Einerseits sind die gewerblich-industriellen Arbeitsplätze, die meist mit einer AOK-Mitgliedschaft verbunden sind, aus dem Ballungsraum in das Umland abgewandert. Andererseits sind es meist beruflich und einkommensmäßig bessergestellte Beschäftigte, die zwar mit ihren Wohnstandorten aus den Ballungsräumen in das Umland abgewandert sind, jedoch als Mitglieder und mit ihren Familienangehörigen weiterhin in bundesweiten Ersatzkassen versichert sind. Durch diesen Wanderungsprozeß erhöht sich der relative Anteil der AOK-Versicherten an allen Leistungsempfängern in den Ballungsräumen stetig, während er in den Umlandkreisen sinkt. Umgekehrt sinkt der Anteil der AOK-Mitglieder an allen Beitragszahlern in den Ballungsräumen, während er in den Umlandkreisen steigt.

Vor diesem Hintergrund stellt die Absicht, durch Konzentration und Zentralisierung der Ortskrankenkassen, d.h. vor allem durch eine Fusion von Großstadtkassen, Umlandkassen und Landkassen zu Groß-AOKen, den Versuch dar, die finanzierungsstrukturell defizitären Großstadtkassen durch die finanzierungsstrukturell stabilen Umland- und Landkassen zu sanieren. Dies mag im statistischen Effekt für einige Zeit gelingen, beseitigt aber nicht die grundlegenden institutionellen und organisatorischen Ursachen der bestehenden Verwerfungen und stellt daher eine suboptimale Lösung mit dem Risiko zunehmender Fehlallokation der Finanzströme der sozialen Krankenversicherung dar. (Albrecht 1982) Insbesondere stellt eine solche Heranziehung der ländlichen Räume zur Finanzierung von Steuerungsdefiziten in den Ballungsräumen einen Verstoß gegen wesentliche Ziele der Raumordnung dar. (Goeschel 1990b)

Literatur

- Albrecht 1982  
Albrecht, Günter: Theorien der Raumbezogenheit sozialer Probleme. In: Vaskovics, Laszlo A. (Hrsg.): Raumbezogenheit sozialer Probleme. Opladen 1982, S. 19 ff. bes. 42 ff.
- Albrecht-Richter/Kasten 1984  
Albrecht-Richter, Jutta; Kasten, Michael: Das Gesundheitswesen als Arbeitsmarkt, Berlin 1984
- Beck 1986  
Beck, Ulrich: Risikogesellschaft - Auf dem Weg in eine anderen Moderne, Frankfurt am Main 1986, S. 73, 112, 130, 208 und 211
- Brunkhorst 1987  
Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostrukturen und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, Berlin 1987, S. 203 ff. und 212 ff.
- Frierich 1987  
Frierich, Johannes: Sozialpolitik Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, München 1987
- Goeschel 1984a  
Goeschel, Albrecht: Die soziale Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen in der Region: In: Raumforschung und Raumordnung, Köln (1984), H, 4/5, S. 191 ff.
- Goeschel 1984b  
Goeschel, Albrecht: Gesundheitswirtschaft und Arbeitsmarkt: Beitrag des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung. In: Der Landkreis, Köln (1984), H. 4. S. 171 ff.
- Goeschel 1987  
Goeschel, Albrecht: Raumordnung, Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung - Eine neue Fragestellung in Wissenschaft und Politik. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn (1987), H. 9/10, S. 266 ff.
- Goeschel 1988  
Goeschel, Albrecht: Zentralisierung oder Regionalisierung der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der

- Raumordnungspolitik. In: Der Landkreis, Köln (1988), H.3, S. 111 ff.
- Goeschel/Fette 1990  
Goeschel, Albrecht; Fette, Anke: Überlegungen zur AOK-Organisationsreform. Hrsg.: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1990, S. 17
- Goeschel 1990a  
Goeschel, Albrecht: Krankenkassenstrukturplanung als Instrument der Regionalförderung - Herausforderungen und Möglichkeiten für die Landkreise. In: Der Landkreis, Köln (1990), H. ~, S. 270 ff.
- Goeschel 1990b  
Goeschel, Albrecht: Die AOK-Organisationsreform als Herausforderung für die AOKen in den ländlichen Räumen der Bundesrepublik Deutschland. Vortrag vor den AOKen Villingen, Tuttlingen und Schramberg. Marquartstein 1990
- Havemann 1988  
Havemann, Robert: Sozialsicherungssysteme und ihre Wohlfahrtseffekte - Ein Versuch ihrer Bilanzierung. In: Rolf/ Spahn/Wagner (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt am Main 1988, S. 260 ff.
- Henke/Leber 1989  
Henke, Klaus-Dirk; Leber, Wulf: GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern. Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung der Kassenstruktur. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei, Bonn/Hannover 1989
- Kaufmann 1970  
Kaufmann, Franz-Xaver: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem, Stuttgart 1970, S. 106 ff.
- Krupp 1988  
Krupp, Hans-Jürgen: Zur Begründung und zur Praxis des Wohlfahrtsstaates. In: Rolf/Spahn/Wagner (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt am Main 1988, S. 494
- Lutz 1984  
Lutz, Burkhard: Der kurze Traum immerwährender Prosperität - Eine Neuinterpretation der industriell-kapitalistischen Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main 1984, S. 18 ff. und 196 ff.
- Mayntz et al. 1982  
Mayntz, Renate; Klitzsch, Wolfgang; Ubeländer, Erich: Analyse von Planungs- und Steuerungs-

funktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1982, S. 24 ff., 43 ff., 47 ff. und 51 ff.

Röpke/Lenz 1985

Röpke, Thomas; Lenz, Manfred:  
Bedarfsplanung im Gesundheitswesen:  
Rückblick auf eine unzureichend regionalisierte  
Fachplanung. In: Informationen zur  
Raumentwicklung, Bonn (1985), H. 3/4, S. 245 ff.

Sachverständigenrat 1988

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion  
im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und  
ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988,  
Baden-Baden 1988, S. 75 ff., 128 ff., 437 ff. und  
443 ff.

Sachverständigenrat 1989

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion  
im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität,  
Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der  
Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989,  
Baden-Baden 1989, S. 75, 79 ff., 116 ff., bes. 119  
ff.

Schliebe 1982

Schliebe, Klaus: Industrieansiedlungen. Hrsg.  
Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und  
Raumordnung, Bonn 1982

Sinn 1988

Sinn, Hans-Werner: Die Grenzen des Ver-  
sicherungsstaates - Theoretische Bemerkungen  
zum Thema Einkommensumverteilung,  
Versicherung und Wohlfahrt. In: Rolf/  
Spahn/Wagner (Hrsg.): Sozialvertrag und  
Sicherheit, Frankfurt am Main 1988, S. 88

Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

Studiengruppe für Sozialforschung e.V.:  
Benachteiligung der Freien und Hansestadt  
Hamburg durch die derzeitige Kranken-  
kassengliederung. Dargestellt am Bei-  
rentnerkrankenversicherung. Gutachten  
Auftrag der AOK Hamburg, Mar-

spiel der  
im  
quartstein 1989

Stuwe 1984

Stuwe, Michael: Wirtschaftsstruktur und soziale  
Sicherheit - Die Auswirkungen des  
technologischen Wandels auf die Lohnbe-  
zogenheit unserer Sozialversicherungssysteme. In:  
Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden (1984),  
H. 7, S. 417 ff.

Winkler 1990

Winkler, Gunnar (Hrsg.): Sozialreport DDR-Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR, Stuttgart/München/Landsberg 1990, S. 65 ff.