

ALBRECHT GOESCHEL*

Die soziale Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen in der Region

Seit gut einem Jahrzehnt wird in der Bundesrepublik Deutschland über Niveau und Struktur der Staatsschulden diskutiert¹. Dabei haben von Anfang an die soziale Krankenversicherung und die kommunalen Gebietskörperschaften als Adressaten von Aufforderungen zur Einschränkung der öffentlichen Ausgaben bzw. zur Erhöhung der öffentlichen Einnahmen gleichermaßen im Vordergrund gestanden².

Die Staatsschuldendiskussion hatte damit von Anfang an wegen der vorrangig lokalen und regionalen Aufgabenstellung und Wirkungsweise der sozialen Krankenversicherung und der kommunalen Gebietskörperschaften eine erhebliche, als solche bislang aber nicht diskutierte raumordnungspolitische Komponente³.

1. Staatsschuldendiskussion zeigt raumwirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherung

Umgekehrt haben die anhaltenden stagflationären Tendenzen in der wirtschaftlichen Entwicklung gezeigt, daß eine lediglich globale staatliche Gegensteuerung von Unterbeschäftigung oder Preisauftrieb wegen der zunehmenden sektoralen, branchenmäßigen und damit regionalen Differenzierung der Wirtschaftsentwicklung nicht mehr greift. Statt dessen wird eine auch regional selektive staatliche Steuerung für erforderlich gehalten⁴. Demnach müßte sich die wirtschaftsbedeutsame Tätigkeit des Staates sehr viel stärker raumordnungspolitisch orientieren⁴ und die Wirtschaftspolitikdiskussion müßte ihr Augenmerk dementsprechend verstärkt auf die soziale Krankenversicherung und auf die kommunalen Gebietskörperschaften als lokal und regional wirksame wirtschaftspolitische Instanzen⁵ richten.

Soweit es dabei die Kommunen betrifft, ist hier die bis in die 60er Jahre zu beobachtende Vernachlässigung der wirtschaftspolitischen Bedeutung, vor allem aber der raumordnungspolitischen Bedeutung dieser Ebene⁶ einer breiten Behandlung der raumwirtschaftlichen Bedeutung vor allem des kommunalen Finanzsystems gewichen⁷.

Demgegenüber setzt eine raumwirtschaftliche Betrachtung der Krankenkassen erst in jüngster Zeit und damit gegenüber der gleichen Betrachtung der Kommunen mit einer Verspätung von ein- einhalb Jahrzehnten ein⁸. Beklagt wird insbesondere das Fehlen

einer sozialen und damit auch regionalen Aufgliederung des Sozialbudgets⁹ und einer entsprechenden Aufgliederung der Transfer- und hierbei vor allem der Real-Transferleistungen des Staates bzw. der Sozialversicherung⁹.

Bemerkenswert ist der Umstand, daß gerade die Staatsschuldendiskussion des zurückliegenden Jahrzehnts die Voraussetzungen für eine raumwirtschaftliche Betrachtung der sozialen Krankenversicherung verbessert hat. So hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen bereits Mitte der 70er Jahre einerseits zwar den Bereich der sozialen Krankenversicherung als ein Hauptgebiet für Ausgaben senkungen und Einnahmenerhöhungen zum Zwecke der Staatsschuldendämpfung benannt¹⁰. Gleichzeitig hat er sich andererseits aber auch konsequenterweise energisch für eine Einberechnung der sozialen Krankenversicherung in die Staatsausgaben ausgesprochen¹¹ und damit die soziale Krankenversicherung auch in die mittlerweile weit fortgeschrittene Diskussion über die Wirkungsweise, die Formenvielfalt und die Trägerschaft der öffentlichen Investitionen einbezogen, d. h. die soziale Krankenversicherung zu einem möglichen Mitträger öffentlicher Investitionen erklärt.

2. Finanzwissenschaftliche Politikberatung betont Investivfunktion der Krankenversicherung

Wichtig ist dabei der Umstand, daß im Unterschied zur tagespolitischen Diskussion die investive Wirkung der öffentlichen Haushalte einschließlich der Haushalte der sozialen Krankenversicherung, in der politikberatenden Diskussion sehr viel deutlicher gesehen wird. So versäumt es die Transfer-Enquete-Kommission nicht, die positiven Auswirkungen der sozialen Sicherung für die Gesamtwirtschaft hervorzuheben, die in einer Vermeidung sozialer Erschütterungen auch in Krisenzeiten liegen¹².

Andere Untersuchungen heben die unsichtbare Produktivität der öffentlichen Dienstleistungen hervor, ohne welche die sichtbare Produktivität der privaten Güter- und Leistungserstellung nicht zu erklären sei¹³.

Insgesamt wurde in den zurückliegenden Jahren von politikberatender Seite aus wiederholt der Auffassung entgegengetreten, die Ausgaben der Gebietskörperschaften und der Sozialversiche-

rung seien unproduktiver Staatsverbrauch. Mehrfach wurde betont, daß öffentliche Ausgaben auf weite Strecken der Organisation eines Teils der individuellen Nachfrage dienen und dabei erhebliche produktivitätsverbessernde investive Wirkungen hätten¹⁴.

Diese Auffassung vertritt auch der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Finanzen, wenn er betont, daß öffentliche oder private Ausgaben für Ausbildung und Gesundheit keine Konsumausgaben, sondern Investitionsausgaben sind, die das gesamtwirtschaftliche Produktionspotential erhalten und erhöhen¹⁵.

Den Trägern der sozialen Krankenversicherung ist demnach schon durch diese Korrektur landläufiger Vorstellungen über konsumtive und investive Wirkungen öffentlicher Aufgaben eindeutig eine investive Funktion zuerkannt¹⁶. Noch in einem anderen Zusammenhang hat die Staatsschuldendiskussion vor allem die Investivfunktion der Krankenkassen verdeutlicht.

3. Begriff der öffentlichen Investitionen gilt auch für die Ausgaben der Krankenversicherung

So wurde im Rahmen der Staatsschuldendiskussion auch die Frage nach der Abgrenzbarkeit, Meßbarkeit und Begrenzungsnotwendigkeit der öffentlichen Investitionen gestellt. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen hat in diesem Zusammenhang zunächst unzweideutig klargestellt, daß die einzelwirtschaftliche Rentabilität keine Bedeutung für die Abgrenzung öffentlicher Investitionen besitzt¹⁷.

Sodann hält es der Beirat für erforderlich, neben den Sachinvestitionen der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung auch die Finanzinvestitionen und Finanzhilfen zu den öffentlichen Investitionen zu zählen. Dies allerdings nur insoweit, als solche Finanzinvestitionen und Finanzhilfen, z. B. Investitions- und Zinszuschüsse, der Finanzierung von Sachinvestitionen im Inland dienen¹⁸. Mit dieser Erweiterung des Begriffes der öffentlichen Investitionen auch auf Investitions- und Zinszuschüsse wird insbesondere die Investivfunktion der sozialen Krankenversicherung verdeutlicht.

Ihre Verpflichtung zur Finanzierung der von den Versicherten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgüter wirkt für die Berufe, Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zumindest wie eine Tilgungs- und Zinsbürgschaft und muß damit in den Begriff der öffentlichen Investitionen miteinbezogen werden¹⁹. In diesem Sinne hat der Wissenschaftliche Beirat schon in einem früheren Gutachten hervorgehoben, daß öffentliche Bürgschaften mit öffentlichen Kreditvergaben gleichzusetzen seien, d. h. in den Begriff der öffentlichen Investitionen einzubeziehen seien²⁰.

4. Regionalwirtschaftlich bedeutendes Investitionsvolumen der Krankenversicherung

Auch wenn man aus Vergleichbarkeitsgründen nicht die gesamten Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung als Investitionen in Humankapital und damit als öffentliche Investitionen ansetzt, sondern nur die indirekten Investivfunktionen der sozialen Krankenversicherung für die Gesundheitswirtschaft in Rechnung stellt²¹, zeigen die sich dann für die Jahre 1975 bis 1980 auf etwa 83 Milliarden Mark aufsummierenden Investitionen der sozialen Krankenversicherung deren große Bedeutung als Träger vor allem regionalwirtschaftlich wirksamer öffentlicher Investitionen.

Im Vergleich dazu betrugen die ebenfalls vor allem regionalwirtschaftlich wirksamen öffentlichen Investitionen der kommunalen Gebietskörperschaften in den Jahren 1975 bis 1980 etwa 320 Milliarden Mark. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden dabei die gesamten Ausgaben der kommunalen Vermögenshaushalte als Investitionen definiert. In den Vergleichsjahren schwankt dabei die Proportion der Investitionen der sozialen Krankenversicherung und der kommunalen Gebietskörperschaften um den Wert von 1 : 3,8.

Der Beirat hat es aber nicht nur bei dieser Einbeziehung der eher mittelbaren Investivfunktion der sozialen Krankenversicherung für die Gesundheitswirtschaft belassen. Vielmehr beleuchtet er auch die mittelbare Investivfunktion der sozialen Krankenversicherung für die Gesamtwirtschaft durch Kreditgewährung an die Gebietskörperschaften²².

Tabelle 1:
Investitionen der sozialen Krankenversicherung und der kommunalen Gebietskörperschaften 1975 bis 1980

Jahre	Soziale Krankenversicherung ¹	Kommunale Gebietskörperschaften ²	Proportion Krankenversicherung/Gebiets- körperschaften
	Mrd. DM	Mrd. DM	
1975	11,5	47,4	1 : 4,1
1976	12,7	47,5	1 : 3,7
1977	13,3	48,7	1 : 3,7
1978	14,2	54,0	1 : 3,8
1979	15,3	57,9	1 : 3,8
1980	16,9	64,7	1 : 3,9
1975 — 1980	83,9	320,2	1 : 3,8

1 Fiktive Investitionsquote von 22 Prozent aller Sachleistungen, direkte Investitionen, Investitionszuschüsse, laufende Zuschüsse.

2 Sachinvestitionen, Finanzinvestitionen, Zuführung an Rücklagen und Tilgungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: „Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1980“ — Stuttgart 1982, S. 6 ff. und S. 41 ff. sowie „Der Landkreis“. — Köln 3-1978; 2-1979; 2-1980; 2-1981; 2-1982, 2-1983.

Der Beirat bezeichnet die soziale Krankenversicherung dabei als „öffentliche Kapitalsammelstelle“ außerhalb des Bankensystems²³, die nach seiner Auffassung, von zwangsweisen Krediten abgesehen, gemessen an ihrem Gesamtvermögen, ihrer Liquidität und ihren hohen Rücklagen stets nur geringe Kredite an den Staat und damit mittelbar die Gesamtwirtschaft gegeben habe²⁴.

Bei dieser politikberatenden Diskussionslage ist es eigentlich erstaunlich, daß in der tagespolitischen Diskussion ausschließlich die Konsumtivfunktion der sozialen Krankenversicherung erörtert wird. Dies mag freilich auch darauf zurückzuführen sein, daß die Träger der sozialen Krankenversicherung ihrerseits keine Investitionszahlen vorlegen²⁵.

Insgesamt hat aber die Staatsschuldendiskussion wesentlich dazu beigetragen, die Bedeutung der sozialen Krankenversicherung als Träger öffentlicher Investitionen und damit vor allem auch als Faktor der raumwirtschaftlichen Entwicklung zu verdeutlichen. Kommunale Gebietskörperschaften und soziale Krankenversicherung sind demnach auch gleichrangig als wesentliche Mitträger der Wirtschaftsentwicklung in den einzelnen Regionen zu betrachten.

5. Finanzwirtschaftliche und versorgungswirtschaftliche Verflechtungen zwischen Krankenkassen und Kommunalkörperschaften

Für eine gleichrangige und vergleichende Betrachtung von Krankenkassen und Kommunen als Mitträger der Wirtschaftsentwicklung in den einzelnen Regionen sprechen ebenso die zwischen beiden öffentlichen Haushalten bestehenden wirtschaftlichen Verflechtungen. So bestehen finanzwirtschaftliche Verflechtungen zwischen Krankenkassen und Kommunen insbesondere im Bereich der kommunalen Sparkassen. Dies insofern, als das Anlagerecht der Sozialversicherungsträger die kommunalen Sparkassen zu bevorzugten Geschäftspartnern der sozialen Krankenversicherung macht²⁶, andererseits für die kommunalen Sparkassen als gemeinwirtschaftliche Unternehmen eine Gewährträgerhaftung der Kommunen besteht²⁷.

Eine andere, längstens bis 1977 bestehende unmittelbare finanzwirtschaftliche Verflechtung zwischen Krankenkassen und Kommunen bestand darin, daß die Gemeinden nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung Garantieträger für die Ortskrankenkassen waren. Diese Garantieträgerschaft ist mittlerweile im Grundsatz auf den Bund übergegangen²⁸.

Zwischen Krankenkassen und Kommunen bestehen aber nicht nur finanzwirtschaftliche Verflechtungen. Gleichmaßen bestehen zwischen Krankenkassen und Kommunen auch versorgungswirtschaftliche Verflechtungen. Dies insofern, als beispielsweise Krankenanstalten einen wesentlichen Teil der Kommunalwirtschaft ausmachen²⁹ und die Krankenkassen ihrerseits den Hauptanteil der dort anfallenden Betriebskosten tragen³⁰.

6. Grundlegende Ähnlichkeiten zwischen Krankenkassen und Kommunalkörperschaften

Neben solchen direkten finanz- und versorgungswirtschaftlichen Verflechtungen zwischen Krankenkassen und Kommunen bestehen außerdem entscheidende strukturelle und funktionelle Ähnlichkeiten. Zu nennen ist hierbei die für die Krankenkassen

als Funktionalkörperschaften³¹ und für die Kommunen als Territorialkörperschaften³¹ geltende Selbstverwaltung³². Gleichzeitig sind die Krankenkassen wie auch die Kommunen Teil der mittelbaren leistenden Staatsverwaltung³³.

Eine wesentliche Ähnlichkeit zwischen Krankenkassen und Kommunen besteht auch darin, daß die Krankenkassen insgesamt und die Kommunen mit ihren wirtschaftlichen Unternehmen Hauptbestandteile der Gesamtwirtschaft sind³⁴.

Eine besonders wichtige strukturelle Ähnlichkeit zwischen sozialer Krankenversicherung und kommunalen Gebietskörperschaften besteht in dem beiden Bereichen zugrunde liegenden Territorialprinzip³⁵. Aus diesem kommunalverfassungsrechtlichen Territorialprinzip leitet sich das auf der Krankenkassenseite für die Ortskrankenkassen und das auf der Kommunalseite vor allem für die Sparkassen geltende Regionalprinzip ab³⁶.

Funktionelle Ähnlichkeiten zwischen Krankenkassen und Kommunen ergeben sich aber auch im Bereich der Finanzbeziehungen zwischen den verschiedenen Bereichen und Ebenen der öffentlichen Haushalte. So sind sowohl die soziale Krankenversicherung wie auch die kommunalen Gebietskörperschaften in Finanzausgleichsverfahren eingebunden, die insbesondere einer Aufrechterhaltung der dezentralen Struktur dieser Funktional- bzw. Territorialkörperschaften dienen sollen, in dem extreme finanzwirtschaftliche Unterschiede horizontal zwischen den Kassenarten und auch innerhalb der Kassenarten selbst bzw. vertikal zwischen den Ländern und ihren Kommunen ausgeglichen werden³⁷.

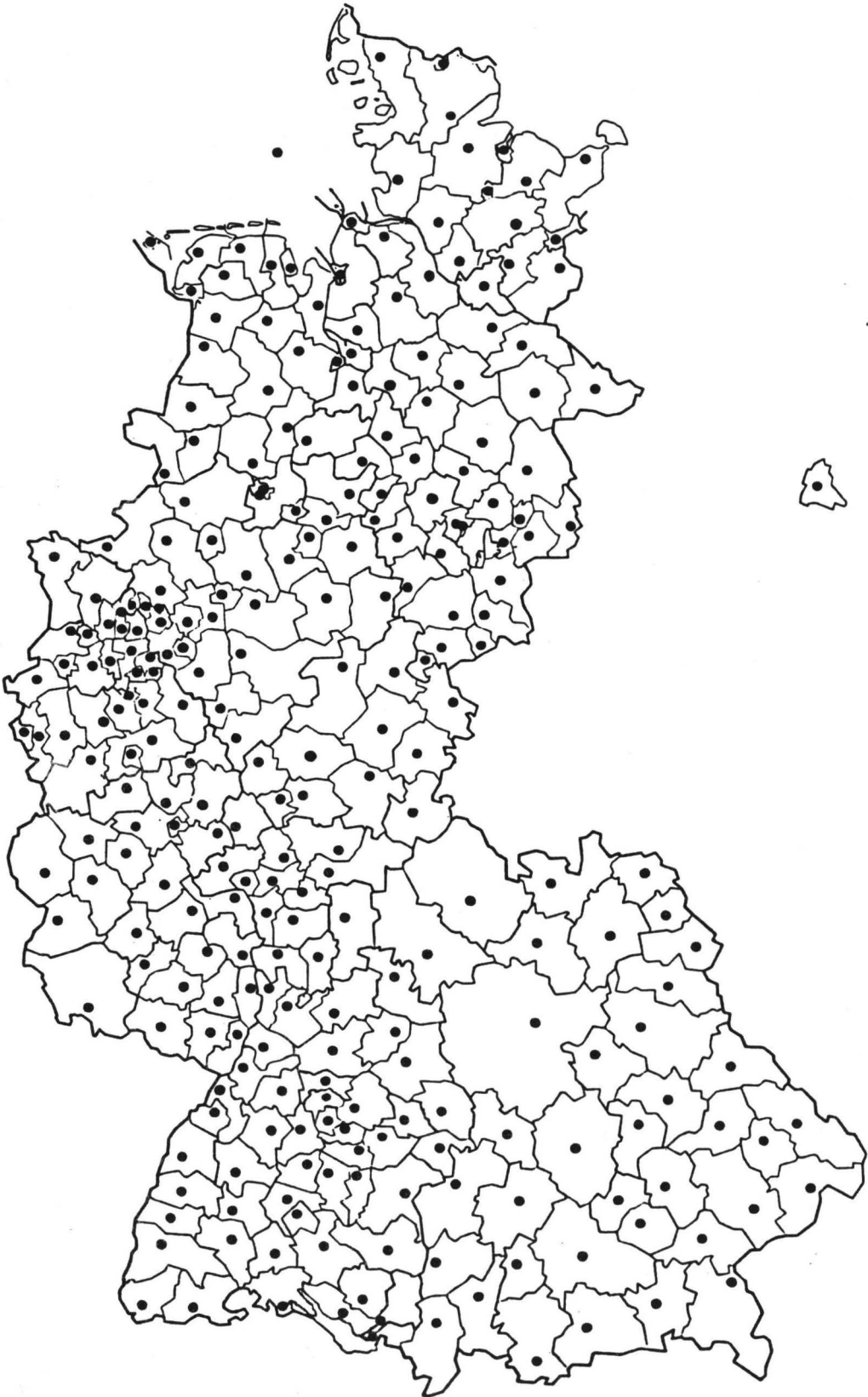
Entscheidend ist insbesondere auch die ähnliche funktionelle Stellung von sozialer Krankenversicherung und kommunalen Gebietskörperschaften im Transfer-System der Bundesrepublik Deutschland. Beide sind wesentliche Absender öffentlicher Geld- und Sachleistungsübertragungen an die Privathaushalte, beide sind aber ebenso auch wesentliche Empfänger der Sozialbeitrags- und Steuerübertragungen von den Privathaushalten an den öffentlichen Bereich³⁸.

Die entsprechenden Größenordnungen werden deutlich, wenn man die Ausgaben der Landkreise und der kreisfreien Städte einerseits und der diesen durch Flächendeckung und Aufgliederung vergleichbaren Ortskrankenkassen andererseits gegenüberstellt. Die Ortskrankenkassen, die ihrerseits etwa die Hälfte des Gesamtvolumens der sozialen Krankenversicherung ausmachen, erreichten im Jahre 1979, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden, ein Ausgabenvolumen, das etwa zur Hälfte dem der Landkreise und kreisfreien Städte entsprach.

Sowohl die zwischen Krankenkassen und Kommunen bestehenden finanz- und versorgungswirtschaftlichen Verflechtungen wie auch die zwischen Krankenkassen und Kommunen bestehenden strukturellen und funktionellen Ähnlichkeiten wie Selbstverwaltung, Gemeinwirtschaftlichkeit, Regionalprinzip und Finanzausgleich lassen eine gleichwertige Untersuchung und Zusammenschau beider Bereiche als Faktoren der regionalen Wirtschaftsentwicklung sinnvoll und notwendig erscheinen.

Eine gleichwertige Untersuchung und Zusammenschau der Krankenkassen und Kommunen als Faktoren der regionalen Wirtschaftsentwicklung erscheint auch wegen der gleichartigen Betroffenheit beider Bereiche vom Finanzzentralismus in der Politik, vom sozio-ökonomischen Strukturwandel und vom institutionellen und sektoralen Konkurrenzkampf angezeigt.

Karte 1:
Hauptverwaltungen und Gebiete der Ortskrankenkassen 1982



Quelle: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): „Die Ortskrankenkassen im Jahre 1982“. — Bonn-Bad Godesberg 1983, S. 9.

Tabelle 2:
Ausgaben der Ortskrankenkassen sowie der Landkreise und der Kreisfreien Städte nach Bundesländern im Vergleich 1979

Gebiete	Ausgaben der Ortskrankenkassen ¹	Ausgaben der Landkreise und Kreisfreien Städte ²	Proportion Ortskrankenkassen/Landkreise und Kreisfreie Städte
	1979 Mrd. DM	1979 Mrd. DM	
Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz ³	9,0	14,3	1 : 1,6
Bayern	6,9	18,4	1 : 2,7
Hessen	3,6	8,7	1 : 2,4
Niedersachsen	4,2	11,0	1 : 2,6
Nordrhein-Westfalen ⁴	8,9	28,1	1 : 3,2
Saarland	0,8	0,4	1 : 0,5
Schleswig-Holstein	1,7	3,0	1 : 1,8
Zusammen	35,1	83,9	1 : 2,4

1 Krankenversicherungs- und Lohnfortzahlungsausgaben zusammen.
2 Verwaltungs- und Vermögenshaushalt zusammen.
3 Zusammengefaßt aus Vergleichbarkeitsgründen gegenüber den ebenfalls zusammengefaßten Ortskrankenkassenverbänden VdO Südwest und LdO Württemberg-Baden.
4 Umfaßt die eigenständigen, hier aber zusammengefaßten Ortskrankenkassenverbände VdO Rheinland und LdO Westfalen-Lippe.
Quelle: Deutscher Landkreistag (Hrsg.): „Einrichtungen der Kreise 1980 und regionalstatistische Informationen“. — Bonn 1980; ders.: „Kreise im Zahlenspiegel“. — Bonn 1982; Städtetag (Hrsg.): „Statistisches Jahrbuch Deutscher Gemeinden“. — Köln 1980 sowie Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn.

7. Gleiche Gefahren für die Investitionskraft der Krankenkassen und der Kommunalkörperschaften

So sehen sich Krankenkassen und Kommunen einer Politik des Bundes gegenüber, die bereits seit Ende der 60er, vor allem aber seit Mitte der 70er Jahre durch eine Entlastung des Bundes und eine entsprechende Belastung von Krankenkassen und Kommunen gekennzeichnet ist³⁹ und die mit der Selbstverwaltungsautonomie dieser Funktional- bzw. Territorialkörperschaften nicht mehr vereinbar scheint⁴⁰.

Insbesondere die seit einigen Jahren zum Zwecke der Eigenkonsolidierung vom Bund verfolgte Politik einer drastischen Sozialdämpfung bewirkt ihrerseits eine dramatische Destabilisierung der Krankenkassen und Kommunen insbesondere hinsichtlich ihrer Funktion als Träger öffentlicher Investitionen und damit auch eine dramatische Destabilisierung der Regionalwirtschaften.

Im Zuge dieser Sozialdämpfungspolitik der letzten Jahre kam und kommt es zunächst zu einem Zusammenwirken von Erhöhungen der Sozialbeiträge einerseits und einer direkten oder indirekten Verringerung der Sozialbezüge andererseits und damit zu einer gravierenden Schwächung der Kaufkraft der Privathaushalte⁴¹, die wegen der Umverteilungswirkungen der Geld- und Sachtransfers⁴² vor allem die Regionen mit niedrigerem Einkommensniveau bzw. mit überdurchschnittlich hohen Anteilen einkommensschwacher Haushalte trifft.

Durch solche dämpfungspolitisch bedingten Kaufkraftschwächungen werden in den besonders betroffenen Regionen die Ausgleichsanforderungen an die Krankenkassen bzw. an die Kommunen zumindest potentiell erhöht und damit deren Investitionskraft gemindert.

Zusätzlich haben gerade in solchen Gebieten die Einschränkungen der Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung die

davon unmittelbar abhängigen Zweige der Gesundheitswirtschaft in ihrer Umsatzentwicklung erheblich beeinträchtigt und nicht nur in ihrer Investitionskraft, sondern auch in ihrer Beschäftigungswirkung geschwächt. Diese Entwicklung hat sich insbesondere im Bereich des Kurwesens gezeigt.

8. Beispiel: Schwächung der Regionalwirtschaft durch den Kurwesenabbau

Die durch die Einsparungspolitik insbesondere ab Herbst 1982 bewirkte rückläufige Entwicklung bei der Zahl der Kurgäste und bei der Menge der Kurmittel haben zu einem deutlichen Beschäftigungsabbau in der Kurwirtschaft geführt⁴³. Dabei kann statisch derzeit nur der Beschäftigungsabbau in den Kurverwaltungen selbst aufgezeigt werden, der aufgrund der Besonderheiten im öffentlichen Dienst und in Verwaltungsorganisationen sicherlich gebremster verlaufen ist als in den Kurbetrieben selbst⁴⁴.

Besonders problematisch an diesem durch die Sozialdämpfungspolitik bewirkten Beschäftigungsabbau im Kurwesen ist der Umstand, daß hierdurch arbeitsmarktliche Problemgebiete mit mehrheitlich überdurchschnittlichen Arbeitslosenquoten betroffen sind⁴⁵. Die Beschäftigungslage hat sich in diesen Arbeitsmärkten durch den kostendämpfungspolitischen Abbau der Beschäftigung im Kurwesen deutlich verschlechtert.

Dieser Beschäftigungsabbau im Kurwesen trifft nicht nur gerade besonders schwache Arbeitsmärkte. Er schwächt auch einen Bereich der Gesundheitswirtschaft, der durch dezentrale Verstandortung relativ großer und fernversorgender Betriebseinheiten die regionalen Wirtschafts- und Arbeitsmarktstrukturen nachhaltig stützt.

Tabelle 3:
Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsabbau in den Arbeitsamtsbezirken von Kurorten bzw. in Kurverwaltungen 1981 – 1983

Arbeitsamtsbezirke/Kurorte ¹	Arbeitslosenquote Sommer 1983 — i.v.H. —	Beschäftigungsabbau Sommersaison 1981 - 1983 — i.v.H. —
Bahn Zwischenahn	15,2	15,5
Bad Pyrmont	12,1	19,5
Bad Nenndorf	12,0	17,9
Bad Essen	11,9	25,0
Bad Münster a. St.	11,2	15,7
Bad Gandersheim	10,9	31,7
Bad Waldliesborn	10,9	24,2
Bad Lippspringe	10,7	18,5
Bad Oeynhausen	10,6	10,2
Bad Meinberg	10,5	31,3
Bad Driburg	10,5	19,7
Bad Salzuflen	10,5	26,9
Bad Harzburg	10,3	15,7
Bad Steben	9,3	18,4
Bad Füssing	9,2	15,2
Bad Orb	8,5	42,1
Bad Salzschlirf	8,5	28,5
Bad Bertrich	7,8	22,9
Bad Nauheim	7,7	14,3
Bad Schwalbach	6,9	12,6
Bad Reichenhall	6,8	4,8
Bad Krozingen	6,7	16,5
Bad Bellingen	5,1	21,7
Wildbad	4,5	18,1
Bad Homburg v.d.H.	keine Angaben	9,4
Bad Neuenahr	keine Angaben	23,8
Bad Wiessee	keine Angaben	30,2
Bundesdurchschnitt/Kurorte zusammen	8,7	21,1

1 Mineral- und Moorbäder, ohne Kurorte mit im Berichtszeitraum neu errichteten Kurkliniken.
Quelle: Deutscher Bäderverband e.V.: „Die Entwicklung des Kurwesens in den Mineral- und Moorbädern sowie in den Kneippheilbädern und Kneippkurorten in der Bundesrepublik Deutschland Januar 1981 bis Juni 1983“. — Bonn, September 1983, Tabelle 11.

Solche ungünstigen Auswirkungen der Sozialdämpfung auf die Krankenkassen bzw. die Kommunen und damit auch die Regionalwirtschaft werden zusätzlich durch die zentralisierenden Finanzmanipulationen des Bundes verstärkt, die unter dem Stichwort „Verschiebebahnhof“ in der Öffentlichkeit diskutiert werden.

9. Finanzzentralismus des Bundes belastet Krankenkassen und Kommunkörperschaften

Diese zentralisierenden Finanzmanipulationen dienen dabei der Entlastung des Bundeshaushaltes durch Verringerung seiner Zuschu pflichten zu den Sozialhaushalten der Träger der Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Diese Verringerung der Zuschu pflichten des Bundes wird durch Lastenverschiebung zwischen den Sozialhaushalten und den Kommunal-

haushalten erreicht. So wurde bereits Ende der 70er Jahre der Bundeshaushalt indirekt dadurch entlastet, daß die Beitragszahlung der Rentenversicherung an die Krankenversicherung für die Krankheitskosten der Rentner gesenkt wurde und diese Mehrbelastung der Krankenkassen durch einen Finanzausgleich zwischen den Kassenarten verteilt wurde⁴⁶.

Seit Beginn der 80er Jahre folgten dann rasch aufeinander Finanzmanipulationen des Bundes, bei denen jeweils die Zuschu zahlungen des Bundeshaushaltes an die Renten- bzw. Arbeitslosenversicherung gekürzt und die dabei entstehenden Mehrbelastungen der Sozialversicherungsträger zwischen der Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung hin- und hergeschoben wurden⁴⁷. Dabei wurde auf einen zeitweilig beabsichtigten Finanzausgleich zwischen den Kassenarten zur Bewältigung der die soziale Krankenversicherung betreffenden Mehrbelastung verzichtet und statt dessen die schon Ende der 70er Jahre eingeleitete Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten weiter ausgebaut⁴⁸.

Insbesondere die ebenfalls seit Beginn der 80er Jahre zur Entlastung des Bundeshaushaltes eingeschränkten Leistungen der Arbeitslosenversicherung machten gleichlaufend ausgeweitete Leistungen der Sozialhilfe erforderlich, d. h. bewirkten eine Belastung der Kommunen⁴⁹.

Eine sowohl für Krankenkassen wie Kommunen unmittelbar und gemeinsam spürbare Belastung durch den Finanzzentralismus des Bundes ergibt sich im Bereich der bislang nicht angemessen geregelten Abdeckung des Pflegerisikos. Die vom Bund bislang gerade auch zur Vermeidung von Haushaltsverpflichtungen unterlassene Regelung des Pflegerisikos belastet die Krankenkassen vor allem dadurch, daß stationäre Pflegefälle in Akutkrankenhäusern versorgt werden und die dortigen Pflegekosten von den Krankenkassen zu tragen sind. Die Kommunen werden in wachsendem Maße durch die unterlassene Regelung des Pflegerisikos dadurch belastet, daß die Kosten für stationäre Pflegefälle in Pflegeheimen z. T. von der Sozialhilfe getragen werden müssen⁵⁰.

Gemeinsam betroffen waren auch die Krankenkassen und die Kommunen von der ebenfalls den Bundeshaushalt indirekt entlastenden Entscheidung der Arbeitslosenversicherung, für Arbeitnehmer, die von den Arbeitskämpfmaßnahmen in der ersten Jahreshälfte des Jahres 1984 indirekt betroffen waren, kein Kurzarbeitergeld zu bezahlen. Sowohl Krankenkassen wie Kommunen hatten aus diesem Grunde verminderte Beitragseinnahmen bzw. vermehrte Krankmeldungen bzw. vermehrte Sozialhilfeanträge zu verkraften. Solche Belastungen häuften sich dabei wiederum gerade in Regionen mit schon hoher Arbeitslosigkeit und geringerer Wirtschaftstätigkeit⁵¹.

10. *Strukturwandel in Wirtschaft und Gesellschaft bedroht die Finanzierungsgefüge von Krankenkassen und Kommunalkörperschaften*

Neben solchen kassen-, kommunal- und regionalwirtschaftlich ungünstigen Auswirkungen der finanzzentralistischen Eigenkonsolidierung des Bundes sehen sich die Krankenkassen wie auch die Kommunen einer ebenso dramatischen Erosion ihrer Finanzierungsgefüge durch den Strukturwandel in Gesellschaft und Wirtschaft ausgesetzt.

Zunächst ergibt sich für die gesetzlichen Krankenkassen das Problem, daß nach einer langen Periode stetiger horizontaler Ausweitung des erfaßten Personenkreises, verbunden allerdings mit einer wachsenden Aufgliederung der Kassenarten in Reichsversicherungs- und Ersatzkassen, nunmehr eine Periode der beschleunigten vertikalen Einschrumpfung des erfaßten Personenkreises anbricht; dies infolge einer möglichen Aufgliederung der abhängig Beschäftigten in wachsende Gruppen oberhalb und unterhalb der Versicherungspflichtgrenzen infolge vermehrter Teilzeitarbeit bzw. verstärkter Einkommenspolarisierung der Lohn- und Gehaltsarbeit⁵².

Ähnliche Probleme bestehen für die Kommunen darin, daß nach einer längeren Periode der verbesserten horizontalen Mischung der gewerblichen und der erwerblichen Steuerquellen, d. h. der Gewerbe- und der Einkommensteuertatbestände, verbunden allerdings mit einer wachsenden Abhängigkeit der Kom-

munen von Ländern und Bund, nunmehr eine Periode der beschleunigten vertikalen Austrocknung der Steuerquellen anbricht. Dies infolge einer zunehmenden Freistellung von Gewerbebetrieben von der Gewerbesteuerpflicht durch Erhöhung der Freibetragsgrenzen sowie vor allem infolge eines vergleichsweisen Anwachsens des nichtgewerbesteuerpflichtigen freiberuflichen Dienstleistungssektors⁵³.

Mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturwandel ist aber für die Krankenkassen bzw. die Kommunen auch noch aus anderen Gründen eine dramatische Erosion ihrer Finanzstrukturen verbunden. Gemeint sind die selektiven Wanderungen von Bevölkerung und Arbeitsplätzen bzw. von Erwerbsarbeit und Anlagekapital.

Beide, sowohl die Krankenkassen wie auch die Kommunen, stehen vor der Schwierigkeit, daß besserverdienende bzw. besser gestellte Mitglieder bzw. Einwohner infolge der für sie bestehenden Wahlfreiheit der Kassenart bzw. Wahlmöglichkeit des Wohn- und Arbeitsortes in die sozial und finanziell attraktiveren Kassenarten bzw. in die umwelt- und wohnwertmäßig attraktiveren Landesteile oder Regionsteile überwechseln. Im Bereich der Krankenkassen wird diese sozial und regional selektive Mobilität als „Entsolidarisierung“, im Bereich der Kommunen als „Suburbanisierung“ bezeichnet⁵⁴.

Zusätzlich stehen die Krankenkassen und die Kommunen vor der Schwierigkeit, daß nicht nur ihre Mitglieder bzw. Einwohner, d. h. ihre Beitrags- und Steuerzahler, selektiv abwandern, sondern daß gerade auch die wachstumsfähigen unter den Industrie- und Dienstleistungsunternehmen aus den Kernstädten der Ballungsräume in die Umlandgemeinden abwandern und damit attraktive Beitrags- und Steuertatbestände in andere Hoheitsgebiete mitnehmen⁵⁵.

Sodann sehen sich die Krankenkassen und die Kommunen einem langfristigen Strukturwandel ihrer Einnahmen und Ausgaben auch noch aus anderen Gründen gegenüber: Bei den Krankenkassen wird die bisher fast ausschließlich aus dem Arbeitslohn bezogene Finanzierung durch die langfristig abnehmende Beschäftigung in der Volkswirtschaft in Frage gestellt und eine Mitbelastung der Anlagenabschreibung in Erwägung gezogen⁵⁶. Im Bereich der Kommunen ist mit der Gemeindesteuerreform des Jahres 1969 und mit der Steuergesetzgebung der 70er Jahre vor allem auch die Lohnkomponente der Gewerbesteuer, aber auch die Gewerbesteuer insgesamt als eine Hauptquelle der Kommunalfinanzen ausgeschieden⁵⁷. Dementsprechend wird an einen Ersatz dieser Steuerart durch eine kommunale Wertschöpfungssteuer gedacht, die in der einen oder anderen Weise auch die Anlagenabschreibung beinhalten würde⁵⁸.

11. *Risikostrukturpolitik der Krankenkassen und Siedlungs- und Gewerbestrukturpolitik der Kommunalkörperschaften als Versuche zur Erhaltung der Investitionskraft in der Region*

Ähnlich wie die Finanzierungsprobleme der Krankenkassen und der Kommunen sind auch die Lösungsversuche beider Bereiche für diese Finanzierungsprobleme. Die Krankenkassen bemühen sich um eine mittel- und langfristige Verbesserung ihrer Mitgliederstruktur vor allem hinsichtlich der Beitragskraft. Sie betreiben beitragsorientierte Risikostrukturpolitik⁵⁹. Die Kom-

munen bemühen sich um eine mittel- und langfristige Verbesserung ihrer Einwohner- und Gewerbestruktur hinsichtlich Einkommensteuer- und Gewerbesteuerkraft, sie betreiben einkommens- und gewerbesteuerorientierte Siedlungs- und Gewerbestrukturpolitik⁶⁰. Ziel ist in beiden Fällen eine Erhaltung der Investitionskraft der Krankenkassen und der Kommunkörperschaften.

Sowohl bei der Risikostrukturpolitik der Krankenkassen wie auch bei der Siedlungs- und Gewerbestrukturpolitik der Kommunen setzt sich der gesamtgesellschaftliche Strukturwandel, vor allem aber auch der finanzielle Druck des Finanzzentrismus, in einen harten Konkurrenzkampf der Kassen untereinander und der Kommunen untereinander um. Dieser Konkurrenzkampf bezieht sich auf die Gewinnung oder Haltung von Mitgliedern bzw. Einwohnern und Gewerbebetrieben⁶¹.

Problematisch ist an diesem Konkurrenzkampf, daß er im Bereich der Krankenkassen vor allem eine Übermacht der Gesundheitswirtschaft in ihrer Preisstellung gegenüber den Krankenkassen bewirkt⁶² und daß er im Bereich der Kommunen eine freiwillige Übernahme privater Produktionskosten in die kommunalen Infrastrukturkosten bewirkt⁶³.

Auch die gleichartige Betroffenheit von Krankenkassen und Kommunen von Finanzzentrismus, Strukturwandel und Konkurrenzkampf machen eine gleichwertige Untersuchung und Zusammenschau der sozialen Krankenversicherung und der kommunalen Gebietskörperschaften als Faktoren der regionalen Wirtschaft erforderlich, da sowohl die Risikostrukturpolitik der Krankenkassen und wie auch die Siedlungsstruktur- und Gewerbestrukturpolitik der Kommunen von hoher raumwirtschaftlicher Bedeutung sind.

Anmerkungen

* Der Autor ist Wissenschaftlicher Direktor der Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Marquartstein und Bonn.

1 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Lage und Entwicklung der Staatsfinanzen in der Bundesrepublik Deutschland“. In: BMF-Dokumentation, Bonn, 7. 8. 1975 und Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Schuldenstrukturpolitik des Staates“. In: BMF-Schriftenreihe, Bonn, März 1979.

2 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Lage und Entwicklung der Staatsfinanzen in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S. 5 ff. und S. 12 ff.

3 Lediglich in einem Gutachten zur Frage der Defizite öffentlicher Unternehmen werden solche Defizite dann als gerechtfertigt betrachtet, wenn damit positive regionalpolitische bzw. regionalwirtschaftliche Effekte erzielt werden. — Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft: „Kosten und Preise öffentlicher Unternehmen“. In: BMWI-Studienreihe, Bonn, o.J., S. 21 ff., bes. S. 23.

Auch wurde bereits im Jahre 1974 in einem Gutachten zur Regionalisierbarkeit der Konjunkturpolitik untersucht, welche finanzpolitischen Instrumente sich auch für regionalwirtschaftliche Zwecke einsetzen lassen. — Vgl. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität Köln: „Möglichkeiten und Grenzen einer Regionalisierung der Konjunkturpolitik“. — Köln 1974, S. 18 ff.

4 Vgl. Pilz, Frank: „Die Investitionslenkung im Sozialstaat der Bundesrepublik Deutschland“. — Göttingen 1983, S. 24 ff. und S. 75 ff. sowie Gablen, Bernhard: „Strukturpolitik und Soziale Marktwirtschaft“. In: Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin, Juni 1980.

5 Vgl. Lampert/Oettle: „Die Gemeinden als wirtschaftspolitische Instanzen“. — Stuttgart 1968 sowie Goeschel, Albrecht: „AOK — Ein Wirtschaftsfaktor“. In: AOK-Management, Frankfurt am Main 1-1984.

6 Vgl. Lampert/Oettle, a.a.O., S. 9 ff., 11 ff. und S. 14 sowie Littmann, Konrad: „Einführung“. In: Themenheft „Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems“ der Informationen zur Raumentwicklung, Bonn, 2/3-1978, S. 1 ff.

7 Vgl. Münstermann, Engelbert: „Das kommunale Finanzsystem — Ein Instrument der Raumordnungspolitik?“. In: Themenheft „Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems“, a.a.O., S. 149 ff. sowie Rehm, Franz-Karl: „Das kommunale Finanzsystem — ein Instrument der Raumordnungspolitik?“, ebda., S. 161 ff.

8 Vgl. Goeschel, Albrecht: „Raumordnungspolitik und Sozialversicherungssystem“. In: Der Landkreis, Köln, 3-1982; ders.: „Gesundheitswirtschaft und Arbeitsmarkt: Beitrag des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung“. In: Der Landkreis, Köln 4-1984; ders.: „Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen“. In: Raumforschung und Raumordnung, Köln 1-1984 sowie Henke, Klaus-Dirk: „Dezentralisierung im Gesundheitswesen“, o. J., S. 18 ff.

9 Vgl. Transfer-Enquete-Kommission: „Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland“. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. — Bonn 1981, S. 15 ff. und 24 ff.

10 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Lage und Entwicklung der Staatsfinanzen in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S. 3 ff., 5 ff. und 11 ff.

11 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Aussagefähigkeit staatswirtschaftlicher Quoten“. In: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.), „Bulletin“, Bonn, 30. 7. 1976, S. 849 ff. bes. S. 853 ff.

12 Vgl. Transfer-Enquete-Kommission, a.a.O., S. 20 und S. 279 ff.

13 Vgl. Meidner, Rudolf: „Die Expansion des öffentlichen Sektors“. Wissenschaftszentrum Berlin, Dezember 1979, S. 18.

14 Vgl. Vesper, Dieter: „Entwicklung und Struktur des Staatsverbrauchs 1961 bis 1974“. In: Vierteljahreshefte für Wirtschaftsforschung, Berlin, 1-1977, S. 33 ff. und 36 ff.; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: „Zur Entwicklung des Staatsverbrauchs“. In: DIW-Wochenbericht, Berlin 31-1977, S. 268 ff. sowie Gäfgen, Gérard: „Die Gesundheitsindustrie“. In: Rheinisches Ärzteblatt, 18-1982, S. 904 ff.

15 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zum Begriff der öffentlichen Investitionen“. In: BMF-Dokumentation, Bonn, 20. 5. 1980, S. 44 ff.

16 Auch für den Bereich der privaten Krankenversicherung und der privaten Versicherung überhaupt wurden in jüngster Zeit deren produktivitätsverbessernde und investive Funktionen herausgestellt. — Vgl. Lampert, Heinz: „Versicherung und volkswirtschaftlicher Kreislauf“. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Aachen, 13-1982, S. 189 ff.

17 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zum Begriff der öffentlichen Investitionen“, a.a.O., S. 23.

18 Vgl. ebda., S. 22 ff., bes. S. 28, S. 49 ff. und S. 66 ff.

19 Die entscheidende Funktion garantierter Konsekutivkostentragung für die Investitionsentwicklung im Bereich der Versorgungswirtschaft, d. h. die Investivfunktion gerade der laufenden Zahlungen der sozialen Krankenversicherung verdeutlicht eine Untersuchung des Ifo-Institutes über die Ursachen der geringen Investitionstätigkeit der Kommunen. Nach dieser Untersuchung ist es vor allem die Unsicherheit der Konsekutivkostenentwicklung, durch die sich die Kommunen von einer Investitionsausweitung in der Versorgungswirtschaft zurückgehalten sehen. — Vgl. Lenk, R.: „Folgekosten — Hauptursache geringer Eigendynamik kommunaler Investitionen“. In: Ifo-Schnelldienst, München 10-1979, S. 7 ff.

20 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Lage und Entwicklung der Staatsfinanzen in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S. 7 ff.

21 Dies ist wegen des Fehlens entsprechender Daten näherungsweise dadurch möglich, daß eine jahresdurchschnittliche Investitionsquote von 22 Prozent bei allen Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung angenommen wird, wie sie aus der Anlageinvestitionsquote der Gesamtwirtschaft für die Jahre 1970 bis 1980 abgeleitet werden kann. — Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): „Statistisches Taschenbuch 1983 — Arbeits- und Sozialstatistik“. — Bonn 1983, Nr. 1.3.

22 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Schuldenstrukturpolitik des Staates“, a.a.O., S. 60 ff., bes. S. 62.

23 Vgl. ebda., S. 61 ff.

24 Vgl. ebda., S. 62 ff.

25 Im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung werden daher die Investitionen der sozialen Krankenversicherung hilfsweise als Differenz zwischen dem Vermögen zum Beginn und Ende des Rechnungsjahres gezählt. — Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zum Begriff der öffentlichen Investitionen“, a.a.O., S. 15.

26 Vgl. Stern/Burmeister: „Die kommunalen Sparkassen“. — Stuttgart 1971, S. 28 ff.

27 Vgl. ebda., S. 26 ff.

28 Vgl. BSG-Urteil vom 16. 11. 1978 (3RK 29/76), DSG Bd. 47, S. 148.

29 Vgl. Stern/Püttner: „Die Gemeindefinanzwirtschaft“. — Stuttgart, 1965, S. 11 ff.

30 Vgl. Statistisches Bundesamt: „Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1980“. — Stuttgart 1982, S. 19 ff.

31 Vgl. Henke, Klaus-Dirk, a.a.O., S. 25 ff., bes. S. 28.

32 Dabei ist die kommunale Selbstverwaltung verfassungsrechtlich garantiert, während selbst die Grundrechtsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung umstritten ist. — Vgl. Stern/Burmeister, a.a.O., S. 47 ff. und Schmidbauer, Gertraud: „Verfassung und soziale Krankenversicherung“. In: Pharmazeutische Zeitung, Frankfurt a. Main, 3. 11. 1983 sowie Soell, Hermann: „Die Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Möglichkeiten ihrer Verringerung aus verfassungsrechtlicher Sicht“. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): „Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung“. — Bonn 1980, S. 43 ff.

33 Vgl. Stern/Burmeister, a.a.O., S. 21 sowie Soell, Hermann, a.a.O., S. 51.

34 Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: „Die Ortskrankenkassen: Eine gemeinwirtschaftliche und selbstverwaltete Unternehmensgruppe“. — Marquartstein 1984 sowie Stern/Püttner: „Die Gemeindefinanzwirtschaft — Recht und Realität“. — Stuttgart 1965, S. 8 f., 96 ff.

35 Vgl. Widhofer-Mohnen, Elgin: „Regionales Sparkassenwesen und kommunale Gebietsreform“. Dissertation, Köln 1979, S. 14 ff.

36 Vgl. die §§ 226 und 231 der Reichsversicherungsordnung sowie die Sparkassengesetze der Bundesländer.

37 Vgl. Bauer, Guntram: „Welche Chancen bietet das Konzept des Finanzausgleichs in der GKV für eine regional angemessene Beitragsbelastung“. Vortrag vor der Ev. Akademie Tutzing, Nov. 1981; Huppertz/Jaschke: „Bundesweiter kassenartübergreifender Finanzausgleich in der GKV — eine Attacke gegen das gegliederte System?“. In: Sozialer Fortschritt, Bonn, 11-1982, S. 263 ff. sowie Rottmann, Joseph: „Regionalpolitik und kommunaler Finanzausgleich“. In: Themenheft „Räumliche Perspektiven des kommunalen Finanzsystems“ der Informationen zur Raumentwicklung, Bonn, 6/7-1983, S. 503 ff.

38 Vgl. Transfer-Enquete-Kommission, a.a.O., S. 21 ff., bes. S. 26 ff. sowie S. 62 ff. Ein Mangel der dortigen Darstellung besteht darin, daß die Transfer-Enquete-Kommission nur die Realtransfers vom Staat auf die Privathaushalte, aber nicht die Realtransfers der Privathaushalte auf den Staat, wie sie etwa im Bereich der Wehrpflichtgesetzgebung und der Sicherstellungsgesetzgebung festgelegt sind, erfaßt.

39 Vgl. Adamy/Steffen: „Finanzierungsprobleme der Sozialversicherung in der Wirtschaftskrise“. In: Sozialer Fortschritt, Bonn, 9-1982, S. 206 ff. sowie Bückmann, Walter: „Planung, Kreditbeschränkung und kommunale Selbstverwaltung“. In: Archiv für Kommunalwissenschaft, Stuttgart, 1-1974, S. 63 ff. sowie Ewringmann, Dieter: „Das kommunale Finanzsystem unter Veränderungsdruck“. In: Themenheft „Räumliche Perspektiven des kommunalen Finanzsystems“ der Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 6/7-1983, S. 371 ff., bes. S. 377 ff. und S. 380.

40 Vgl. Stern/Burmeister, a.a.O., S. 18 ff.

41 Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 31. 12. 1983 sowie Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: „Restriktionspolitik behindert wirtschaftliche Erholung“. In: DIW-Wochenbericht, Berlin, 38-1983, S. 463 ff.

42 Vgl. Transfer-Enquete-Kommission, a.a.O., S. 13 ff.

43 Vgl. Deutscher Bäderverband e.V. (Hrsg.): „Die Entwicklung des Kurwesens in den Mineral- und Moorbädern sowie in den Kneippheilbädern und Kneippkurorten in der Bundesrepublik Deutschland von Januar 1981 bis Juni 1983“. — Bonn, September 1983, S. 29 ff.

44 Vgl. ebda., S. 29.

45 Vgl. ebda., S. 30.

46 Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 14. 12. 1977 und vom 10. 5. 1982.

Umgekehrt hat der Bund seine bereits Anfang der siebziger Jahre vom Bundessozialgericht festgestellte Zuschußpflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung bislang nicht angemessen geregelt. —

Vgl. Goeschel, Albrecht: „Der Staat soll den Kassen nicht in die Taschen greifen“. In: Ärzte-Zeitung, 1. 10. 1982.

47 Vgl. Adamy/Steffen, a.a.O., S. 212 ff. sowie Süddeutsche Zeitung, 30. 10. 1982.

48 Vgl. Adamy/Steffen, a.a.O., S. 209 ff. und S. 213 ff.; Handelsblatt, 31. 8. 1982 sowie Süddeutsche Zeitung, 26. 8. 1982 und 28. 8. 1982.

49 Vgl. Adamy/Steffen, a.a.O., S. 211 ff. sowie S. 215; Deutscher Landkreistag, Nachricht, Bonn, 10. 11. 1982; Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20. 12. 1982; Handelsblatt, 23. 7. 1982, Rheinische Post, 13. 7. 1984; Süddeutsche Zeitung, 13. 1. 1983 und 26./27. 5. 1984.

50 Vgl. Bauer, Guntram: „Finanzwirtschaftliche Abdeckbarkeit des Pflegefallrisikos in der gesetzlichen Krankenversicherung“. In: Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden, 6-1982, S. 366 ff.; Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: „Information“, Bonn, 7. 2. 1980; Handelsblatt, 23. 7. 1982; Süddeutsche Zeitung, 30. 11. 1981 und 22. 7. 1982 sowie Niedersächsisches Ärzteblatt, Hannover, 19/1982, S. 685 ff.

51 Vgl. Handelsblatt, 28. 5. 1984, 29. 5. 1984 und 30. 5. 1984.

52 Vgl. Süddeutsche Zeitung, 24. 8. 1984 sowie Huppertz/Siedenberg: „Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung“. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. — Bonn 1980, S. 89 ff.

53 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Reform der Gemeindesteuern in der Bundesrepublik Deutschland“, a.a.O., S. 47 ff.

54 Vgl. Oldiges, Franz Josef: „Zentral oder dezentral — was ist die ordnungspolitische Antwort?“. In: die Ortskrankenkasse, Bonn 11-1984, S. 425 ff.; Huppertz, Paul-Helmut: „Wie ungleich ist die regionale Abgabelast im Gesundheitswesen?“. In: Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden, 9-1982, S. 529 ff., bes. S. 543 sowie v. Rohr, Hans Gottfried: „Änderung des Finanzbedarfs zwischen Kernstadt und Umlandgemeinden bei anhaltender Suburbanisierung“. In: Themenheft „Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems“ der Informationen zur Raumentwicklung, Bonn, 2/3-1978, S. 93 ff. und Fischer et al.: „Nutzungsverlagerung und die Auswirkungen auf die kommunalen Einnahmen von Kernstadt und Umland“. In: Themenheft „Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems“, a.a.O., S. 81 ff.

55 Vgl. v. Rohr, Hans Gottfried, a.a.O., sowie Goeschel, Albrecht: „Ökonomische, soziale und politische Herausforderungen an die soziale Krankenversicherung“. Vortrag vor dem Gustav-Stresemann-Institut, Bergisch-Gladbach, Mai 1984, S. 9 ff. sowie Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Reform der Gemeindesteuern“. BMF-Schriftenreihe, Bonn, August 1982, S. 13 ff., bes. S. 16 ff.

56 Vgl. Bußmann, Ludwig: „Alternative Bemessungsgrundlagen für Sozialversicherungsbeiträge“. Hrsg.: Arbeiterkammer Bremen und Industrie- und Handelskammer Metall, Bremen 1981 sowie Huppertz/Siedenberg: „Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung“, a.a.O., S. 73 ff., S. 113 ff., S. 119 ff., S. 127 ff.

57 Vgl. Strauß, Wolfgang: „Räumliche Wirkungen der Gewerbesteuer“. In: Themenheft „Räumliche Perspektiven des kommunalen Finanzsystems“, a.a.O., S. 405 ff., bes. S. 409 ff. sowie Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Reform der Gemeindesteuern“, a.a.O., S. 10 ff.

58 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Gutachten zur Reform der Gemeindesteuern“, a.a.O., S. 57 ff.

59 Vgl. Siebeck, Theo: „Gliederung und Koordination — Kriterien für die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung“. — Bonn 1982, S. 54 ff. und S. 103 ff.

60 Vgl. Fischer et al.: „Siedlungsstrategien und kommunale Einnahmen“. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau, Bonn 1980, S. 13 ff. sowie Kirsch/Schubmann: „Kommunale Gewerbesteuerpolitik: Hebesatzpolitik versus gewerbesteuerorientierte kommunale Strukturpolitik“. In: Themenheft „Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems“, a.a.O., S. 105 ff.

61 Vgl. bspw. Strauß, Wolfgang, a.a.O., S. 412 ff.

62 Vgl. Huppertz/Siedenberg: „Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung“, a.a.O., S. 156 ff., bes. S. 166 ff.

63 Vgl. Strauß, Wolfgang, a.a.O., S. 412 ff.