

Soziale Sicherung: Ost – West

Wulf-Dietrich Leber

Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer deutschen Sozialunion

Die Debatte über eine Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung hat durch den unerwartet schnellen Einigungsprozeß beider deutscher Staaten eine überraschende Wendung genommen. Bislang wurden die Konzepte danach beurteilt, ob sie die Verwerfungen im Kassenwettbewerb, die Beitragssatzdifferenzen und die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten zu lösen vermochten. Jetzt aber müssen sich die Modelle zur Neuordnung der Kassenstruktur auch daran messen lassen, inwieweit sie sich zur Angleichung der Krankenversicherungssysteme von Bundesrepublik und DDR eignen. Der folgende Beitrag versucht, im komplexen Anforderungsgeflecht von Organisationsreform und Systemangleichung mögliche Konturen einer Sozialunion für den Bereich der Krankenversicherung zu skizzieren.

Die deutsche Sozialpolitik steht unter erheblichem Handlungsdruck. Aufgrund der fast überganglosen Einführung einer Wirtschafts- und Währungsunion muß als sozialpolitische Ergänzung quasi aus dem Stand eine Sozialunion geschaffen werden. In der Arbeitslosenversicherung, die bisher in der DDR völlig fehlte, wurden bereits konkrete Maßnahmen ergriffen; für die Rentenversicherung werden seit Beginn des Jahres ausführlich Konzepte diskutiert.¹

Die Krankenversicherung hingegen befindet sich in einem Dilemma: Einerseits ist ein zügiger Ersatz für das Krankenversicherungs- bzw. -versorgungssystem der DDR wünschenswert. Andererseits kann die unveränderte Übertragung der Kassengliederung auf die DDR nicht guten Gewissens empfohlen werden. Eine Übernahme der BRD-Kassenarten auf die DDR wäre zwar der schnellste Weg zum Aufbau wettbewerblicher Vielfalt in der DDR, aber das rational kaum mehr begründbare Durcheinander von regionalen, berufs-, betriebs- und statusbezogenen Gliederungsprinzipien entspricht weder den Anforderungen einer sozialen Versicherung, noch bietet es die Gewähr für einen funktionsfähigen Wettbewerb.² Ungleiche Wahlmöglichkeiten für Arbeiter und Angestellte im Verbund mit Beitragssatzdifferenzen schaffen verzerrte Wettbewerbschancen für die Krankenkassen

und ungerechtfertigte Belastungen für die Versicherten. Selbst bei Wahlfreiheit aller Versicherten würde aufgrund der zahlreichen Mitgliederkreisbeschränkungen keine effektive Wahlmöglichkeit³ und somit auch kein funktionsfähiger Wettbewerb bestehen. Zu alledem kommt noch ein ausgaben-treibender Finanzausgleichsmechanismus für die Ausgaben der Rentner.

Grundsatzentscheidung: Kassenvielfalt

Diese Mängel des gegliederten Systems lassen die Frage aufkommen, ob überhaupt Kassenvielfalt in der DDR eingeführt werden sollte. Die Frage kann schnell entschieden werden: Wenn ein einheitliches System am Ende des Annäherungsprozesses stehen soll, dann muß entweder die Kassenvielfalt in der Bundesrepublik abgeschafft oder in der DDR eingeführt werden. Da Kräfte zur Beseitigung der Kassenvielfalt in der Bundesrepublik derzeit nicht erkennbar sind, wird sie wohl auch in der DDR eingeführt werden.

Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die Abkehr von der Einheitsversicherung zugunsten eines Wahlmodells in der Bevölkerung der DDR Unterstützung findet. Das recht distanzierte Verhältnis der DDR-Bürger zu den FDGB-Funktionären in den Organen der DDR-Sozialversicherung und das neue Demokratieverständnis dürften wesentliche Antriebsfaktoren sein, den umfassenden Reformen im politischen Bereich eine Reform innerhalb der Sozialver-

sicherung folgen zu lassen und auch hier Wahlfreiheit einzuführen.

Wie aber die Kassenvielfalt einführen, ohne die Mängel des bundesrepublikanischen Systems zu übertragen? In der verbandspolitischen Diskussion werden derzeit zwei Lösungsstrategien angeboten. Der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) strebt eine zügige Einführung des SGB V in der DDR an und ignoriert die Verwerfungen im gegliederten System.⁴ Der Bundesverband der Ortskrankenkassen empfiehlt zunächst eine Neuordnung des Versicherungssystems in Form einer Einheitsversicherung in der DDR und sieht die Einführung von Kassenvielfalt und Wettbewerb erst nach Abschluß einer Organisationsreform in der Bundesrepublik vor.⁵ Beide Ansätze können nicht befriedigen.

Angesichts der mannigfaltigen Strukturbrüche in der DDR und der daraus resultierenden sozialen Verunsicherung ist es kaum verantwortbar, ein akut reformbedürftiges System⁶ unverändert zu übertragen. Es sollte deshalb für die DDR nur das übernommen werden, was auch in der Bundesrepublik als zukunftsweisend angesehen wird. Die Übernahme der Differenzierung in Arbeiter und Angestellte ist ebenso zu überdenken wie die bestehenden Finanzausgleiche. Empfehlenswert ist auf alle Fälle eine deutliche Anhebung der Kassenmindestgröße, die im übrigen nicht nur für den Gründungszeitpunkt gelten sollte.⁷ Ganz grundlegend muß der Einfluß der Versichertenstrukturen auf den Beitragssatz überdacht werden. Es dürfte den Versicherten der DDR schwer zu vermit-

Wulf-Dietrich Leber, Dipl.-Volksw., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bonn.

teln sein, wieso man ein System übernehmen soll, in dem Kassen mit hohen Grundlöhnen und jungen Versicherten vergleichsweise niedrige Beitragssätze und Kassen mit geringverdienenden und älteren Versicherten einen hohen Beitragssatz haben. Dies steht im deutlichen Widerspruch zum Anspruch einer sozialen Krankenversicherung, in der der Beitragssatz unabhängig von der Versichertenzusammensetzung der Kasse sein sollte.

Wie im einzelnen noch zu zeigen sein wird, ist aber ein Abwarten in der DDR bis zum Abschluß einer Organisationsreform keine sinnvolle Strategie. Die Reform der Kassenstrukturen in der Bundesrepublik und die Angleichung der Systeme müssen zeitgleich verlaufen; die Organisationsreform sollte integrativer Bestandteil der Sozialunion sein.

Die politischen und verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für eine Sozialunion sind noch ziemlich unbestimmt. Andererseits ist die Vereinigung der Krankenversicherungssysteme relativ unabhängig vom verfassungsrechtlichen Prozedere; sie wird auf alle Fälle in Stufen und mit längerer Anpassungszeit vorzunehmen sein. Erst am Ende wird eine gesetzliche Krankenversicherung mit einheitlichem Versicherten- und Beitragsrecht stehen. Zudem könnte im Verlaufe dieses Prozesses der »föderative Gehalt« der Sozialgesetzgebung erhöht und den einzelnen Bundesländern mehr Freiheiten bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eingeräumt werden. Es ist z.B. durchaus möglich, daß in den Versorgungsstrukturen (Krankenhäuser, Polikliniken, Ambulatorien) auch auf Dauer regionale Unterschiede bestehen bleiben.

Ein kurzer Blick auf das Sozialversicherungssystem der DDR verdeutlicht, wie groß der Anpassungsbedarf selbst dann ist, wenn man auf eine Vereinheitlichung der Versorgungsstrukturen verzichtet.

Grundzüge der DDR-Sozialversicherung

Die ehemals eigenständigen Sozialversicherungszweige (Renten-, Kranken- und Unfallversicherung) wurden schon früh durch Befehle der sowjetischen Militäradministration zu einer Einheitsversicherung zusammengefaßt.⁸ Seither gibt es einen einheitlichen, nach Versicherungszweigen nicht aufgespaltenen Beitragssatz mit umfassendem Versicherungsschutz. 1951 wurde die Verwaltung der Sozialversicherung in die Hände des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) übergeben. Für Versicherte, die nicht durch den FDGB vertreten werden (Selbständige, Handwerker, Mitglieder von Produktionsgenossenschaften), wurde ein gesonderter Sozialversicherungsträger geschaffen. Die gesamte Bevölkerung der DDR ist pflichtversichert und einem der beiden Versicherungsträger zugeordnet:

1. Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten beim FDGB (89 % der Bevölkerung),
2. Staatliche Versicherung der DDR (11 % der Bevölkerung).⁹

Das Leistungs- und Beitragsrecht der beiden Systeme ist weitgehend angeglichen.¹⁰

Die Ausgaben beider Sozialversicherungssysteme werden gedeckt durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sowie durch Zuschüsse aus dem Staatshaushalt. Bei den Beiträgen ist zu unterscheiden zwischen Pflichtbeiträgen (10 % des Bruttolohnes durch Arbeitnehmer und 12,5 % durch Arbeitgeber) und Beiträgen im Rahmen einer freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR). Durch FZR-Beiträge werden Zusatzrenten sowie erhöhte Leistungsansprüche bei Mutterschaft und im Falle von Krankengeldleistungen erworben.¹¹

Die Abweichung vom Prinzip der hälftigen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist auf die Lohnfortzahlung zurückzuführen. Anders als in der Bundesrepublik, wo in den ersten 6 Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt, wird in der DDR seit 1.1.1978 auch in den ersten 6 Wochen Krankengeld durch die Sozialversicherung gewährt. Im Rahmen dieser Umstellung wurde der Arbeitgeberanteil erhöht.

Der Finanzierungsanteil durch staatliche Zuschüsse ist im Verlaufe der Entwicklung deutlich gestiegen (Tabelle 1). Der sinkende Anteil der Pflichtbeiträge ist maßgeblich auf die niedrige, nicht dynamisierte Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 600 M zurückzuführen. Der Pflichtbeitrag eines Arbeitnehmers beträgt deshalb maximal 60 M je Monat für alle Leistungen der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung.

Eine Ausgliederung der Sozialversicherung aus dem Staatshaushalt bedeutet ungefähr eine Verdoppelung der Beitragsbelastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Dies wird einesteiils durch eine Erhöhung des Beitragssatzes zu erreichen sein, der gegenwärtig nur 22,5 % beträgt.¹² Andernteils ist zur Deckung der Ausgaben durch Beiträge eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erforderlich. Die Pflichtgrenze in Höhe von 600 M entspricht nur ca. der Hälfte der durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der Arbeiter und Angestellten. In der Bundesrepublik liegt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung bei ca. 180 % des Durchschnittseinkommens, in der Krankenversicherung bei ca. 135 %.¹³ Beim direkten Vergleich ist aber zu beachten, daß die meisten Arbeitnehmer FZR-Beiträge in Höhe von 10 % ihres über 600 M liegenden Einkommensanteils leisten, zu denen der Arbeitgeber ebenfalls 10 % abführt.¹⁴

Gravierende Unterschiede bei den Leistungsansprüchen zeigen sich im Bereich der stationären Pflege. Bei einer Eigenbeteiligung von nur 125 M je Monat wird in der DDR Aufenthalt in einem Pflegeheim gewährt. Großzügiger ausgebaut sind auch die Leistungen bei Mutterschaft. Zudem fehlen Selbstbeteiligungen im Krankenhaus, im Arzneimittelbereich und in der zahnärztlichen Versorgung.

Die Ausführungen über die Sozialversicherungsbeiträge vermitteln den Eindruck, als unterscheidet sich das System der DDR

Tabelle 1: Ausgaben und Finanzierungsanteile der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten

Jahr	Ausgaben in Mio DM	Finanzierungsanteil in %		
		Beiträge	davon Pflichtbeiträge	Zuschüsse aus dem Staatshaushalt
1970	12.187	65,2	64,8	34,7
1980	24.785	53,6	45,4	46,3
1988	31.110	52,9	39,6	47,0

Quelle: Eigene Berechnung nach: Winkler, G.: Zum System der sozialen Sicherung in der DDR, in: Arbeit und Sozialpolitik 2/1990, S. 48-53.

im wesentlichen durch eine aggregierte Kontenführung mehrerer Sozialversicherungszweige, durch einen stärkeren Staatszuschuß und umfassendere Leistungsansprüche.

Vom Versorgungs- zum Versicherungssystem

In der DDR kann im eigentlichen Sinne nicht von einer *Krankenversicherung* gesprochen werden, da zahlreiche klassische Funktionen einer Versicherung fehlen, insbesondere der Beitragseinzug, die Finanzhoheit und die direkte Finanzierung der Leistungserbringer. Die Beiträge fließen an der Sozialversicherung vorbei an das Finanzministerium, so daß das DDR-Versicherungssystem letztlich als steuerfinanziertes Versorgungssystem besser gekennzeichnet ist. Die Sozialversicherungsbeiträge sind nichts anderes als eine zusätzliche Steuerart.

Damit beginnen auch die eigentlichen Schwierigkeiten einer Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme. Die Krankenversicherungssysteme müssen nicht angeglichen werden, sondern erst einmal muß ein eigentliches *Versicherungssystem* in der DDR aufgebaut werden. Derzeit fehlen einnahmenseitig der Beitragseinzug und ein Meldeverfahren sowie ausgaben-seitig die finanziellen Beziehungen zu den Leistungserbringern. Da Gesundheitsleistungen bisher direkt via Staatshaushalt bereit gestellt werden, muß nun mit der Ausgliederung der Krankenversicherung aus dem Staatshaushalt die Einführung von Vergütungsformen einhergehen.

Konzeptionelle Schwierigkeiten ergeben sich u.a. dort, wo bundesdeutsche Vorbilder als ungeeignet angesehen werden oder nicht anwendbar sind. So müssen z.B. für die in der Bundesrepublik nicht bestehenden, aber gleichwohl erhaltenswerten DDR-Organisationsformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Polikliniken und Ambulatorien) neue Vergütungsformen entwickelt werden. Eine einfache Übertragung des bundesdeutschen, sehr stark auf den in Einzelpraxis niedergelassenen Arzt zugeschnittenen Kassenarztsrechts würde für diese DDR-spezifischen Versorgungsformen kei-

nen Raum lassen. Schwierigkeiten ergeben sich auch im stationären Bereich, wo eine Übertragung der Krankenhausfinanzierungsprinzipien der Bundesrepublik mit erheblichen Gefahren für eine kontrollierte Ausgabenentwicklung verbunden wäre.

Insgesamt ist der Übergang vom bestehenden Versorgungs- zu einem Versicherungssystem also mit erheblichen Umstellungen verbunden, für die die personellen Kapazitäten im DDR-Sozialversicherungssystem keinesfalls ausreichen. Es gibt – dem begrenzten Auftrag entsprechend – nur rund 5.500 Mitarbeiter in der DDR-Sozialversicherung, von denen wiederum nur ca. 2.000 dem Krankenversicherungsbereich zuzuordnen sind. Die Zahl der Mitarbeiter in den Krankenkassen der Bundesrepublik beläuft sich auf über 100.000!

Die einfache Gegenüberstellung der Mitarbeiterzahlen verdeutlicht, daß eine kurzfristige Umstellung des DDR-Versorgungssystems auf ein Versicherungssystem schon allein aufgrund der administrativen Schwierigkeiten nicht ohne Hilfestellung der bundesrepublikanischen Kassen zu bewerkstelligen ist. Die Hilfe einer einzigen Kassenart dürfte nicht ausreichen, den Umstellungsprozeß in der notwendigen Zeit zu bewältigen.

Folgt man dieser Einschätzung, so ist ein Stufenplan, der zunächst die Wiederherstellung einer eigenständigen gesetzlichen Krankenversicherung in der DDR vorsieht und in einem zweiten Schritt die

Einführung von Kassenvielfalt in der DDR, nicht geeignet, die Übergangsprobleme zu lösen.¹⁵ Die Trennung der Sozialversicherungszweige, Herauslösung aus dem Staatshaushalt und die Leistungsvergütung durch die Krankenversicherung wird *uno actu* mit der Einführung der bundesdeutschen Kassenvielfalt zu erfolgen haben.¹⁶ Klärungsbedürftig sind die Bedingungen, unter denen dies geschehen soll.

Kassenvielfalt und föderative Beitragsätze

Die gedanklich einfachste Lösung ist eine territoriale Ausweitung bestehender bundesdeutscher Kassen. Ein deutschlandweiter, mischkalkulierter Beitragssatz verbietet sich aber zunächst aus einem ganz einfachen Grund: Ein einheitlicher Beitragssatz ist nur zu rechtfertigen, wenn es einen identischen Leistungskatalog gibt – und davon ist zunächst nicht auszugehen. Für den Bereich der Pflege müssen Übergangsregelungen gelten; auch eine sofortige Übertragung von Festbeträgen, Härtefallregelung, etc. ist bei der Unterschiedlichkeit der Einkommensniveaus kaum tragbar.

Dasselbe Argument gilt auch bei formal gleichem Leistungsanspruch, aber faktisch unterschiedlichem Versorgungsniveau. Es widerspricht dem Gebot der Beitragssatzgerechtigkeit, wenn vergleichsweise schlechter versorgte Versicherte durch einen infolge von Mischkalkulation erhöhten Beitragssatz die Versicherten in besser versorgten Regionen subventionieren. Diese im Rahmen einer Mischkalkulation auftretenden Finanzströme seien näher erläutert.

Der Beitragssatz einer Kasse ergibt sich aus dem Verhältnis der Ausgaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme). Ist dieses Verhältnis regional unterschiedlich, so kommt es im Rahmen eines überregionalen, mischkalkulierten Beitragssatzes zu Umverteilungsströmen zwischen den Regionen: Einkommensstarke Regionen subventionieren die einkommensschwachen; Regionen mit niedrigem Ausgabeniveau subventionieren die Regionen mit hohen Ausgaben.¹⁷

Ein mischkalkulierter Beitragssatz zwischen Bundesrepublik und DDR würde zu unkontrollierten Finanzströmen innerhalb der Kassen führen. Wenn das Ausgaben-



Einer trage des anderen Last

Eulenspiegel/DDR

bzw. Leistungsniveau in der DDR niedriger ist als das der BRD, könnte es zu Finanztransfers von der DDR in die Bundesrepublik kommen, was der Angleichung des Lebensstandards in beiden Teilen Deutschlands zuwiderliefe.

Die Richtung des Finanzstromes wäre allerdings nicht zwingend. Bei niedrigem Lohnniveau in der DDR käme es in den mischkalkulierenden Kassen zu Belastungen in der Bundesrepublik, die durch Beitragserhöhungen aufgefangen werden müßten. Dies wiederum könnte Kassen davon abhalten, in der DDR tätig zu werden.

Problematisch ist vor allen Dingen, daß der Finanztransfer durch Mischkalkulation ungeordnet und kassenintern verläuft. Je nach Ost-West-Versichertenstruktur käme es zu Belastungen in einzelnen Kassen und Regionen, die kaum zu rechtfertigen wären.¹⁸

Gerade in der Übergangsphase, in der noch keine volle Niveauengleichung erreicht ist, sollte es deshalb keine deutschlandweiten, mischkalkulierten Beitragssätze geben. Auch für bundesrepublikanische Kassen, die gegenwärtig einen bundesweiten Beitragssatz haben, sollte es getrennte Beitragssätze für Bundesrepublik und DDR geben. Die in ganz Deutschland tätigen Kassen hätten dann eine einheitliche Verwaltungs- bzw. Selbstverwaltungsstruktur und eine föderative Beitragssatzstruktur.

Sonderfall: Großraum Berlin

Erwägenswert ist sogar die Erweiterung auf drei Beitragssätze: Bundesrepublik Deutschland, DDR und Großraum Berlin. In Berlin ist schon heute eine starke Mobilität zwischen den beiden Stadthälften zu beobachten. Spätestens dann, wenn in größerem Umfang Arbeitsverhältnisse im jeweils anderen Teil der Stadt begründet werden, würde eine künstliche Trennung zwischen West- und Ostberlin zu absurden Ergebnissen führen.¹⁹

Da ein schnelles Zusammenwachsen der Stadt, die gemeinsame Nutzung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen notwendig und wünschenswert macht, ist hier ein gesonderter Berliner Beitragssatz angezeigt. Die Ostberliner werden schneller das bundesdeutsche Versorgungsni-

veau erreichen als die übrige DDR. Es wäre nicht zu rechtfertigen, wenn die Versicherten der restlichen DDR dies im Rahmen eines mischkalkulierten Beitragssatzes mitfinanzieren müßten. Wenn auch die Festlegung von Beitragssatzregionen nie ohne Übergangsprobleme ist, so dürften diese bei einer Trennung Berlins vom Bundesgebiet geringer sein, als die Probleme einer Beitragssatzgrenze mitten durch Berlin.

Eine föderative Beitragssatzstruktur in deutschlandweiten Kassen schließt nicht aus, daß Leistungen im anderen Teil Deutschlands in Anspruch genommen werden. Es gibt z.B. innerhalb der Bundesrepublik trotz getrennter Beitragssätze »Leistungsimport- und -exporte« zwischen regional gegliederten Kassen. Die Leistungen werden immer derjenigen Kasse in Rechnung gestellt, in der der Patient versichert ist. Dies ist verzerrungsfrei, wenn die Leistungsvergütung kostengerecht ist.²⁰

Wenn die Kosten jeweils von der Kassenregion des Versicherten getragen werden, dann würden z.B. Leistungen der Berliner Charité oder des Herzzentrums nicht von den Berlinern allein getragen, sondern sich je nach Patientenherkunft im Beitragssatz von Berlin, Bundesrepublik oder DDR niederschlagen. Den jeweiligen Kassen obläge es auch, die Notwendigkeit und Angemessenheit der Leistungen zu prüfen. Somit könnte die Inanspruchnahme bundesdeutscher Einrichtungen durch DDR-Bürger gesteuert werden. In dem Maße, wie DDR-Bürger vom Leistungsniveau der Bundesrepublik profitieren, würden die DDR-Beitragszahler auch mit den entsprechenden Kosten belastet.

Die gegenseitige Inrechnungstellung macht auch das Gesundheitsabkommen zwischen Bundesrepublik und DDR vom 24.4.1974 weitgehend überflüssig.²¹

Vermeidung von Beitragssatzverzerrungen in der DDR

Eine getrennte Beitragssatzkalkulation löst das Problem von Beitragssatzverzerrungen zwischen der Bundesrepublik, Berlin und der DDR. Sie löst noch nicht die Verzerrungen, die innerhalb der DDR dadurch entstehen, daß bei Kassenvielfalt das Verhältnis von Ausgaben zu beitragspflichtigen Einnahmen in den einzelnen Kassen verschieden sein kann. Je nach Versiche-

tenzusammensetzung ergeben sich hohe oder niedrige Beitragssätze.

Es gibt im Grundsatz zwei Möglichkeiten, Beitragssatzverzerrungen aufgrund unterschiedlicher Versichertenzusammensetzung zu mindern:

1. Durch einen Versichertenstrukturausgleich werden auf der Grundlage von normierten Profilen Finanzmittel zwischen den Kassen so transferiert, daß weder die Finanzkraft der Versicherten noch deren objektiv erfaßbarer Finanzbedarf (nach Alter und Geschlecht) Einfluß auf den Beitragssatz der Kasse haben.
2. Die Ausgaben für Versichertengruppen, die sich ungleich auf Kassen verteilen und besonders hohe Aufwendungen verursachen, werden quasi per Umlage kassenübergreifend finanziert.

Die erste Option wird seit einigen Jahren unter dem Stichwort »Risikostrukturausgleich« diskutiert.²² Die zweite Option ist in der Bundesrepublik derzeit in Form des Ausgabenausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) realisiert.²³

Der KVdR-Ausgabenausgleich hat den Nachteil, daß nur diejenigen Verzerrungen ausgeglichen werden, die aus den Ausgaben für Rentner resultieren. Unterschiede bei anderen Versichertengruppen verzerren nach wie vor die Beitragssätze. Zudem mindert der Ausgleich die Wirtschaftlichkeitsanreize der einzelnen Kasse, weil alle ausgleichsfähigen Ausgaben über den Finanzausgleich refinanziert werden. Besonders bedenklich ist dies in einer Wettbewerbssituation: Da für die Kassen im Bereich der ausgleichsfähigen Ausgaben keine Möglichkeit besteht, durch Einsparungen Beitragssatzvorteile gegenüber den Konkurrenten zu erreichen, bleibt ihnen als Wettbewerbsparameter nur eine großzügigere Leistungsgewährung, die wiederum im Gesamtsystem zu Ausgabensteigerungen führt.

Eine Übertragung des KVdR-Ausgleichs auf die DDR ist aufgrund prinzipieller Bedenken gegen einen Ausgabenausgleich abzulehnen. Zudem würde die Übergangssituation die Probleme verschärfen, weil gerade im Prozeß des Herantastens an optimale Versorgungsstrukturen ein Finanzmechanismus, bei dem Mehrausgaben nicht zu erhöhten Beiträgen der einzelnen Kasse führen, mit erheblichen Gefahren für die Beitragssatzentwicklung verbunden wäre.

Ein Risikostrukturausgleich ist geeignet, die Verzerrungen aufgrund verschiedener Versichertenstrukturen zu reduzieren, ohne das dabei, die Anreize zur Wirtschaftlichkeit vermindert würden.²⁴ Da keine Kasse derzeit wissen kann, ob sie künftig in der DDR zu den Gewinnern oder Verlierern eines Ausgleichs gehören würde, dürften die Widerstände geringer sein als gegenwärtig in der Bundesrepublik. Um die DDR-Bevölkerung vor Risikoselektion zu schützen, sollte zeitgleich mit der Ausweitung bundesdeutscher Kassen ein Risikostrukturausgleich in der DDR eingeführt werden. Der administrative Aufwand ist vergleichsweise gering.

Niveauleichung

Eine gesonderte Beitragssatzkalkulation für die Region DDR und evtl. Berlin schafft im Verbund mit einem Risikostrukturausgleich die Voraussetzung für einen unverzerrten Kassenwettbewerb in der DDR. Eine Niveauleichung der Versorgungssysteme wird damit aber nicht erreicht. Ohne ergänzende Finanztransfers müßten die DDR-Bürger die Belastungen des Aufholprozesses alleine tragen – entweder in Form eines auch weiterhin nied-

ten Beitragssätze der DDR-GKV aus den relativen Anpassungsgeschwindigkeiten von Lohn- und Ausgabeniveau.²⁵ Steigen die Kosten schneller als die Löhne, so liegen die Beitragssätze über denen der Bundesrepublik. Bei 80 % des bundesdeutschen Ausgabeniveaus und einem Lohnniveau von 50 % steigt z.B. der Krankenversicherungsbeitrag auf beachtliche 20,80 %. Auch wenn der hohe Lohnkostenanteil im Gesundheitswesen für eine parallele Entwicklung von Ausgaben und Grundlohn spricht, gibt es Anzeichen für eine ungleichgewichtige Entwicklung:

- Beitragssatzsteigerungen ergeben sich, wenn das Einkommensniveau im Gesundheitswesen der DDR schneller steigt als das allgemeine Einkommensniveau. Dies ist nicht unwahrscheinlich, weil die Entgelte im »unproduktiven« Gesundheitsbereich bisher besonders niedrig gehalten wurden.
- Beitragssatzsteigernd würde sich auch Arbeitslosigkeit in der gewerblichen Wirtschaft bei relativ hohem Beschäftigungsstand im Gesundheitswesen auswirken.
- Im Bereich handelbarer Gesundheitsgüter (z.B. Pharmaka) könnte es schnell zu einer Anpassung an das hohe bundesdeutsche Preisniveau kommen.

zen gehalten werden. Es müßte geklärt werden, ob das Steueraufkommen der DDR zur Bereitstellung der Mittel ausreicht oder ob auch bundesdeutsche Deckungsmittel herangezogen werden müssen. Sieht man die Angleichung des Lebensstandards und eine maßvolle Beitragssatzentwicklung in der DDR als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an, so läßt sich daraus die Forderung nach über eine Soforthilfe hinausgehenden Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt ableiten, wodurch auch die PKV-Versicherten in die Finanzierung einbezogen würden.

Einer solche Forderung nach Bundeszuschüssen für die DDR-GKV mangelt es indes an Aussicht auf Erfolg. Die Kosten der Angleichung beider deutscher Staaten werden in vielen Bereichen aus dem Bundeshaushalt zu bestreiten sein, so z.B. im Umweltbereich, im Verkehrswesen, in anderen Bereichen der öffentlichen Infrastruktur (Telefon etc.) und nicht zuletzt in der Rentenversicherung. Selbst bei stark reduzierten Verteidigungsausgaben und umfangreicher Neuverschuldung bleibt kaum Raum für die Finanzierung der GKV.

Abgesehen von den mangelnden Erfolgsaussichten widerspricht die Forderung nach direkten Bundeszuschüssen auch einem grundlegenden Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Unabhängigkeit – insbesondere bezüglich parteipolitischer Einflußnahme – wesentlich auf der Unabhängigkeit von der staatlichen Haushaltspolitik beruht. Soll dies erhalten bleiben und soll gleichzeitig eine unzureichende Versorgung oder exorbitant steigende Beitragssätze in der DDR vermieden werden, dann muß nach Wegen gesucht werden, wie innerhalb der GKV Finanzmittel transferiert werden können.

Tabelle 2: GKV-Beitragssatz in der DDR in Abhängigkeit vom relativen Ausgaben- und Grundlohniveau

DDR-Grundlohn- niveau in % der BRD	DDR-Ausgabeniveau in % in der BRD					
	100	90	80	70	60	50
100	13,00	11,70	10,40	9,10	7,80	6,50
90	14,44	13,00	11,56	10,11	8,67	7,22
80	16,25	14,63	13,00	11,38	9,75	8,13
70	18,57	16,71	14,86	13,00	11,14	9,29
60	21,67	19,50	17,33	15,17	13,00	10,83
50	26,00	23,40	20,80	18,20	15,60	13,00

Quelle: Eigene Berechnungen.

Deutschlandweiter Ausgleich beitragspflichtiger Einnahmen

Ein »Überschießen« der DDR-Beitragssätze kann verhindert werden, wenn die Beitragssätze vom Lohnniveau in der DDR abgekoppelt werden. Dies könnte durch einen deutschlandweiten kassenübergreifenden Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen geschehen. Ein solcher Grundlohnenausgleich würde eine Situation herstellen, in der allen Kassen – und allen Regionen – die gleiche Grundlohnsymme je Versicherten zur Verfügung steht.²⁶ Die Beitragssätze in der DDR wären unabhängig vom relativen Einkommensniveau der DDR und nur noch abhängig von der Ein-

rigen Versorgungsniveaus oder in Form von hohen, über den bundesdeutschen Werten liegenden Beitragssätzen. Beides liegt nicht im gesamtdeutschen Interesse: Ein niedriges Versorgungsniveau verstärkt den Druck zur Übersiedlung, hohe Beitragssätze behindern die für den Angleichungsprozeß elementar wichtigen Investitionen in der DDR.

Tabelle 2 veranschaulicht mögliche Entwicklungspfade. Nimmt man für die Bundesrepublik ein Beitragssatzniveau von 13 % an, dann ergeben sich die dargestell-

Die wünschenswerte Angleichung des medizinischen Versorgungsniveaus führt in diesem Fall zum »Überschießen« der Lohnnebenkosten in der DDR. Die Folgen für Investitionstätigkeit und Beschäftigungsstand sind unschwer auszumalen.

Ein Überschießen der Beitragssätze läßt sich vermeiden, wenn der Übergang vom Versorgungs- zum Versicherungssystem schrittweise vollzogen wird. So könnten z.B. die Ausgaben der Kassen im stationären Sektor durch einen starken staatlichen Anteil im Rahmen einer dualen Finanzierung in Gren-

Tabelle 3: GKV-Beitragssatz in der Bundesrepublik und der DDR bei deutschlandweitem Grundlohn ausgleich in Abhängigkeit vom relativen Ausgaben- und Grundlohnniveau der DDR

DDR-Grundlohn- niveau in % der BRD	DDR-Ausgabenniveau in % der BRD					
	100	90	80	70	60	50
	BRD-Beitragssatz					
100	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00
90	13,33	13,31	13,28	13,25	13,22	13,19
80	13,68	13,63	13,57	13,51	13,45	13,38
70	14,05	13,97	13,88	13,78	13,68	13,58
60	14,44	14,32	14,20	14,06	13,93	13,79
50	14,86	14,70	14,53	14,36	14,18	14,00
	DDR-Beitragssatz					
100	13,00	11,70	10,40	9,10	7,80	6,50
90	13,33	11,98	10,62	9,28	7,93	6,59
80	13,68	12,27	10,86	9,46	8,07	6,69
70	14,05	12,57	11,10	9,65	8,21	6,79
60	14,44	12,89	11,36	9,85	8,36	6,89
50	14,86	13,23	11,62	10,05	8,51	7,00

Quelle: Eigene Berechnungen.

kommensentwicklung in Deutschland insgesamt. Im Gegenzug würde auch der bundesrepublikanische Beitragssatz von der gesamtdeutschen Einkommensentwicklung und damit u.a. vom Aufholprozeß der DDR bestimmt. Für einen solchen Grundlohn ausgleich spricht u.a. sein Reduktionsautomatismus: In dem Maße, wie sich das Lohnniveau in der DDR demjenigen der Bundesrepublik nähert, vermindern sich auch die Ausgleichszahlungen. Eine wiederholte Debatte über die Angemessenheit der Ausgleichszahlungen erübrigt sich.

Tabelle 3 verdeutlicht die Interdependenzen zwischen beiden Staaten für die oben dargestellten Entwicklungspfade der DDR. Der Grundlohn ausgleich eliminiert den einkommensseitigen Effekt, so daß im Beitragssatz das relative Ausgabeniveau zur Wirkung kommt:

- Korrespondierend zum Ausgabeniveau liegen die Beitragssätze der DDR unter denen der Bundesrepublik; ein Überschießen wird verhindert.
- Die Beitragssätze in der Bundesrepublik sind umso höher, je niedriger das DDR-Lohnniveau ist. Nach Abschluß des Aufholprozesses ist der Beitragssatz der Bundesrepublik unabhängig von der DDR (vgl. 100 %-Zeilen).
- Bei 50 % niedrigerem Versorgungs- bzw. Ausgabeniveau hat die DDR – unabhängig von ihrem Lohnniveau – einen um 50 % niedrigeren Beitragssatz als die Bundesrepublik (rechte Spalte).

- Im oben erwähnten Fall (80 %iges Ausgaben- und 50 %iges Lohnniveau in der DDR) liegt der Beitragssatz bei 11,62 und nicht bei 20,80 % (ohne Ausgleich). Der BRD-Satz liegt aufgrund der Ausgleichszahlungen bei 14,53 %.

Gegen einen Transfer in die DDR im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs könnte eingewendet werden, daß er den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gefährde. Dieser Einwand gilt jedoch nur in einer auf die Bundesrepublik beschränkten Betrachtungsweise, da das Ansteigen der Beitragssätze in der DDR auf 20 % kaum als Beitragssatzstabilität bezeichnet werden könnte. Gesamtdeutsch betrachtet verändert der GKV-interne Finanzausgleich den durchschnittlichen Beitragssatz nicht, da eine Erhöhung in der Bundesrepublik kompensatorische Senkungen in der DDR gegenüberstehen.

Die Auswirkung der dargestellten Finanzkraftbereinigung auf die Beitragssatzstruktur innerhalb der Bundesrepublik hängt von der konkreten Ausgestaltung des Ausgleichs ab. Ein Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen im Verbund mit einem Ausgleich von Alters- und Geschlechtsstruktur würde auch die Beitragssatzdifferenzen innerhalb der Bundesrepublik senken.²⁷ Alternativ besteht die Möglichkeit, alle Kassen mit einem gleichem Beitragssatzaufschlag zu belegen, beispielsweise einem »Lastenausgleichspunkt«.

Sozialrechtliche Einheit

Zusammenfassend wäre die Angleichungsphase der Sozialsysteme gekennzeichnet durch:

- Wiederherstellung einer eigenständigen GKV in der DDR mithilfe aller bundesdeutschen Kassenarten,
- föderative Beitragssätze, also getrennte Beitragssatzkalkulation für Bundesrepublik, DDR und evtl. Berlin,
- kein KVdR-Ausgleich in der DDR, sondern ein Risikostrukturausgleich,
- Niveauangleichung durch Bundeszuschüsse oder GKV-internen Finanztransfer.

Andere Anpassungen bis zur Vollendung der sozialrechtlichen Einheit können schrittweise erfolgen: die Angleichung der Leistungskataloge, der Aufbau einer Sozialgerichtsbarkeit, die Angleichung von Beitragsbemessungsgrenzen, Vergütungsformen, Festbeträgen, etc..

Der dargestellte Ordnungsrahmen vermeidet Mischkalkulation und reduziert dadurch direkte Auswirkungen der DDR-Umstellungsphase auf die bundesdeutsche Kassen- und Beitragssatzstruktur, deren Neuordnung parallel in Angriff genommen werden kann.²⁸ Die endgültige Ausgestaltung der Finanzausgleiche und die Frage, ob die föderative Beitragssatzstruktur der Angleichungsphase in ein System mit regionalen Beitragssätzen überführt wird oder ein System mit bundesweiter Beitragssatzkalkulation am Ende stehen soll, kann zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden.

Anmerkungen

- 1 Vgl. stellvertretend: Kolb, R., Ruland, F.: Die Rentenversicherung in einem sich einigenden Deutschland, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 3/1990, S. 141-153.
- 2 Vgl. als grundlegende Bestandsaufnahme und Kritik: Endbericht der Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestagsdrucksache 11/6380; zum Stand der Diskussion vgl. die Beiträge in der März/April-Ausgabe der Zeitschrift »Sozialer Fortschritt«.
- 3 Vgl. zum Widerspruch zwischen Mitgliederkreisbeschränkungen und Wahlfreiheit die Ausföhrung in: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG): Jahrestgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, hier Ziffer 570 – 581.
- 4 Vgl. Pressekonferenz vom 12.3.90 sowie die Leitlinien der Ersatzkrankenkassen zur Organisationsreform.

- 5 Vgl. Knieps, F., Orde, B., Tophoven, Ch. (AOK Bundesverband): Die deutsch-deutsche Entwicklung und mögliche Auswirkungen auf die AOK. Bonn 1990, hier: S. 22.
- 6 Sowohl die Bundesregierung als auch die Opposition haben für die nächste Legislaturperiode eine Organisationsreform angekündigt.
- 7 Gegenwärtig gilt für die Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen eine Mindestgröße von 450 Mitgliedern (§§ 147, 157 SGB V). Mehr als die Hälfte der Betriebskrankenkassen haben derzeit weniger als 2.000 Mitglieder. Für die Erfüllung der immer umfangreicher werdenden Aufgaben sowohl bei der Steuerung des Leistungsgeschehens als auch im Bereich der Beratung dürften hier die betriebswirtschaftlich sinnvollen Mindestgrößen deutlich unterschritten sein.
- 8 Vgl. zur Entwicklung der Sozialversicherung: Weser, H.: Versicherungs- und Beitragsrecht der Sozialversicherung in der DDR, Berlin 1979; Bundesministerium für innerdeutsche Beziehungen (Hrsg.): DDR-Handbuch, Bonn 1985, hier: Vortmann, H. Sozialversicherungs- und Versorgungswesen, S. 1226-1232.; Ruß, W. Die Sozialversicherung in der DDR, Frankfurt 1979; Rolf, H.: Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst? – Ökonomischer Effizienzvergleich der Gesundheitssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1975.
- 9 Die Abgrenzung der Versichertenkreise beider Träger entspricht nicht der Unterscheidung PKV/GKV in der Bundesrepublik. Es existiert kein Beamtenstatus in der DDR; Angestellte des Staates sind in der Regel beim FDGB versichert.
- 10 Ein genauer Blick zeigt jedoch eine erstaunliche Formenvielfalt. Durch Sondersysteme für bewaffnete Organe, Intelligenz etc. gibt es in der DDR z.B. über 20 verschiedene Alterssicherungssysteme.
- 11 Der Name Zusatz«renten«versicherung ist etwas irreführend, weil sich die Leistungsansprüche nicht nur auf Renten beziehen. Mehr als drei Viertel der Arbeitnehmer sind zusatzversichert, so daß fast von einer Regelversicherung gesprochen werden kann.
- 12 In der Bundesrepublik summieren sich allein die Beiträge für Kranken- und Rentenversicherung auf über 30 %, wobei zu berücksichtigen ist, daß der Sozialversicherungsbeitrag der DDR auch Krankengeldleistungen enthält, die bei einer Angleichung der Systeme aller Wahrscheinlichkeit nach als Arbeitgeberleistungen aus dem Sozialversicherungsbudget ausgegliedert würden.
- 13 Vgl. Kolb/Ruland a.a.O.
- 14 Die hälftige Finanzierung gilt nicht für alle Personengruppen. Angestellte im Staatsapparat zahlen nur 5 %, Pädagogen und bestimmte Teile der Intelligenz sind von eigener Beteiligung befreit. Vgl. Winkler, G.: Zum System der sozialen Sicherung in der DDR, in: Arbeit und Sozialpolitik 2/1990, S. 48-53.
- 15 Dies gilt umso mehr, wenn die zweite Stufe auf den unbestimmten Zeitpunkt »nach der Organisationsreform« festgelegt wird (vgl. Position des AOK-Bundesverbandes).
- 16 Eine zügige Einführung bundesdeutscher Kassen in der DDR würde auch die sofortige Lösung der Sozialversicherung vom FDGB sicherstellen.
- 17 Der Umfang dieser GKV-internen Umverteilung zwischen Regionen der Bundesrepublik bzw. zwischen Bundesländern ist noch weitgehend unbekannt, erreicht aber Größenordnungen des Bundesländer-Finanzausgleichs. Vgl. als Beispiel für eine erste Schätzung: Henke K.-D., Leber, W.-D. GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern – Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur, Hannover/Bonn 1989.
- 18 Ein Beispiel: Die Bundesregierung finanziert im Rahmen einer Anschubfinanzierung einen Teil der Kosten im stationären Bereich und verhindert auf diese Weise eine unerwünschte schnelle Erhöhung der Beitragssatzbelastung in der DDR. Bei Mischkalkulation fließt ein Teil dieser Gelder in Form von Beitragsentlastungen an die bundesdeutschen Versicherten der deutschlandweiten Kassen.
- 19 Die sonst eher marginalen Probleme der Zuordnung zum Wohn- oder Arbeitsort würden hier extreme Verwerfungen verursachen. Soll ein Ostberliner, der in Westberlin arbeitet, nur noch die Westberliner Gesundheitseinrichtungen benutzen? Soll ein Westberliner – und seine Familie – diese Einrichtungen nicht mehr benutzen dürfen, wenn er in der DDR arbeitet?
- 20 In der Bundesrepublik ist das im ambulanten Bereich der Fall. Im stationären Sektor kommt es durch die Mischkalkulation im allgemeinen, tageselektierten Pflegesatz zu einer Subventionierung der Umlandkassen.
- 21 Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Deutschen Demokratischen Republik auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. BGBl. II 1975 S. 1731-1733. Nach Artikel 3 dieses Abkommens haben Einreisende aus dem anderen Staat während ihres Aufenthalts Anspruch auf ambulante oder stationäre medizinische Hilfe. Ein Sozialversicherungsabkommen mit der DDR gibt es nicht.
- 22 Vgl. z.B. SVRKAiG JG 1988 Ziffern 211-220, JG 1989 Ziffern 338 – 360, JG 1990 544 – 569.
- 23 Für die Krankenversicherung der Rentner besteht in der Bundesrepublik seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 ein kassenübergreifender Ausgleich der Einnahmen und Ausgaben – finanztechnisch gesehen eine Einheitsversicherung. Das »KvDR-Defizit«, also der Teil der Ausgaben für Rentner, der nicht durch Beiträge von Rentnern gedeckt ist, wird von allen GKV-Mitgliedern als einheitlicher Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen finanziert. Dieser KvDR-Finanzierungsanteil ist Bestandteil eines jeden Beitragssatzes und beträgt zur Zeit rund 2,85 Prozentpunkte.
- 24 Beim Ausgleich der Finanzkraft wird jede Kasse so gestellt, als ob je Versicherten durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen (Grundlöhne) zur Verfügung stünden. Beim Ausgleich des Finanzbedarfs (Ausgleich der Alters- und Geschlechtsstruktur) werden die Mehr- oder Minderbelastungen ausgeglichen, die dadurch entstehen, daß die Versichertenstruktur einer Kasse vom allgemeinen Durchschnitt abweicht. Dabei wird mit normierten Werten ausgeglichen, so daß die Anreize zu sparsamer Mittelverwendung erhalten bleiben.
- 25 Beitragssatzberechnung in Tabelle 2 nach der »Basisgleichung«: $\text{Ausgaben} \cdot 100 / \text{Grundlohnsomme}$.
- 26 Ein Grundlohnausgleich je Versicherten gleicht auch die Verzerrungen durch unterschiedliche Mitversichertenquoten aus.
- 27 Ein konsequentes Gesamtmodell wäre denn auch der deutschlandweite Grundlohnausgleich mit Alters- und Geschlechtsstrukturausgleich getrennt für Bundesrepublik und DDR (sowie Berlin). In der DDR würde der Ausgleich alle Versicherten umfassen, in der Bundesrepublik (zunächst) nur die allgemeine Krankenversicherung.
- 28 Erste Maßnahmen müssen evtl. schon bald ergriffen werden: Wenn die geplante Einführung eines Eigenanteils an den Rentnerausgaben nicht zur Ausweitung der Beitragssatzdifferenzen führen soll, dann muß flankierend ein partieller Risikostrukturausgleich eingeführt werden.

TERMINE

3.-4. Mai 1990
in Münster:

52. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V. (ABA)

Info: ABA

Postfach 10 12 08
6900 Heidelberg 1

6.-11. Mai 1990
in Hamburg:

XII. Weltkongreß für Arbeitsschutz

Info: Kongreßsekretariat

Postfach 30 24 80
2000 Hamburg 36

15. Mai 1990
in Bonn:

Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherheit im europäischen Binnenmarkt

Info: Gesellschaft für Versicherungs-
wissenschaft und -gestaltung e.V.
Prälat-Otto-Müller-Platz 2
5000 Köln 1

15.-19. Mai 1990
in Würzburg:

93. Deutscher Ärztetag

Info: Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Str. 5
5000 Köln 41

30. Mai 1990
in Travemünde:

Hauptversammlung des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI)

Info: BPI

Karlstr. 21
6000 Frankfurt 1

5.-8. Juni 1990
in Berlin:

Ärztetagekongreß Berlin 90

Info: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung
Klingsorstraße 21
1000 Berlin 41

9.-12. Oktober 1990
in Frankfurt:

Die Modernisierung moderner Gesellschaften

Info: Deutsche Gesellschaft für Soziologie
Kongreßsekretariat Soziologentag
J.W. Goethe-Universität
Frankfurt
Postfach 11 19 32
6000 Frankfurt/M.