

Die Anpassung digitaler Hörgeräte erfolgt heute computergestützt am Bildschirm. Die wachsende Anzahl individuell einstellbarer Parameter erfordert zu deren Nutzung eine differenzierte Einstellung.

8. Ergebnisqualität wird kontrolliert

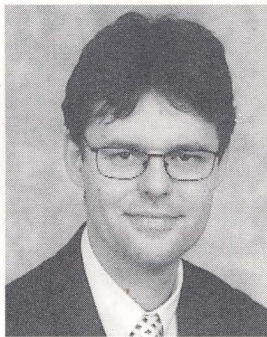
Die Schlussexpertise, welche durch die ärztlichen Experten/Expertinnen für die IV-Stelle vorgenommen wird, ermöglicht eine differenzierte Qualitätsbeurteilung der von den Hörgeräteakustikern/-akustikerinnen erbrachten Dienstleistung.

Fazit

Mit dem neuen Vertrag werden die Voraussetzungen für eine individuell differenzierte Hörgeräteversorgung aufgrund der medizinischen Indikation geschaffen. Durch den neuen Tarif können die Hörgerätepreise bedeutend gesenkt werden. Mit der Umstellung auf die medizinische Indikation ist eine zusätzliche Verringerung der Kosten der Sozialversicherungen zu erwarten. In einzelnen Versorgungslösungen können Kosteneinsparungen bis zu 30 % realisiert werden. Dennoch bedeutet der neue Tarif keine Sparmassnahme auf Kosten der Versicherten. Die von den Sozialversicherungen zugestandenen Preise dürfen zu keiner ungewollten Mehrbelastung der versicherten Personen führen. Mit dem neuen Tarif ist die Problematik der Hörgerätepreise nicht endgültig gelöst; auf dieser Grundlage ist es nun aber möglich, die Tarif- und Preisentwicklung statistisch bis hinunter zu den einzelnen Leistungserbringern zu erfassen und auszuwerten. —

Unterschätzte Wirkungen des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

1993 wurde der Risikoausgleich in der Krankenversicherung mit einem dringlichen Bundesbeschluss eingeführt. Die sich auf fünf Datenjahrgänge stützende Wirkungsanalyse zeigt auf, dass der Risikoausgleich die zu Beginn der Neunzigerjahre beobachtete Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken bzw. Alten und Jungen teilweise rückgängig machen konnte. Die Wirkungen des Risikoausgleichs waren daher in der Vergangenheit substanzieller, als dies in der jüngsten politischen Diskussion dargestellt worden ist. Trotz dieses Erfolgs ist der Risikoausgleich reformbedürftig, weil die geltende Ausgestaltung den Wettbewerb unter den Krankenversicherern verzerrt.



STEFAN SPYCHER, BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS, BERN

Der dringliche Bundesbeschluss, der den Risikoausgleich auf den 1. Januar 1993 einführt, verstand sich als «befristete Massnahme gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung». Unter Entsolidarisierung wurde insbesondere die Entwicklung verstanden, dass Kassen mit einer finanziell günstigen Versicherungsstruktur tiefe Prämien anbieten konnten und damit weitere Zuwanderungen von für sie vorteilhaften Versicherten auslösten. Auf der anderen Seite verblieben Versicherer mit relativ ungünstigen Kostenstrukturen («schlechten Risiken») und damit höheren Prämien. Die Solidarität zwischen Jung und Alt bzw. zwischen Gesunden und Kranken wurde dadurch zunehmend in Frage gestellt.

Die Einführung des Risikoausgleichs war mit der Absicht verbunden, dass sich die Prämien der Kassen mit günstigen Strukturen verteuern und jene mit ungünstigen Risiken verbilligen. Die Angleichung

der Prämien sollte die Wanderung der Versicherten beeinflussen. Die Wanderungen sollten sich – so die Absicht des Gesetzgebers – mittel- bis langfristig derart ändern, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Versicherer annähern (oder zumindest nicht mehr weiter auseinander entwickeln) und in der Folge der Risikoausgleich vielleicht auch nicht mehr notwendig wäre. Die Versichertenkollektive sollten also bei allen Versicherern letztlich in Bezug auf die Risikostrukturen «besser durchmischt» werden.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) führte den Risikoausgleich ins ordentliche Recht über und verankerte für die konkrete Ausgestaltung wichtige Rahmenbedingungen. Insbesondere soll der Risikoausgleich den kosten-senkenden Wettbewerb zwischen den Kassen möglichst wenig verzerren und behindern. Die Geltungsdauer des Risikoausgleichs ist befristet bis Ende 2005.

Die Wissenschaft formuliert die Ziele für den Risikoausgleich etwas anders. Sie fordert insbesondere, dass die Kassen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgrund des Risikoausgleichs keinen Anreiz zur Risikoselektion (bewusstes Auswählen kostengünstiger Versicherter) mehr haben. Risikoselektionen sind deshalb unerwünscht, weil sie Personen, welche schlechte Risiken darstellen, benachteiligen, weil sie Ressourcen binden, die für die Kostensenkungen eingesetzt werden könnten, und weil dadurch lediglich Kosten zwischen Versicherern verschoben, statt Kosten gesenkt werden.

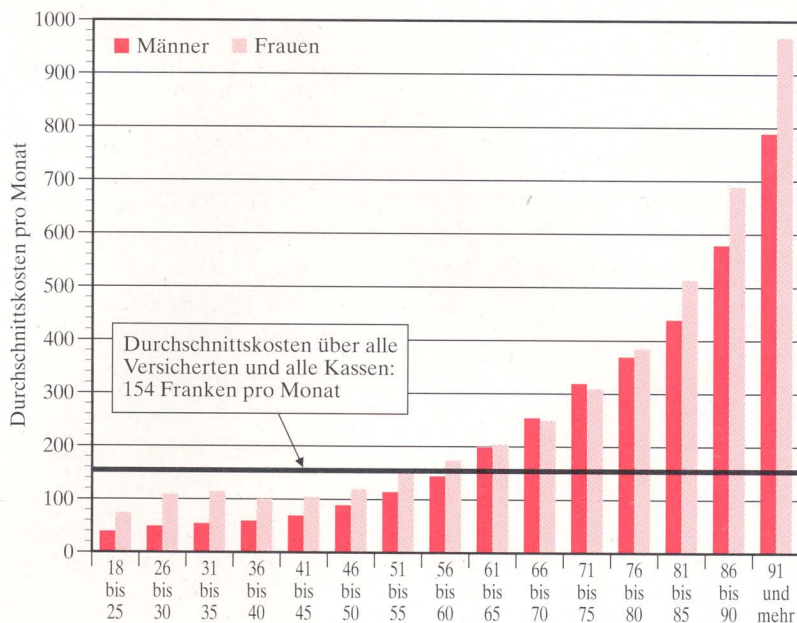
Funktionsweise des Risikoausgleichs

Die erwachsenen Versicherten werden für die Berechnung des Risikoausgleichs in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Die Versicherten im Alter zwischen 26 und 90 Jahren werden in Gruppen zu je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren. Es resultieren somit 15 Risikogruppen. Jede Altersgruppe wird zudem nach dem Geschlecht differenziert, so dass letztlich 30 Risikogruppen in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen. Die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht berücksichtigt.

Für jeden Versicherten/jede Versicherte in einer Risikogruppe wird berechnet, ob der Versicherer für ihn/sie einen Beitrag aus dem Risikoausgleich erhält oder eine Abgabe zahlen muss. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zuerst werden über alle Versicherten aller Kassen die Durchschnittskosten pro Kopf berechnet. Anschliessend werden die Durchschnittskosten pro Kopf in jeder Risikogruppe ermittelt. Berücksichtigt werden dabei alle Versicherten aller Kassen in dieser Risikogruppe. Die Differenz zwischen dem Durchschnittswert der Risikogruppe und dem Durchschnittswert über alle Versicherten ergibt die zu bezahlende Abgabe (bei einem negativen Vorzeichen) bzw. den gutzuschreibenden Beitrag (bei einem positiven Vorzeichen) pro Versicherten. Sind die Abgaben und Beiträge pro Kopf für jede Risikogruppe festgelegt, kann für jede Versicherung

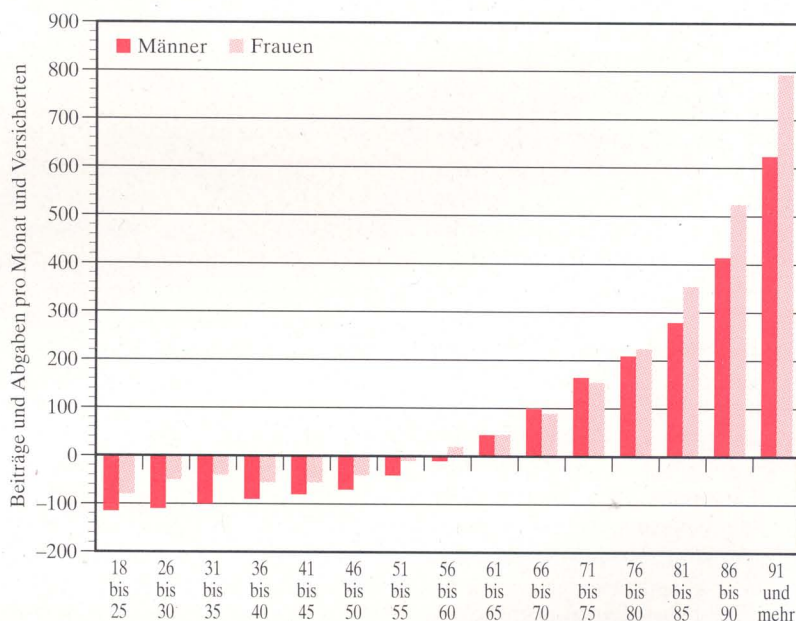
Durchschnittskosten pro Kopf nach Risikogruppen, Kanton Bern 1997

1a



Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen, Kanton Bern 1997

1b



Quelle: Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung, Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG

bestimmt werden, ob sie per Saldo in den Risikoausgleich einzahlt oder ob sie etwas bekommt.

Abbildung 1 illustriert die Verhältnisse für den definitiven Risikoausgleich 1997 im Kanton Bern. Als Illustrationsbeispiel wurde ein einzelner Kanton gewählt, weil der Risikoausgleich in allen Kantonen separat berechnet wird. In Abbildung 1a

werden die Durchschnittskosten pro Kopf für alle 30 Risikogruppen dargestellt. Es wird deutlich, dass die Durchschnittskosten mit zunehmendem Alter steigen. Mit Ausnahme von zwei Risikogruppen («66 bis 70» und «71 bis 75») lagen dabei die Durchschnittskosten der Frauen pro Kopf immer über denjenigen der Männer. Die Durchschnittskosten über alle

Das Brutto- und Nettovolumen des Risikoausgleichs 1993 bis 1997

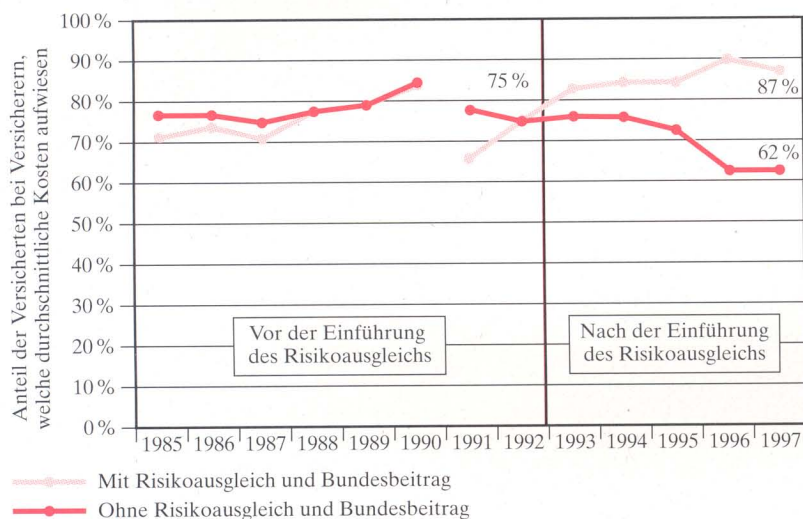
2

	1993	1994	1995	1996	1997
Bruttovolumen, in Mio. Fr. (1)	1650	1691	1856	2688	2899
Nettovolumen, in Mio Fr. (2)	284	315	356	530	532
Verhältnis (2) / (1)	17%	19%	19%	20%	18%

Quelle: Daten Gemeinsame Einrichtung KVG; eigene Berechnungen

Der Anteil der Versicherten bei Versicherern mit durchschnittlich teuren Risikokollektiven, mit und ohne Risikoausgleich und Bundesbeiträge, Schweiz, 1985–1997

3



Quelle: Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG (ab 1991) und des BSV (bis 1990)

Versicherten und alle Kassen belieben sich auf 154 Franken pro Monat oder auf 1845 Franken pro Jahr. Die Risikogruppen bis 55 Jahre wiesen pro Kopf tiefere Durchschnittskosten auf. Für Versicherte dieser Gruppen hatten die Kassen somit Abgaben zu bezahlen. In der Gruppe «56 bis 60» findet die Wende statt: Die Durchschnittskosten der Frauen liegen bereits über dem allgemeinen Durchschnitt, diejenigen der Männer noch knapp darunter.

Abbildung 1b zeigt die Beiträge und Abgaben pro Kopf nach Risikogruppen. Die grösste Abgabe hatten die Versicherer 1997 im Kanton Bern für die 18- bis 25-jährigen Männer zu bezahlen (115 Fr.). Den höchsten Beitrag erhielten sie für die über 90-jährigen Frauen (789 Fr.). Der netto zu bezahlende oder zu vergütende Betrag entspricht einer Saldoberechnung: Für die jungen Versicherten hat der Versicherer Abgaben zu leisten, für die älteren erhält er Beiträge. Die Risikoausgleichsformel ist so angelegt, dass

der Saldo über alle Versicherten Null ergibt. Das heisst, dass alle Versicherer, welche netto Abgaben zu bezahlen haben, genau dasjenige Volumen aufbringen, welches die Versicherer, welche netto Beiträge bekommen, insgesamt zugute haben («Nullsummenspiel»).

Das Umverteilungsvolumen

Wir unterscheiden zwischen dem Brutto- und dem Nettovolumen des Risikoausgleichs. Das *Bruttovolumen* entsteht durch die Addition aller Salden des Risikoausgleichs auf der Stufe der Risikogruppen. Was bedeutet dies? Jeder Versicherer hat Risikogruppen, für die er in den Risikoausgleich einzahlt, aber auch solche, für die er Beiträge erhält. Relevant für die Transfers zwischen den Versicherern ist die Nettoposition, also der kasseninterne Saldo über alle Risikogruppen hinweg. Bei der Berechnung des Bruttovolumens ignorieren wir die Kassengrenzen. Wir addieren über alle Kan-

tons- und Versicherergrenzen hinweg die Nettopositionen einer bestimmten Risikogruppe. Das Bruttovolumen ist somit ein Indikator dafür, welche Umverteilung der Risikoausgleich zwischen den verschiedenen Altersgruppen und den Geschlechtern unabhängig von den Kassengrenzen eigentlich auslöst. Das *Nettovolumen* entspricht der Summe derjenigen Beträge, welche tatsächlich an die Durchführungsstelle des Risikoausgleichs (an die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung KVG) einbezahlt und anschliessend an die Empfänger weitergeleitet werden. Wie erwähnt wird bei der Berechnung der Nettoposition eines Versicherers der Saldo zwischen Beiträgen und Abgaben über alle seine Risikogruppen hinweg gebildet («Clearing»). Diese Saldierung reduziert das Volumen. Für die praktische Durchführung ist dies durchaus sinnvoll.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Brutto- und Nettovolumen zwischen 1993 und 1997. Folgende Aspekte fallen auf:

- Die Bruttovolumen sind deutlich grösser als die Nettovolumen. Die letzte Zeile der Tabelle 2 zeigt, dass die Nettovolumen nur etwa 20% der Bruttogrössen ausmachen. Dies bedeutet, dass die eigentliche Umverteilung zwischen den Risikogruppen sehr viel grösser ist als diejenige, welche zwischen den Versicherern effektiv vorgenommen wird. 80% der Umverteilung läuft somit kassenintern ab. Bezieht man das Brutto- und Nettovolumen 1997 auf die in diesem Jahr entstandenen Kos-

Die Wanderungen der Versicherten bzw. die Fusionen der Kassen führten bisher nicht dazu, dass sich die Risikokollektive besser durchmischen haben.

ten, so machte das Bruttovolumen beträchtliche 28%, das Nettovolumen aber lediglich 5% aus. Die Bedeutung des Risikoausgleichs ist somit grösser als sie in der jüngsten Vergangenheit verschiedentlich dargestellt wurde.

- Die Zunahme der Ausgleichsvolumen seit 1993 ist markant. Das

Nettovolumen 1997 – das tatsächlich zwischen den Versicherern transfertierte Volumen – betrug gut ein- und einhalb Mal so viel wie 1993.

- Die Entwicklung zwischen 1993 und 1997 ist nicht linear. Vielmehr ist der Sprung zwischen 1995 und 1996 auffallend. Er kann zu 58 % auf die

Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs behindert die Verbreitung der neuen Versicherungsformen.

Veränderung des Berechnungssystems des Risikoausgleichs, zu 26 % auf den Wegfall der Bundessubventionen und zu 16 % auf die Kostensteigerungen zurückgeführt werden.

Die Zeitspanne, die seit der Einführung des Risikoausgleichs 1993 vergangen ist und welche für die Beurteilung der Wirkungen die Grundlage darstellt, ist eher kurz. Zudem ergaben sich gleichzeitig im Krankenversicherungsrecht weitere wichtige Veränderungen (z.B. galt zwischen 1993 und 1995 der dringliche Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, bzw. wurde 1996 das neue Krankenversicherungsgesetz eingeführt). Trotzdem lassen sich deutliche Tendenzen erkennen:

Entsolidarisierung teilweise gestoppt

Die Entsolidarisierung konnte gestoppt und sogar rückgängig gemacht werden, weil sich die Prämien der Versicherer deutlich angeglichen haben. Neben dem Risikoausgleich dürfte diese Entwicklung schwerkern durch den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung bewirkt worden sein.

Die Prämien werden primär durch die Kosten bestimmt. Haben sich diese daher auch angenähert? Bei der Beantwortung der Frage kommt es darauf an, ob die Kosten vor oder nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs bzw. der Bundesbeiträge (bis 1995) betrachtet werden. Rechnet man die staatlichen

Beiträge und Abgaben ein, so stellen wir fest, dass sich die Kostenstrukturen deutlich angeglichen haben.

Abbildung 3 zeigt, dass der Anteil der Versicherten, welche bei Versicherern unter Vertrag stehen, die Nettokosten pro Versicherten von $\pm 20\%$ rund um den generellen Mittelwert aufweisen, über die Jahre deutlich zugenommen hat. Der Risikoausgleich hat somit den gewünschten Effekt erzielt.

Betrachtet man aber die Kostenstrukturen ohne staatliche Beiträge und Abgaben, so entsteht ein anderer Eindruck: Die Risikoentmischung zwischen den Versicherern ging weiter. **Abbildung 3** zeigt, dass der Anteil der Versicherten bei Versicherern mit unkorrigierten durchschnittlichen Kosten von 75 % (1992) auf 62 % (1997) abgenommen hat. Die Wanderungen der Versicherten bzw. die Fusionen der Kassen führten bisher nicht dazu, dass sich die Risikokollektive besser durchmischen haben. Dieser Umstand stellt aber solange kein gravierendes Problem dar, wie der Risikoausgleich das entsprechende Korrektiv bildet. Wird dieses Korrektiv aufgehoben, so wird die Differenz zwischen den Risikokollektiven rasch zunehmen, weil die Risikoselektion den Kassen wieder entsprechende Vorteile versprechen würde.

Risikoselektionen ungebrochen

Risikoselektionen werden nach wie vor und sehr gezielt vorgenommen. Die Einführung des Risikoausgleichs nach den Faktoren Alter und Geschlecht brachte eine wesentliche Veränderung mit sich: Der Druck, bereits versicherte ältere Personen abzuschieben, wurde stark reduziert. Ganz generell dürfte sich aber das Verhalten gegenüber bereits versicherten schlechten Risiken wenig verändert haben, weil der Gesundheitszustand nicht Teil des Risikoausgleichs ist. Auch das Verhalten der Versicherer bei der Aufnahme von neuen Versicherten blieb weitgehend unverändert. Der Grund dafür sind folgende Zusammenhänge:

- Die meisten Versicherer sind primär am Geschäft im Zusatzversicherungsbereich interessiert, weil dort Gewinn erzielt werden kann. In der Grundversicherung müssen Gewinne für die Aufstockung der Reserven oder die Prämiensenkung

verwendet werden. Im Zusatzversicherungsbereich stehen für die Versicherer bei der Rekrutierung von Neuversicherten primär (gesunde) Junge im Zentrum. Zwar könnten sie auch bei älteren oder kranken Neuversicherten Gewinne erzielen, da risikogerechte Prämien erhoben werden können. Diese Prämien können aber – sofern keine Vorbehalte gemacht werden – so hoch werden, dass sie für die Versicherten nicht mehr attraktiv sind. Zudem wechseln die älteren Versicherten im Vergleich zu den jüngeren viel weniger häufig ihre Kasse.

- Im Zusatz- wie im Grundversicherungsbereich wird – sofern die Informationen verfügbar sind – neben dem Alter auch nach den Kriterien «Gesundheitszustand», «Einkommen», «Bildung» und «Urbanitätsgrad» selektioniert, obschon der Risikoausgleich die Risikoselektion in der Grundversicherung eigentlich verhindern sollte. Die Möglichkeit der Risikoselektion im Zusatzversicherungsbereich hat starke Auswirkungen auf den Grundversicherungsbereich, weil die meisten Versicherten die Grund- und Zusatzversicherung beim selben Versicherer abschliessen wollen.

- Die Auswirkungen der Selektion über den Zusatzversicherungsbereich wären dann weniger bedeutungsvoll, wenn der Risikoausgleich in der Grundversicherung die im Zusatzversicherungsbereich verwendeten Selektionsinformationen (insbesondere über den Gesundheitszustand) berücksichtigen würde. Dies ist aber heute nicht der Fall. Das geltende System des Risikoausgleichs berücksichtigt nur die Faktoren Alter und Geschlecht. Die Selektionsgewinne der Versicherer werden durch den Risikoausgleich somit nicht vollständig abgeschöpft.

Ungenügende Reduktion der Wettbewerbsverzerrungen

Hat der Risikoausgleich in der Vergangenheit den Wettbewerb und den Strukturwandel unzulässig behindert? Obschon diese Frage nicht explizit untersucht wurde, ergeben sich aus der vorliegenden Studie verschiedene wichtige Hinweise:

- a) Die theoretischen Analysen der Wirkung des Risikoausgleichs haben gezeigt, dass die Kostensparreize in jeder Risikogruppe erhalten bleiben. Es ist immer lohnenswert, billi-

ger als die anderen Versicherten zu sein. Allerdings können die kostensparenden Versicherten bzw. ihre Versicherten nicht vom ganzen Ausmass der Einsparung profitieren. Der heute geltende Risikoausgleich schöpft einen Teil davon ab.

b) Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs behindert die Verbreitung der neuen Versicherungsformen (HMO, Wahlfranchisen usw.), weil die davon betroffenen Versicherten zu stark zum Risikoausgleich beigezogen werden. Die Behinderung ist dabei bei kostengünstigen Versicherern noch grösser als bei kostenintensiven. In der Vergangenheit dürften die dadurch entstandenen Wettbewerbsbehinderungen nicht allzu gross gewesen sein, weil sich die neuen Versicherungsformen noch nicht sehr stark verbreitet haben.

c) Der heute geltende Risikoausgleich beruht nur auf den Risikofaktoren Alter und Geschlecht. Dies führt dazu, dass die Versicherer nach wie vor intensiv Risikoselektionen betreiben. Die dabei erfolgreichen Versicherer können sich Vorteile erarbeiten, welche den Wettbewerb unter den Versicherern unzulässig verzerren.

d) Der Strukturwandel in den letzten Jahren dürfte insgesamt durch den Risikoausgleich nicht behindert worden sein. Der Wandel war sehr intensiv (zwischen 1992 und 1997 gaben 39 % der Versicherer ihre selbständige Existenz auf). Davon betroffen waren insbesondere Versicherer mit überdurchschnittlich vielen schlechten Risiken.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass bisher die Kostensparanreize durch den Risikoausgleich nicht in erheblichem Mass beeinträchtigt worden sind. Anders sieht dies bei den Wettbewerbsverzerrungen aus. Der Risikoausgleich stellt ein notwendiges Element zur Korrektur der durch die unterschiedlichen Risikostrukturen entstehenden Wettbewerbsverzerrungen dar. Die unzureichende Ausgestaltung des Risikoausgleichs dürfte daher in der Vergangenheit die Wettbewerbsverzerrungen nicht vollständig korrigiert haben.

Reformen

Die vorgenommene Wirkungsanalyse führt zu einer Reihe von Reformvorschlägen. Die zwei wesentlichsten sind dabei:

- **Unbefristete gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs:** Wir empfehlen, den Risikoausgleich unbefristet zu verankern. Wichtiges Ziel des Risikoausgleichs ist die Beseitigung der Anreize zur Risikoselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das Aufheben des Risikoausgleichs würde – selbst wenn die Versicherer zum Zeitpunkt der Aufhebung vergleichbare Risikokollektive hätten – erneut zu starken Risikoselektionen führen. In der Folge würden sich die Risikokollektive wieder so auseinander entwickeln, wie dies zu Beginn der Neunzigerjahre der Fall gewesen ist. Weiter zeigt sich, dass sich die Bruttoreisikostrukturen (Kosten ohne Berücksichtigung der staatlichen Abgaben und Beiträge) in der Vergangenheit weit weniger angenähert haben, als dies der Gesetzgeber bei der Einführung des Risikoausgleichs vermutete.

- **Ausgleichsformel:** Wir empfehlen, die heute geltende Ausgleichsformel zu verbessern, weil sie zu Wettbewerbsverzerrungen führt und Risikoselektionen nur teilweise unterbindet. Es liegen heute bereits zahlreiche Vorschläge vor, wie der Risikoausgleich angepasst werden könnte. Allerdings ist davor zu warnen, den einen oder anderen Vorschlag vorschnell zu realisieren. Das Grundproblem liegt darin, dass ein aus wissenschaftlicher Sicht optimaler Risikoausgleich bisher – zumindest in Deutschland und der Schweiz – aufgrund mannigfacher praktischer Umsetzungsschwierigkeiten nicht realisiert worden ist (Probleme der Verfügbarkeit der Daten, der Verarbeitung der Daten und der Akzeptanz «technischer» Lösungen). Alle heute geltenden Risikoausgleichsformeln stellen daher eine mehr oder weniger gelungene Annäherung an das Optimum dar. Vor allem basieren sie auf den in der Vergangenheit effektiv realisierten Kosten. Wenn in einem solchen System weitere Faktoren in die Risikoausgleichsformel integriert werden, stellt dies neben der Verstärkung des Risikoausgleichs auch einen Schritt in Richtung eines vollständigen Finanzausgleichs dar. Je stärker der Finanzausgleich, desto kleiner sind aber die Kostensparanreize für die Versicherer. Die derzeit vorliegenden Reformvorschläge sollten daher in einem weiteren Schritt sorgfältig auf ihre Auswir-

kungen auf das Umverteilungsvolumen und auf die einzelnen Versicherer geprüft werden. —

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Forschungsbericht 1/1999

Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung erstellt durch das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern

250 Seiten. Bestellnummer 318.010.1/99d. Preis Fr. 29.80

Eine Kurzfassung (deutsch und französisch) ist in Vorbereitung. Sie wird gegen Ende Mai unter Bestellnummer 318.010.2/99 erhältlich sein.

Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern