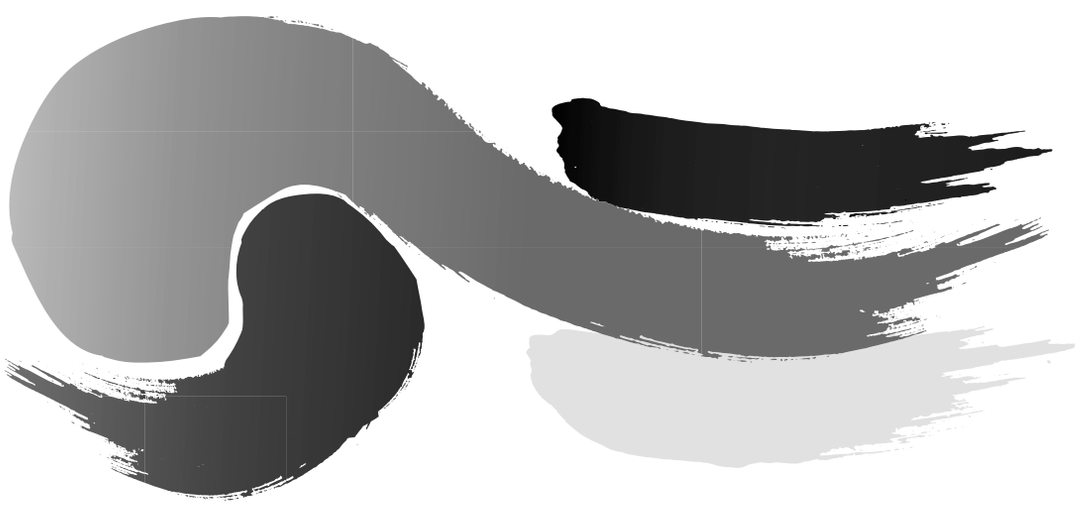
제9차

한독통일자문위원회

9. Sitzung des Deutsch-Koreanischen Konsultationsgremiums

2019.6.12.(수)~6.13.(목) | 평창 알펜시아 컨벤션센터



통일부
Ministry of Unification

목 차

SESSION 1.
한반도 상황과 독일의 접근정책 추진 과정

사회 **서 호** 통일부 차관

SESSION 1-1. **차문석,** 통일교육원 교수
한반도 정세 평가 및 전망 007

SESSION 1-2. **호르스트 텔칙,** 前 연방총리실 외교안보보좌관
독일 통일과정에서의 국제사회의 역할 027

SESSION 2.
동서독 관계의 긴장완화와 남북연락사무소

사회 **크리스티안 히르테,** 독일 경제에너지부 차관

SESSION 2-1. **한스-헤닝 카아저스,** 前 동독측 상주대표부 관계자
상주대표부의 임무와 직책 055

SESSION 2-2. **김창수,** 남북공동연락사무소 부소장
남북연락사무소의 역할과 비전 071

SESSION 3.
보건의료 분야 통합

사회 **크리스티안 히르테,** 독일 경제에너지부 차관

SESSION 3-1. **프랑크 플라테,** 연방보험청장
독일 통일 관련, 보건체계 구축과 재정 081

SESSION 3-2. **전우택,** 연세대학교 의과대학 교수
남북한의 보건 · 의료 현황 및 협력 추진 방향 127

SESSION 4.
인사관리를 중심으로 본 보건분야 통합 과정 및 한반도 적용

사회 **서 호** 통일부 차관

SESSION 4-1. **라이너 슈트리벨,** 작센 · 튀링겐 주 AOK PLUS 이사장
인사관리를 중심으로 본 공보험 체제 구축 157

SESSION 4-2. **하인츠-발터 크나크무스,** 연방공중보건의협회 부회장
인사관리를 중심으로 본 보건관청 구축 185

SESSION 4-3. **정창화,** 단국대학교 행정학과 교수
남북한 통일 이후 국가행정조직 재설계 방향(인사 중심) 209

INDEXIERUNG

SESSION 1. Moderator Vizeminister des Vereinigungsministerium **Suh Ho**

Aktuelle Lage auf der koreanischen Halbinsel und Prozesse der Annäherung in Deutschland

SESSION 1-1. **Moon-Seok Cha**, Professor beim Ausbildungszentrum für Wiedervereinigung
Einschätzung und Perspektiven zu aktuellen Entwicklungen auf der koreanischen Halbinsel 023

SESSION 1-2. **Horst Teltschik,** Außenpolitischer Berater von Bundeskanzler Helmut Kohl
Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im Prozess der Deutschen Einheit 037

SESSION 2. Moderator **Christian Hirte,** Der Parlamentarische Staatssekretär

Entspannung der innerdeutschen Beziehungen und das innerkoreanische Verbindungsbüro

SESSION 2-1. **Hans-Henning Kaysers,** Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR
Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Funktionen der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR 061

SESSION 2-2. **Chang-su Kim,** Stellvertretender Leiter des innerkoreanischen Verbindungsbüros auf Seiten des Südens
Rolle und Vision des innerkoreanischen Verbindungsbüros 075

SESSION 3. Moderator **Christian Hirte,** Der Parlamentarische Staatssekretär

Integration des Gesundheitswesens

SESSION 3-1. **Frank Plate,** Präsident des Bundesversicherungsamtes
Umbau des Gesundheitswesens und seine Finanzierung im Zusammenhang der Deutschen Einheit 095

SESSION 3-2. **Woo-Tak Jeon,** Professor an der Yeon-Se Universität
Gesundheitsstatus und Gesundheitskooperation in Süd- und Nordkorea 151

SESSION 4. Moderator Vizeminister des Vereinigungsministerium **Suh Ho**

Personalangelegenheiten im Prozess der Integration des Gesundheitswesens und Anwendung auf der koreanischen Halbinsel

SESSION 4-1. **Rainer Striebel,** Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS Sachsen und Thüringen
Aufbau der Krankenkassen unter besonderer Beachtung der Personalfragen 171

SESSION 4-2. **Heinz-Walter Knackmuß,** Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der ärzte des Öffentlichen Gesundheitdienstes
Aufbau der Gesundheitsämter unter besonderer Beachtung der Personalfragen 189

SESSION 4-3. **Chang-Hwa Jung,** Professor an der Dan-Guk Universität
Die Richtung der Neugestaltung der Nationalen Verwaltung nach der Wiedervereinigung von Nord- und Südkorea unter besonderer Beachtung der Personalfragen 235

SESSION 1.
한반도 상황과 독일의 접근정책 추진 과정
Aktuelle Lage auf der koreanischen Halbinsel und Prozesse der Annäherung in Deutschland

사회 : **서 호** 통일부 차관

Moderator : Vizeminister des Vereinigungsministerium **Suh Ho**

SESSION 1-1.
한반도 정세 평가 및 전망
Einschätzung und Perspektiven zu aktuellen Entwicklungen auf der koreanischen Halbinsel

차문석, 통일교육원 교수

Moon-Seok Cha, Professor beim Ausbildungszentrum für Wiedervereinigung

SESSION 1-2.
독일 통일과정에서의 국제사회의 역할
Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im Prozess der Deutschen Einheit

호르스트 텔칙, 前 연방총리실 외교안보보좌관

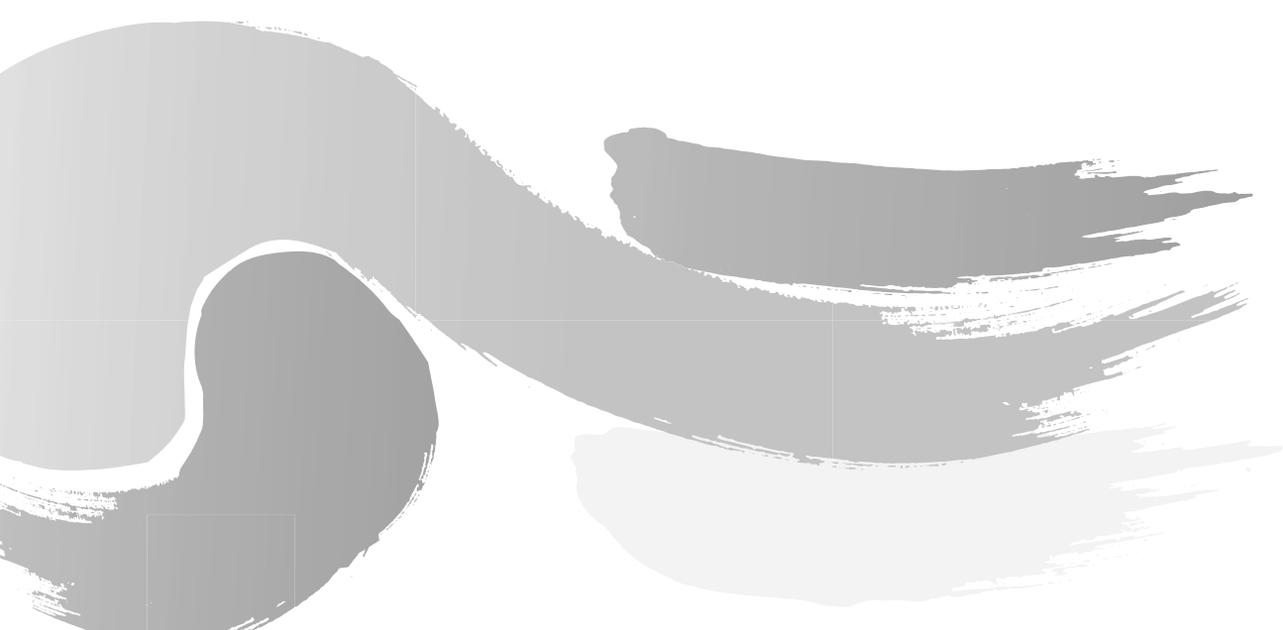
Horst Teltschik, Außenpolitischer Berater von Bundeskanzler Helmut Kohl

SESSION 1.
한반도 상황과 독일의 접근정책 추진 과정

SESSION 1-1.

한반도 정세 평가 및 전망

차문석, 통일교육원 교수



한반도 정세 평가 및 전망

차문석(통일부 통일교육원 교수)

Ⅰ. 2019년 한반도 정세의 국제적 맥락

2018-19년 한반도 정세는 세 가지의 외부적 환경에 의해 영향을 받고 있다. 첫째, 글로벌 국제질서의 급격한 변동(자유주의적 국제질서의 동요와 초불확실성의 확산), 둘째, 동북아에서의 국가주의와 민족주의의 발흥과 확산, 셋째, 한반도 정세의 주요 (정세) 생산국인 미국과 중국의 갈등과 협력 양상과 구조 등이 한반도 정세의 형성과 생산에 영향을 미치고 있다.

1. 글로벌 질서 변동과 한반도 문제

□ 2018-19년 한반도 정세에서의 변화는 글로벌 국제질서의 급격한 변동(자유주의적 국제질서의 균열과 동요)과 그로 인한 동북아 질서의 근본적인 재편에 따라 심대한 영향을 받고 있다.

□ 2018-19년 글로벌 국제질서는, 글로벌 수준에서의 '자유주의적 국제질서의 균열'과 '자유무역체제의 위기', 미국과 중국에 의해 진행되고 있는 무역 전쟁과 패권경쟁(이른바, 냉전 2.0 체제) 등으로 특징 지워질 수 있다.

※ '냉전 2.0'은, 미국과 소련이 20세기에 벌였던 군사 안보적 대결을 진행했던 '냉전 1.0'과 달리, 21세기에 미국과 중국에 의한 무역 및 관세전쟁을 의미하는 용어로 회자된다(김흥규, 이홍구, 김영호 등)

□ 자유주의 질서와 가치 등 글로벌 보편성 혹은 보편적 가치와 원칙의 토대 위에서 국제질서가 작동하던 시기에는 한반도 문제(분단 및 통일 문제 등)는 인류 보편적 가치(민주, 인권, 자유 등)의 최종적 실현이라는 목표를 통해서 설명될 수 있었다.

□ 2019년 한반도 문제의 위상(학)은 변화하였다. 자유주의적 국제질서가 세계를 가동시키고 있었을 때 한반도 문제는 글로벌 수준의 자유주의적 의제에 부응하는 위상을 가지고 있었다. 한반도 통일은 분단과 비극, 전쟁의 안티-테제로서 국제사회의 지속적이고 의지적인 협력을 얻을 수 있었고, 역내의 공식적인 차원에서의 지지도 존재하고 있었다.

□ 그러나, 자유주의적 국제질서의 붕괴와 보편성의 부재, 국가이익에 대한 배타적 추구를 기본으로 하는 최근의 국제 환경은 한반도 문제에 대한 보편적 가치에 기반한 해법보다는 각국의 국가이익 추구와 실현이라는 프리즘에 의해서 재해석되어 설명되고 있다.

2. 동북아 정세의 성격과 한반도 문제

□ 글로벌 질서의 변화로 인하여 그 하위에 위치해 있는 동북아지역의 정세도 커다란 영향을 받았다. 미-중 대결 구도는 동북아지역에서 가장 강력하게 진행되었고 여기에 북한의 핵 문제 등 역내에서 국가 간에 해결해야 할 문제들이 정세의 복잡함을 더하였다.

□ 2019년 한반도는 새로운 동북아 정치 환경 속에 존재하고 있다. 자유주의적 국제질서의 균열과 동요 이후 각 대륙과 국가들에서 국가주의와 민족주의가 나타나고 있다. 이것은 민족주의적 이해와 국익추구 일변도의 정책적 경향을 낳고 있으며, 결국 동북아지역의 민주주의, 평화, 번영에 대한 공동의 협력적 추구를 방해하고 있다.

□ 이는 한반도 통일이 동북아시아의 평화체제와 비핵화, 그리고 역내 민주주의 체제의 공고화를 의미하던 맥락과는 매우 상이한 환경으로 작동하고 있다.

□ 그럼에도 불구하고 한반도는 이러한 환경 속에서 분단 극복이라는 미래 과제를 추구해야만 하고, 그 과정에서 북한 핵 문제 등 한반도 문제를 해결해야 하는 과제를 가지고 있다.

3. 한반도의 위상 변동

□ 2019년 현재 한반도는 미국과 중국의 21세기 글로벌 및 동북아 전략이 실행되는 가운데 지정학(地政學) 및 지경학(地經學)적 위상의 변화를 겪고 있다. 이는 한반도 자체의 위상뿐 아니라 한반도 문제의 위상이 이전보다 훨씬 커다란 범위에서 그리고 훨씬 강력한 강도(强度)로 외부 환경에 영향을 받게 되었다는 것을 의미한다. 이것은 엄격히 말하면 한반도 공간에서 자율성 축소와도 연관되어 있다.

□ 한반도는 지리학, 지정학, 지경학적으로 유라시아 대륙과 태평양을 연결하는 동북아의 요충지이다. 따라서 중국과 미국 모두 한반도에 대한 영향력을 확보하고 유지하는데 상대적으로 중점을 두고 있다.

■ 미국의 인도-태평양 전략의 구상과 실행에서, 그리고 중국의 중국몽과 일대일로 이니셔티브 구상의 실행 과정에서 한반도의 지정학적 위상은 더욱 커다란 변동의 맥락 속에 존재하고 있다.

□ 2019년 한반도 위상의 변화는 평화체제와 한반도 통일과 같은 한반도 문제의 해결에 있어서 외부적 영향력과 규정력이 더 커지게 되었다는 것을 의미한다. 그리고 한반도 문제는 점점 더 동북아 국제질서의 시간과 공간으로부터 자유롭지 못하다는 것을 의미하는 것이며, 자율성의 축소로 귀결될 수 있다.

II. 2018-19년 한반도 평형 상태

1. 한반도에서 '평형 상태'(equilibrium)의 도래

□ 2018-19년에 한반도 정세는 전례가 없었던 '평형 상태'(equilibrium)로의 진입과정을 보여주고 있으며, 이것은 새로운 한반도 체제를 형성하는 기본적인 분위기가 되고 있다.

■ 한반도의 '평형 상태'란 물리학적 개념인 '균형 상태'(balance)와는 다르게 생물학적인 개념에 근접하는 용어이다.

□ 참가자 상호 간의 무게와 비중이 '유사한' 상태를 물리학적 균형 상태로 간주한다면, 평형 상태는 다자(多者)의 참가자가 하나의 앙상블, 혹은 융합된 하나의 생물체처럼 움직이게 되는 상태를 의미하며 자체의 항상성(恒常性: homeostasis)을 가지게 된 생물학적 상태로 비유할 수 있다.

■ 2018년 하반기 이래로 한반도는 급격한 데탕트 환경을 창출해 나가기 시작했고, 이는 한반도 평형 상태를 강화하였다.

2. 북미 간 '평형 상태'

□ 2018년 초부터 한국의 중재를 계기로 북한과 미국 간에 평형 상태가 구축되기 시작했다. 비록 초반에 북미 간에 불협화음이 존재하였으나 한국은 양국을 중재하였고 싱가포르 회담을 순항시켰다.

■ 2018년 6월 12일에 싱가포르 센토사에서 사상 처음으로 북미 정상회담이 개최되었고, 싱가포르 북미 정상회담 공동성명이 발표되었다.

■ 2019년 2월 28일에 베트남 하노이에서 2차 북미 정상회담이 개최되었으나 양측이 합의에 이르지 못하고 헤어졌다.

□ 북미 양측은 비록 협상 타결에 실패하였으나 북미 간 협상 국면이 지속되고 있으며, 양측은 이러한 협상 국면을 벗어나지 않고 있으며 이 국면을 지속시키는 상황으로 노력하고 있다.

3. 남북한 '평형 상태'

□ 2018-19년에 남북한은 정상회담을 3차례 개최하였다. [4.27 판문점 선언]과 [9월 평양공동선언]이 이루어졌다.

■ 고위급회담이 연이어 개최되어 남북관계를 새로운 높은 단계로 발전시켜 나가기 위한 실천방안들을 진지하게 협의하고 합의하였다.

■ 남북공동연락사무소가 개소되어 남북한 간 상설적인 대화채널이 만들어졌다.

■ 남북한은 갈등을 관리하고 한반도 평화체제를 구축하는 방향으로 노력하고 있다.

※ 2019년 3월 22일, 북한의 남북공동연락사무소 철수, 4월 이후 남한의 중재자 역할에 대한 비판, 5월 4일과 9일 동해안 쪽으로의 발사체 차례 발사 등이 진행되었으나 '평형상태'의 모멘텀과 구조는 유지되고 있다.

□ 북미 간 평형 상태와 남북한 평형 상태는 2019년 한반도 정세에서 평화의 분위기를 만들어 내고 있으며, 이를 하나의 레짐으로 발전시켜나가는, 즉 '평화체제'(peace regime)라는 평형 상태와 이를 항구화시키는 항상성을 만들어 내고 있다.

□ 한반도 정세는 특정한 구조 속에서 순환하고 있는 것으로 보인다.

■ 특히 2018-19년에 한반도 정세는 크게 미중 관계, 북미 관계, 그리고 남북한 관계라는 삼중 구조 속에서 움직이고 있다.

■ 미중 관계의 갈등 양상은 북미 관계와 남북한 관계에 부정적인 영향을 초래하는 경향이 있으며, 협력 양상은 북미 관계에는 커다란 인과관계 양상을 보여주지 않았지만, 남북한 관계에서는 부정적인 영향을 초래하였다.

■ 북미 관계의 협상 및 대화 양상은 남북한 관계에 긍정적인 영향을 부여하였으며, 남북한 관계는 순조로운 발전을 보여주었다. 반대로 북미 관계의 난항은 남북한 관계에서 대단히 부정적인 영향을 미쳤다.

□ 미중 관계는 다음과 같은 양상을 띠었다.

2018-19년에 네 개의 국면 속에서 움직였다.
- 1국면: 2018년 6월까지, 모색기
- 2국면: 2018년 7월부터, 본격적 관세전쟁과 갈등기
- 3국면: 2018년 12월 2019년 4월까지, 경제전쟁의 휴전기
- 4국면: 2019년 5월부터, 관세전쟁과 갈등재개

□ 북미 관계는 다음과 같은 양상을 띠었다.

2018-19년에 네 개의 국면 속에서 움직였다.
- 2018년 6월까지, 북미 대화와 정상회담으로 본격적 협상기
- 2018년 7월부터 12월까지, 휴지기
- 2019년 1~2월, 협상기
- 2019년 3월 이후, 경색기

□ 남북한 관계는 다음과 같은 양상을 띠었다.

2018-19년에 네 개의 국면 속에서 움직였다.
- 2018년 1~3월, 대화와 화해 국면 개시기
- 2018년 4~9월, 본격적인 대화기
- 2018년 10 - 2019년 2월, 평화체제 협력기
- 2019년 3월 이후, 냉각기와 조정기

□ 이하에서는 미중 관계, 북미 관계, 남북한 관계가 어떻게 조우하면서 한반도 정세를 만들어 내어 왔는지를 시간의 경과를 축으로 하여 간략하게 살펴본다.

■ 시간 축에 따른 설명을 통해서, 한반도 정세와 외부 환경 간의 모순적이고 길항적인 관계가 존재하고 있으며, 최종적으로 양자 간의 인과관계들이 어떤 방식으로 작동하는지를 확인한다.

□ 한반도 정세를 통계화된 수치가 아니라 은유적 용어인 4계(四季: 봄, 여름, 가을, 겨울)에 비유하여 설명하고, 한반도와 외부(주요하게는 동북아지역), 즉 한반도 내외의 계절을 상호 비교하는 방식으로 설명한다.

1. 한반도, 봄(春)의 도래: 동북아, 대화 기지개

□ 2018년 1~3월, 한반도에서는 2017년까지의 긴장과 대립 구도가 해빙되면서 이른바 ‘한반도의 봄’이 도래하였다.

■ 문재인 정부는 출범 이후 2017년까지 지속된 남북관계 단절 상황을 해소하기 위해 남북대화 재개 여건 마련을 중점적으로 추진하는 등 남북관계를 재정립하기 위해 노력하였다.

□ 2018년 1월 1일, 북한이 신년사를 통해 우리 정부의 노력에 호응하기 시작했다.

■ 북한은 평창 동계올림픽에 참가할 것이며, 남북관계 개선에 나설 것임을 시사하였다.

■ 이에 따라, 1월 3일 판문점 남북연락채널이 복원되었다. 1월 9일 남북 고위급회담을 시작으로 남북대화가 재개되었다. 이 회담에서 북한의 평창 동계올림픽·패럴림픽대회 참가 문제 등을 논의하였다.

□ 2018년 2월, 북한의 평창올림픽 참가를 계기로 남북대화가 재개되면서 남북정상회담을 위한 여건이 조성되기 시작했다.

■ 이후 2월 9일부터 11일까지 평창 동계올림픽 개회식을 계기로 김여정 특사를 포함한 북한의 고위급 대표단이 청와대를 방문하여 김정은 국무위원장의 친서를 전달하고 문재인 대통령을 평양으로 초청하였다.

■ 평창동계올림픽 폐회식 기간에도 2월 25일부터 27일까지 김영철 노동당 부위원장을 포함한 북한 측 고위급 대표단이 방남하여, 남북관계 발전과 한반도 평화정착에 관한 협의를 진행하였다.

□ 우리 측은 북한의 특사 파견에 대한 답방 형식으로 3월 5일부터 6일까지 정의용 국가안보실장을 수석 특사로 하는 대북특별사절단을 파견하였다. 특사단은 김정은 국무위원장 면담하였고 4월 말 남북정상회담 개최를 합의하였다.

2. 한반도, 여름(夏): 동북아, 패러독스

□ 한반도에서 2018년 4~6월에 이르는 시기는 사계(四季) 중 여름에 해당하며, 한반도 정세는 뜨거운 분위기 속으로 진입하였다.

■ 동북아 정세도 또한 한반도 정세와 유사하게 대화와 타협의 분위기가 전면에서 나서면서 새로운 국면으로 전환되기 시작했다.

1) 한반도의 뜨거운 여름

□ '한반도의 여름'이 도래, 남북한 간에 뜨거운 대화의 분위기가 연출되었다. 이 시기에 2차례의 남북정상회담이 개최된 것은 전례 없는 일이었다.

■ 4.27 남북 정상회담(2018년 1차)과 5.26 남북 정상회담(2018년 2차)이 판문점과 북한 측 통일각에서 각각 개최되었다.

□ 4.27 남북정상회담 직후부터 5월과 6월을 경과하면서 남북한 간에는 평화적 분위기가 고조되면 긴장 완화가 수반되기 시작했다.

■ 4월에는 남북 정상 간 직통전화가 개설되어, 청와대와 북한 국무위원회 간 시험 통화가 시행되었고, 군 당국 간 연락 경로도 복원되었다.

■ 5월에는 대북 확성기 철거 등 군사적 긴장 완화를 위한 조치들이 실행되었고, 남북한 간 표준시 통일 등 남북관계 개선이 이루어지기 시작했다.

■ 6월에는 남북 고위급회담을 시작으로 분야별 회담과 교류 사업들을 단계적으로 추진하면서 [판문점선언]을 이행하기 시작했다.

2) 2018년 동북아, 여름 속의 패러독스

□ 2018년 4~6월의 동북아의 대전환을 주도했던 뜨거운 대화의 여름 분위기 속에서도 여전히 갈등과 대립의 씨앗들은 발아(發芽)된 상태로 존재하였다.

■ 이것은 일종의 '동북아시아의 패러독스'(paradox)라는 형태로서 존재하였다. 즉 동북아시아 국가들은 경제적 상호의존성과 보완성이 나날이 증대해 가고 있는 상황에서 정치, 군사 안보 문제에서 갈등과 대립이 여전히 존재하는 현상 속에 존재하고 있다는 것을 의미한다.

■ 이는 미중간, 중일간의 갈등에도 불구하고 역내 대화 분위기가 고조되는 패러독스를 보여주게 된다.

▣ 미중 간의 갈등 표출

□ 2018년에 들어와 북미 정상회담과 북중 정상회담이 5월과 6월에 교차적으로 개최됨으로써 미국-중국 간에는 북한과의 관계 문제와 북한의 비핵화 문제를 둘러싼 갈등 관계가 존재하였다.

■ 한편으로는 북한의 비핵화 문제와 한반도 영향력 행사 문제에서 미국과 중국의 일종의 협력 구조를 진전시켜나가면서도 양국은 경쟁과 대립의 관계를 동시에 갖고 있었다.

■ 한편으로는 중국을 압박하는 미국의 동북아 전략과, 한반도 영향력 유지와 확보를 토대로 하는 중국의 동북아 및 한반도 전략이 대립하는 상황을 연출하고 있었다.

▣ 중일 간의 긴장 관계

□ 2018년에 들어와 일본은 미일동맹 체제의 강화와 확대 속에서 안보 강화, 시장 확보와 해외 수송로 보호 등에서 중국과 동북아지역에서 긴장 관계를 연출하였다.

■ 중국 또한 동북아지역 내에서의 해군력 증강, 남중국해에 대한 핵심이익 확보와 장악력 강화, 센카쿠 열도 등의 영토 문제 등에서 일본과 긴장 관계를 고조시켰다.

■ 그럼에도 중국과 일본은 경제적 상호의존성을 증대시켜 나고자 하며, 이러한 환경은 양국의 패러독스 상황을 연출하였다.

▣ 동북아 역내의 대화 분위기 고조

□ 동북아 국가 간의 긴장 관계 구조와 갈등 상황에도 불구하고, 2018년 4~6월 동북아 역내에는 대화 분위기와 대전환의 분위기가 대세였다.

□ 2018년 3~6월 동안 미국을 포함한 동북아 국가들의 정상회담들은 동북아 역내의 가장 중요한 문제 중 하나인 북한의 핵 문제에 대한 공동의 노력을 경주하였다.

■ 북한 핵 문제에 대한 대화와 평화적 수단을 통한 해법을 추구하고 공동의 협력적 공조를 통한 노력을 모두 강조하였다.

■ 동북아의 대화 분위기는 점차 고조되는 상황에서 뜨거운 여름 분위기를 연출하였다.

3. 한반도, 가을(秋): 동북아, 긴장 국면 진입

1) 한반도, 가을(秋)의 성숙함

□ 2018년 한반도의 가을은 점차 '성숙함'의 분위기 속으로 진입하였다. 한반도의 가을에는 남북관계에서 많은 평화적 이벤트가 진행되었고 전례 없는 것이었다.

▣ 남북공동연락사무소 개소

□ 9월 14일, 개성(개성공단 내)에 남북 당국자가 상주하는 남북공동연락사무소가 개소하여 24시간 365일 남북 간 상시 협의 체계가 마련되었다. 개소식에서 '남북 공동연락사무소 구성 운영에 관한 합의서'에 서명하였다.

■ 同 사무소는 남북 간 교섭 및 연락, 당국 간 회담 및 협의, 민간교류 지원, 왕래 인원 편의 보장 등의 기능을 담당하며, 남북의 소장은 주 1회 열리는 남북 정례회의와 필요한 협의 등을 진행하게 되었다.

▣ 9월 남북정상회담과 [9월 평양공동선언]

□ 9월 18~20일, 평양 남북정상회담과 [9월 평양공동선언](9.19)이 이루어지면서 남북관계는 새로운 과정에 진입하였다. 남북 정상은 [판문점선언]의 이행 성과를 평가하고 남북관계를 지속적으로 발전시켜나가는 데 합의하였다.

■ '4.27 남북정상회담'과 '5.26 남북정상회담'에 이어 세 번째 정상회담이 개최됨으로써 남북관계는 상호 신뢰에 기반한 안정적인 제도화 과정을 구가하였다.

■ 9월의 평양 남북정상회담과 [9월 평양공동선언]으로 남북관계는 안정화와 제도화를 경험하였다.

□ [9월 평양공동선언]과 함께 [판문점선언 군사 분야 이행합의서]를 채택하였다.

■ 남북한이 적대행위중지, 비무장지대의 평화지대화, 서해 평화수역 조성, 남북 교류협력에 필요한 군사적 보장대책, 군사적 신뢰구축 등에 대해 보다 구체적인 방안을 마련하였다.
※ 문재인 대통령은 9월 19일, "한반도를 항구적 평화지대로 만들어감으로써 우리는 이제 우리의 삶을 정상으로 돌려놓을 수 있게 되었다"고 밝혔다.

2) 미중 관계, 긴장과 갈등국면 진입

□ 2018년 7~9월의 글로벌 정세는 그야말로 '가을(秋)의 서늘함'으로 묘사할 수 있을 정도로 관세정책을 중심으로 갈등이 전면화되었다.

□ 이 시기 미중 간의 무역 및 관세전쟁과 글로벌 헤게모니 경쟁은 미국과 중국이 추구하는 21세기 전략에 기반해서 진행되었다.

■ 미국은 이미 2017년에 '인도-태평양(Indo-Pacific) 전략을 공식적으로 표방한 이후 2018년에 본격적으로 실행하였고, 중국 또한 중국몽에 기반하여 '일대일로 이니셔티브 구상'과 '중국제조 2025'를 본격적으로 추진하였다.

□ 2018년에 7월부터 본격화된 미중 간의 관세전쟁과 무역 전쟁은 이전과는 질적으로 다른 방식으로 구체적인 실행에 옮겨졌으며 8월과 9월에 완전히 격화되었다.

■ 2018년 격화된 미중 간의 관세 및 무역 전쟁과 글로벌 헤게모니 경쟁은 동북아와 한반도 정세에 지대한 영향을 미쳤으며, 특히 남북관계와 통일 환경에 불안정하고 불확실한 질서를 부여하였다.

4. 한반도, 급속도의 데탕트(冬): 미중 관계, 타협 모색

1) 한반도 데탕트

□ 2018년 겨울에 한반도는 냉전적 구도의 해체가 격렬하게 진행되었으며, 남북한 간 긴장이 급속도로 완화되고 한반도에는 전례 없는 데탕트(détente) 국면이 도래하였다.

□ 남북한은 평양 정상회담 기간 중에 [판문점 선언 이행을 위한 군사 분야 합의서]를 체결하였는데, 이 합의서에 따라 1953년 정전협정에서 합의한 사항을 준수해야 하는 모든 원칙이 재확인되고 실행에 옮겨지게 되었다.

■ 정부는 9월 28일 '남북공동선언 이행추진위원회' 제1차 회의를 개최하고, 남북공동선언 합의사항을 이행하기 위한 준비를 본격적으로 시작하였다.

□ 10월 15일 판문점에서 남북 고위급회담을 개최하여, 평양공동선언 이행방안 및 후속 회담 일정이 협의되었다.

■ 남북은 [9월 평양공동선언]을 철저히 이행하여 남북관계를 새로운 높은 단계로 발전시켜나가려는 실천방안들을 진지하게 협의하고 다음과 같이 합의하였다.

□ 2018년 겨울에 진행된 남북회담은 다음과 같다.
- 10월 15일, 9월 평양공동선언 이행을 위한 제5차 남북 고위급회담 개최
- 10월 22일, 제2차 남북 산림협력 분과회담 개최
- 10월 26일, 제10차 남북 장성급 군사회담 개최
- 11월 2일, 남북 체육분과 회담 개최
- 11월 7일, 남북 보건의료협력 분과회담 개최
- 11월 23일, 남북 통신실무회담 개최
- 12월 14일, 제2차 남북 체육분과 회담 개최

□ 고위급회담에서 합의된 한반도 냉전 해체의 노력들이 다음과 같이 급속도로 진행되었다.

- 지뢰 제거와 공동유해 발굴 진행
- 남북 간 모든 적대 행위 전면 중단
- 한강 하구 공동이용을 위한 수로조사
- 비무장지대(DMZ)의 군사시설 전면 철수
- 남북 철도 및 도로 연결 사업

2) 동북아, 미중 관계의 격화와 타협

□ 2018년 7월부터 격화된 미중 간의 무역 및 관세전쟁은 종국적으로 양국 간의 헤게모니 경쟁의 성격을 띤 국면으로 치달았다.

■ 중국의 [중국제조 2025]에 대한 문제 제기, 화웨이 부회장 체포, 마이크 펜스 부통령의 12월 10일 연설 등을 계기로 긴장이 고조되었다.

□ 2018년 12월, 미중 양국은 90일의 무역 전쟁 휴전에 합의하였다.

■ 2018년 12월에 일본과 중국은 '가장 가까운 이웃 나라'를 선언하고, 300억 달러에 이르는 통화 스와프를 체결함으로써 동북아 협력 분위기를 고조시켰다.

5. 2019년, '신한반도 체제'로의 진입과 조정

□ 2019년에 한반도에서 새로운 질서의 구축을 위한 희망이 더욱 고조되었다. 이는 2018년의 한반도 정세의 구조가 보여준 다양한 가능성의 토대 위에서 이루어졌다.

■ 2019년 한반도 정세는 다소간 복잡한 차원들이 교차되고 있다. 미중, 북미, 남북관계에서 상호 간 교착과 시간 지체와 병목 현상이 나타나고 있다.

1) 미중 관계, 2019년 5월 무역 전쟁의 재개

□ 미국과 중국 간에 2018년 12월, 무역 및 관세전쟁의 휴전(90일)으로 긴장이 다소간 가라앉은 상황에서 4월 이후 다시 긴장이 고조되었다가, 2019년 5월 중순에 무역 및 관세전쟁이 재발하였다.

■ 2019년 2월 트럼프 대통령은 '중국이 미국의 일자리와 경제적 부를 도둑질하고 있다'고 비판하고 '이를 끝내야 한다'는 발언 등을 통해 대중국 경제전쟁의 새로운 맥락을 제출하였다.

■ 2019년 5월 10일, 미국은 중국에 대한 새로운 관세전쟁을 개시하였다. 중국은 이에 대한 반격을 개시하였다.

□ 미중 관계의 새로운 갈등 상황으로의 진입은 북한 문제에 새로운 맥락을 제공하고 있으며, 북핵 문제 해결을 위한 미중 협력 구조, 국제적 협력 구조를 침해할 수 있는 상황으로 진행되었다.

2) 북미 관계, 교착과 모색

□ 2018년 1차 정상회담 이후 8개월 만인 2월에 하노이 북미 정상회담이 개최되었고, 합의 없이 결렬되었다.

■ 하노이 북미 정상회담 결렬 이후, 정부는 북미 양국 간을 중재하려는 노력을 끊임없이 시도하고 있다. 북한은 우리 정부의 중재 노력을 비판하고 있으며, 우리의 중재 노력을 수용하지 않으려는 태도를 보이고 있다.

■ 2019년에 들어와, 북미 관계의 양상과 구조는 남북한 관계와 한반도 정세에 커다란 영향을 미치고 있다.

3) 남북한 관계, '새로운 조정기'

□ 2019년에 들어와 남북한 관계는 '새로운 한반도 체제'로 진입하는 계기가 마련되었으나, 2월의 하노이 북미 정상회담의 결렬의 영향으로 남북한 관계는 새로운 조정기에 직면하였다.

□ 2019년의 정세 구조에서 북미 관계의 교착과 답보 상태가 남북관계와 한반도 정세에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 작용하고 있다.

■ 2019년 3월 22일, 북한은 남북공동연락사무소 철수를 통보하였으며, 5월까지 남북연락사무소 소장 회의가 개최되지 않고 있다.

■ 2019년 5월 4일과 9일에 북한은 동해 쪽으로 발사체를 발사하여 한반도와 주변 지역의 긴장을 고조시키고 있다.

□ 하지만, 김정은 위원장은 4월 12일 시정연설에서 "연말까지 미국의 용단을 기다려 볼 것"이라고 언급하고, '북미 정상회담을 한 번 정도는 더할 수 있다'고 언급하여, 북미 관계에서 새로운 대화의 모멘텀을 여전히 모색하고 있음을 암시했다.

4) 2019, '신한반도 체제' 구상과 '한반도의 봄'

□ 문재인 대통령은 2019년 3월, 신한반도 체제를 제시하였다. 남북한이 경제 협력을 통해 한반도에 평화를 정착시키고 상호 번영을 추구하자는 것이다. 신한반도 체제는 '평화와 공존, 경제와 번영'을 핵심으로 하고 있다.

■ 신한반도 체제는 '대립과 갈등을 끝낸 새로운 평화협력 공동체이자 이념과 진영의 시대를 끝낸 새로운 경제협력 공동체'를 말한다.

□ 신한반도 체제의 비전은 비핵화를 통한 교량국가 건설, 냉전체제 종식을 통한 경제적 평화체제 등이며, 한국이 '동북아 평화의 촉진자'가 될 것임을 강조했다.

■ '신한반도 체제는 수동적인 냉전질서에서 능동적인 평화 질서로의 전환을 의미'

■ '한국은 남북화해를 기반으로 동북아 평화의 촉진자가 될 것..... 신한반도 체제는 평화경제를 의미'

■ ‘평화가 경제발전으로 이어져 평화를 더 공고히 하는 선순환적 구조... 남과 북은 항구적 평화정착을 촉진하기 위해 함께 번영할 수 있는 길을 고심’

□ 문재인 대통령은 현재 한반도 정세에 대해 ‘한반도의 봄’의 도래로 평가했다.

■ “한반도의 하늘과 바다, 땅에서 총성은 사라졌다. 한반도의 봄이 이렇게 성큼 다가왔다”고 평가했다.

Ⅳ. 한반도 정세의 평가와 전망

□ 2018-19년에 이르는 한반도 정세는 다음과 같이 몇 가지 차원에서의 평가들을 할 수 있으며, 이를 토대로 향후 한반도 정세의 전망을 향후 추구해야 할 과제의 측면에서 제시할 수 있을 것이다.

1. ‘평형 상태’ 도래와 ‘신한반도 체제’의 토대 구축

□ 2017년은 전쟁, 긴장, 갈등과 대립과 같은 용어가 한반도 정세를 특징짓는 용어들이었다. 한반도에서 냉전의 극단화가 진행되었다. 그러나 문재인 정부는 출범 직후부터 북한에 대한 대화와 화해 협력, 평화공존을 지속적으로 주장하였다.

□ 2018년에 들어와 정부의 대북 화해 협력 및 평화 공존의 노력은 서서히 효과를 발휘하기 시작했다.

■ 북한이 평창올림픽에 참가하였고, 한반도에서 전례 없이 1년에 3차례의 정상회담이 개최되었고, DMZ에서의 군사시설 철수와 GP 폐지, 남북한 도로 철도 공동 조사사업 등 전례 없는 남북관계의 안정화와 제도화가 진행되었다.

■ 이를 배경으로 한 한반도에서 ‘평형 상태’가 도래하고 이를 계기로 ‘신한반도 체제’로 나아가는 토대가 구축되었다.

2. 미중 관계와 한반도 정세의 인과적 구조 존재

□ 글로벌 및 동북아 차원에서의 미중 관계의 성격과 구조가, 특히 2018-19년의 한반도 정세에 영향을 크게 미쳤다.

■ 미중 관계에서의 대립과 갈등은 한반도 정세에도 그대로 대결 구도가 투영되는 경향이 있었다. 특히, 남북한의 관계구조에 부정적인 영향을 미쳤을 뿐 아니라 국제적 대북 공조 체제에도 부정적인 영향을 미쳤다.

■ 2018-19년 미중 관계가 무역 및 관세전쟁으로 갈등국면으로 진입했을 때, 중국은 북중 관계를 통해서 북미 관계와 남북관계에 영향을 미치려고 시도했다.

■ 이는 또다시 미중 관계에 악영향을 미치면서, 미중 관계와 한반도 정세의 악순환을 재생산하는 경향을 보여주었다.

3. 북미 관계의 구조와 한반도 정세 간의 밀접한 관계

□ 2018-19년에 북미 관계의 부침(1차 북미 정상회담과 2차 북미 정상회담)에 따라 한반도 정세는 상대적으로 커다란 영향을 받았다.

□ 2018년 6월 싱가포르 북미 정상회담을 전후한 북미 관계상의 분위기는 낙관적인 분위기가 지배적이었으며, 이에 따라 남북한 관계에서도 최상의 분위기가 형성되었으며, 이는 한반도 정세를 구성하는 다양한 긍정적 요소들을 발화시켰다.

□ 2018년 2월 하노이 북미 정상회담 결렬 이후 북미 관계는 타협과 대화의 계기를 찾지 못하는 과정으로 진입하였고, 이에 따라 남북한 관계에서도 한반도의 봄과 데탕트 분위기가 위축되었다.

□ 북미 관계가 한반도 정세에 미치는 이러한 영향력을 고려한다면, 북미 관계를 중재하는 노력을 정부가 주도적으로 해야만 하는 이유가 존재하는 것이다.

4. 북한의 미래비전과 한반도 정세

□ 2018-19년 한반도 정세를 통해서 볼 때, 북한이 가지고 있는 미래비전을 정확하게 파악하는 것이 중요하다는 사실도 확인되고 있다.

□ 북한 체제가 지향하는 미래비전, 북한 지도부가 갖고 있는 핵(무기)에 대한 인식과 이상, 북한 지도부의 경제(經濟) 기획, 북한 지도부의 개혁 개방 체제에 대한 기획 등이 북한의 전략과 행동에 영향을 미치고 있다.

■ 북한 지도부가 가지고 있는 이러한 다양한 차원의 미래비전은 북한의 2018-19년의 전략을 구성하고 있고, 이것은 대남한 및 대미국 등을 포함한 한반도 정세의 형성과 구조에 영향을 미치고 있다는 것이 나타났다.

5. 촉진+중재+주도의 역학적 구조의 튜닝

□ 미중 관계, 북미 관계, 북중 관계, 북러 관계 등 동북아의 다양한 외교적 관계들이 한반도 정세에 커다란 영향을 미치는 것이 반박 불가능한 사실임을 전제할 때, 이러한 외교적 관계들에 대한 한국 정부의 영향력을 제고시키는 노력은 중요하다는 사실이 나타나고 있다.

□ 미중 관계에 대한 적절한 한국 정부의 '인식론'을 정립하고 이에 따라 촉진과 중재의 전략을 구사할 필요가 있음이 드러났으며, 북미 관계의 중재 혹은 촉진의 중요성은 그보다 더욱 중요한 것으로 나타났다.

□ 미중, 북미, 북중, 북러, 남북한 등의 관계에서 우리 정부가 촉진해야 할 대상, 중재해야 할 대상, 주도해야 할 대상을 전략적으로 인식하는 '인식론'을 정립하고 이를 실행에 옮길 수 있는 '방법론'을 개발하는 것이 한반도 정세의 장기 전략에서 중요하다.

6. 북한 변수의 통제 어려움

□ 2018-19년 한반도 정세의 형성에서 북한발 변수들의 영향은 상당한 비중을 차지하는 것으로 보인다. 북한 핵 문제 자체는 북한발 변수 중 최고 비중을 차지하는 변수라는 것은 당연하며, 이에 덧붙여 북한이 대중 전략 및 대러 전략, 대일 전략과 대미 전략에서 활용하고 있는 각종 계기, 간헐적으로 움직이는 군사적 변수들(발사체, 미사일 포함) 또한 한반도 정세에 중요한 변수들이다.

□ 이러한 북한발 변수들은 예측하기가 쉽지가 않고, 그러한 변수들의 작동과 기능 또한 공개적이지 않아 한반도 정세를 한국 정부가 예측하고 형성하고 관리하는데 상당한 어려움이 따른다는 사실이 현시기 정세에서 나타나고 있다.

■ 따라서 북한발 변수들을 통제 가능한 범위 내로 인입시키거나, 관리 가능한 형태로 전환시킬 수 있는 다양한 장치들과 방법론을 모색할 필요가 있음을 절감하게 하였다.

7. 한반도 정세의 진행 방향과 과제들

▣ 남북관계를 통한 역할 수행

□ 2019년 5월 이후 미국과 중국은 더욱 격렬한 형태의 무역 및 관세전쟁을 개시하였다.

■ 양국이 무역 및 관세전쟁을 통해서 동북아 및 한반도에서 갈등과 대립 일변도의 관계를 전개하면서 주변국들을 서로 진영을 갈라 역내의 긴장과 갈등의 수준을 상승시키게 될 경우, 한반도 정세는 더욱 부정적인 영향을 받게 될 것이고 이를 풀어나가기가 점차 힘들어지게 될 것이다.

□ 미중 관계의 악화가 한반도 정세에 미칠 수 있는 부정적인 효과를 차단하거나 최소화할 수 있는 방법을 모색해야 한다. 이때 남북관계의 우선적 개선과 진전은 미중 관계의 악화를 방지할 수 있는 기능적 역할을 하는 방향으로 이루어질 수 있다.

□ 미중 양국의 전략은 2018년 12월처럼 충돌뿐 아니라 타협의 상황도 수반할 것이다. 이러한 상황이 도래한다면, 무엇보다도 국제적 신뢰를 기반으로 하여 우선 한반도 평화체제 구축에 우호적인 미중 관계를 형성하는데 기여하도록 노력을 기울일 필요가 있다. 이러한 기여는 마찬가지로 남북관계를 우선적으로 개선하는 것에서 시작할 수밖에 없다.

▣ 한반도가 주도하는 보편성과 보편적 가치

□ 2019년 중반기 이후 글로벌 및 동북아 질서에서 불확실한 국제질서를 극복하기 위해서 많은 국가들이 수용할 수 있는 '보편성'을 창출하려는 노력이 필요해지게 될 것이다. 자유주의적 국제질서의 동요는 인류에게 새로운 보편적 가치와 보편성을 요구하는 환경이 되고 있다. 이러한 노력을 한국 정부가 주도적인 차원에서 진행할 수도 있을 것이다.

□ 글로벌 스탠다드(standard)와 보편적 가치의 동요 혹은 부재로 인하여 한반도 문제에 대한 보편적 가치에 기초한 해법들의 위상이 상실되어 가고 있다.

■ 각국에서 국가주의와 민족주의적 경향이 대두하면서 한반도 문제에 대해 국익적 관점에서 해석하려는 경향이 뚜렷하게 나타나면서, 한반도 문제의 위상 하락과 동요가 나타나고 있는 것이 2019년이다.

□ 2019년 신한반도 체제의 실행과 이를 담고 있는 철학과 인식론은, 2019년 한반도가 주도할 수 있는, 새로운 보편성의 가치와 담론을 함유하면서 진화해 나갈 필요가 있다.

■ 나아가 한반도 문제의 해결 그 자체가 인류의 보편적 가치의 실현이라는 차원에서 해석되어질 수 있도록 시도할 때가 되었다.

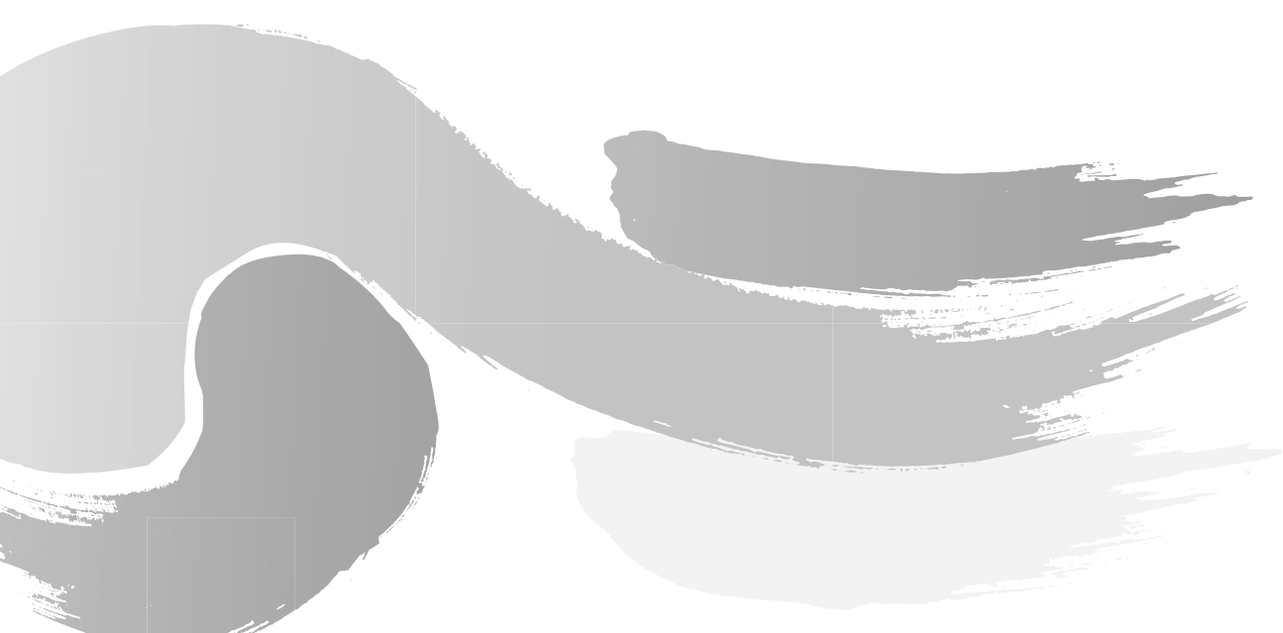
MEMO.

SESSION 1.
Aktuelle Lage auf der koreanischen Halbinsel und Prozesse der Annäherung in Deutschland

SESSION 1-1.

Einschätzung und Perspektiven zu aktuellen Entwicklungen auf der koreanischen Halbinsel

Moon-Seok Cha,
Professor beim Ausbildungszentrum für Wiedervereinigung



MEMO.

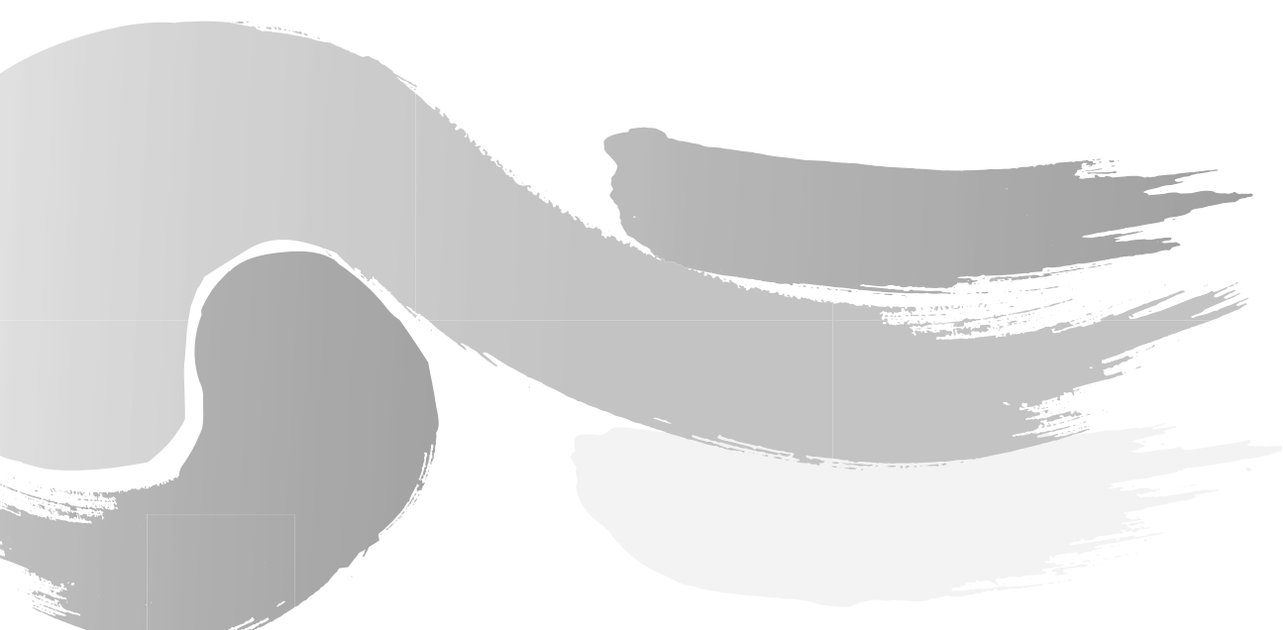
MEMO.

SESSION 1.
한반도 상황과 독일의 접근정책 추진 과정

SESSION 1-2.

독일 통일과정에서의 국제사회의 역할

호르스트 텔칙,
前 연방총리실 외교안보보좌관



독일 통일과정에서 국제사회의 역할

호르스트 텔칙
전 연방총리실 외교안보보좌관

(제9차 한독통일자문위원회 발표 - 2019년 6월 12일, 평창)

20세기 전반기는 1, 2차 세계대전으로 깊게 각인되었고 1억 명이 넘는 군인과 민간인이 목숨을 잃었다. 전쟁의 결과는 유럽과 한국의 분열이었다. 독일과 수도 베를린은 주권을 잃고 전승 4개국(미국, 프랑스, 영국, 소련)의 통치를 받게 되었다. 서방의 세 연합국과 소련 간 정치·군사적 경계는 독일과 베를린을 가로질렀고, 38선은 오늘날까지 한국을 나누고 있다.

핵보유국 미국과 소련이 각각의 동맹 체제인 북대서양조약기구(NATO)와 바르샤바조약기구를 창설하고, 소련 공산당이 이데올로기를 내세워 배타 정책을 펼치면서 세계에는 양극체제가 형성됐다.

두 차례에 걸친 무력전쟁이 끝나고 1945년부터 50년 동안 냉전이 이어졌다. 핵 군축으로 동서 간 군사적 균형이 이루어졌지만 상호 간 핵 억제 정책은 또 다른 세계대전으로 치달을 수도 있는 정치적 위기는 막지 못했다. 주요 위기로 1948년 6월부터 1949년 5월까지 계속된 소련의 베를린 봉쇄, 1958년 니키타 흐루쇼프 소련 서기장의 베를린 최후통첩, 1962년 쿠바 미사일 위기 등을 들 수 있다. 베를린에서는 미국과 소련의 탱크들이 서로의 시야 내에서 발사 준비를 마치고 있었고, 쿠바에서는 소련이 미국을 향해 미사일을 발사하겠다고 위협을 가했다.

소련이 1953년 동독, 1956년 헝가리, 1968년 프라하에서 노동자 항쟁을 유혈 진압했던 군사 개입사건도 잊어서는 안 된다. 1983년에는 유리 안드로포프 서기장이 NATO가 유럽에 중거리미사일을 설치할 경우 제3차 세계대전이 발발할 수도 있다며 위협했다.

쿠바 미사일 위기는 냉전의 절정이었다고 할 수 있는데, 또 다른 한편으로는 이 위기로 인해

미국과 대서양 동맹(NATO)의 대소련 정책 방향이 새로 설정되었다. 1963년 6월 10일, 존 F. 케네디 미국 대통령은 워싱턴의 아메리카 대학교에서 행한 연설에서 '평화의 전략'을 공표했다. 참모 대부분의 조언과 달리 케네디 대통령은 흐루쇼프 서기장과 직접 개인 협상을 진행해 1962년 11월 28일 서로를 겨누던 중거리미사일을 철수하기로 합의했었다.

이후 소련은 쿠바에서, 미국은 터키와 이탈리아에서 핵미사일을 철수했다. 케네디가 이런 외로운 결정을 내리게 된 것은 그가 (위의 연설에서) 말했듯 "우리가 건설해 놓은 모든 것이... 초반 24시간 이내에 파괴되고 말 것이다... 미국과 그 동맹국, 소련과 그 동맹국은 모두 정당하고 순수한 평화에 대해, 또 군비경쟁을 막는 것에 서로 깊은 관심을 가지고 있다"는 인식 때문이었다. 이 연설은 요약되거나 변경되지 않고 그대로 소련 언론에 보도되었다.

케네디 대통령의 '평화의 전략'은 NATO와 이후 빌리 브란트 총리의 독일 긴장완화정책의 모델이 되었다. 1967년 12월, NATO 15개 회원국은 이른바 '아르멜 보고서'를 채택하여 "군사 안보와 데탕트 정책은 서로 대립하는 것이 아니라 서로를 보완한다"는 뜻을 함께했다.

소련이 프라하의 봄을 진압한 지 반년 후 1969년 봄, 당시 외무장관이었던 빌리 브란트는 흐루쇼프 서기장의 옛 제안을 받아들여 유럽안보회의를 시작하고자 했다. 브란트는 이 아이디어를 소련에 맡기려 하지 않았다. 브란트의 생각에서 발전하여 '유럽안보협력회의(당시 CSCE, 현재 OSCE)'를 위한 이니셔티브가 마련되었다. 동시에 브란트/셸 정부는 모스크바 조약, 바르샤바 조약, 프라하 조약뿐만 아니라 동서독 기본조약을 비롯해 동독과 다른 조약을 맺기 위해 협상을 진행했고 조약을 체결했다. 1971/72년에는 승전 4개국과의 조약도 이어졌다. 이 긴장완화정책의 정점은 1975년 9월 1일 헬싱키에서 유럽안보협력회의 최종 의정서에 서명한 것이었다.

그러나 NATO는 중요한 경험을 하게 된다. 강도 높은 데탕트 정책과 1975년 9월 CSCE 최종 의정서 조인에도 불구하고 이듬해 레오니드 브레즈네프 소련 서기장이 신형 중거리 핵미사일(SS-20) 군축을 시작한 것이다. 미사일은 주적인 미국을 향한 것이 아니라 빌리 브란트를 비롯해 데탕트 정책을 위해 전력을 다하던 유럽을 향했다.

NATO는 사민당 소속 헬무트 슈미트 총리의 주도로 소련이 중거리미사일을 다시 철수하거나 NATO가 서유럽에 중거리미사일을 설치하는 '이중 결정'으로 대응했다. 그러나 제네바에서 진행된 미국과 소련 간 군축협상은 실패로 돌아갔다.

1983년 콜/겐셔 독일 정부를 비롯해 다른 유럽 정부들은 계속되는 대규모 시위에도 불구하고 미국의 미사일을 배치하기 시작했다. 사회주의자였던 프랑수아 미테랑 프랑스 대통령은 1983년 1월 독일 연방하원 연설에서 NATO의 결정을 지지했다. 이에 대해 유리 안드로포프 소련 서기장은 3차대전 위협을 가했다.

냉전은 다시 시작되어 새로운 정점에 이르렀다. 로널드 레이건 미국 대통령은 소련은 '악의 제국'이라며 공공연하게 비난했고 '전략방위구상(SDI)'을 발표하면서 사태를 악화시켰다. 그러나 이후 미하일 고르바초프 소련 서기장이 고백했듯 소련공산당 정치국은 미국의 중거리미사일 설치와 SDI 발표로 인해 생각을 바꿀 수밖에 없었다. 소련공산당 지도부는 새로운 군비경쟁을 더는 감당할 수 없으며 소련이 자체적인 SDI를 위한 기술적 전제조건도 갖추지 못했다는 것을 알고 있었다.

1982년 10월 1일, 헬무트 콜이 연방총리로 선출되었다. 콜 총리의 대외정책 전략은 다음 두 가지 축에 기반을 두었다.

1. 강력한 NATO, 미국과의 긴밀한 협력 관계
2. 보다 포괄적인 유럽공동체(EC), 프랑스와의 긴밀한 우호 관계
3. 이 기반이 안정적일수록 독일 연방정부가 소련과 바르샤바조약기구 회원국에 대해 적극적이고 공격적인 긴장완화정책을 펼칠 때 재량의 여지가 많았다.

따라서 헬무트 콜 총리는 동서 진영 갈등이 위험한 수준으로 치달았음에도 취임한 지 몇 주 만에 유리 안드로포프 서기장에게 보낸 서한에서 모스크바와의 관계 개선에 대해 관심을 표명했다. 그리고 1983년 7월, 모스크바에서 안드로포프 서기장과 회담을 가졌다. 그러나 안드로포프는 이미 중병을 앓고 있는 상태였다. 안드로포프의 장례식을 계기로 상세하게 이야기를 나눌 수 있었던 후임자 콘스탄틴 트체르넨코 서기장의 상황도 마찬가지였다. 1983년, 84년에는 사실상 두 강대국 간 대화가 제자리걸음을 하고 있었다.

콜 총리는 이런 이유로 1984년 11월 레이건 대통령 재선 직후 워싱턴으로 향했고, 가능한 한 빨리 소련 지도부와 정상외교를 시작하고, 군비 축소 및 통제 협상을 재개할 수 있도록 모든 방법을 동원해달라고 레이건 대통령을 설득하는 데 성공했다. 레이건 대통령은 심지어 콜 총리를 만족시키기 위해 공동 성명서에 기꺼이 그렇게 하겠다고 명시화할 태세였다. 이로써 콜 총리는 소련과 미국, 양측 모두에 영향력을 행사할 의사가 있음을 분명히 했다.

동시에 바르샤바조약기구 회원국들의 모든 개혁 운동을 정치·경제적으로 지원하는 것이 콜/겐셔 정부의 집중 관심사였다. 따라서 독일 정부는 1983년부터 헝가리를 정치·경제·재정적으로 강력히 지원하기 시작했다. 1989년, 헝가리는 네 단계에 걸쳐 국경을 완전히 개방하기 시작했고, 그 결과 동독 주민 수만 명이 탈출해 오스트리아를 거쳐 서독으로 건너올 수 있게 되었다.

그뿐만 아니라 독일 연방정부는 금지되어 있던 폴란드 노조운동 솔리다르노시치도 비밀리에 지원했다. 1989년, 폴란드의 마지막 공산주의 정부와 함께 양국 관계의 새로운 기반을 세울 '위대한 조약'에 관한 협상이 시작되었다. 타데우시 마조비에츠키 총리가 이끄는 최초의 민주 정부와 진행한 독-폴 협상은 성공적으로 마무리되었다.

토도르 지프코프 불가리아 대통령과 라디슬라프 아다메츠 체코슬로바키아 총리와도 회담을 가졌으나, 이렇다할 성과를 거두지 못했다. 두 사람 모두 개혁을 시작하기를 꺼려했다.

또한, 헬무트 콜 총리는 1983년 에리히 호네커 동독 서기장을 본으로 공식 초청한 바 있었다. 그러나 소련은 NATO의 이중 결정을 이유로 거부권을 행사했다.

그렇지만 결정적이었던 것은, 동서독 국민들이 계속 멀어지는 것을 막고 동독 국민들의 편의를 도모할 수 있도록 동서독 국민들이 가능한 한 많이 연락하고 만날 수 있도록 하겠다는 확고한 목표를 가지고 다양한 차원에서 동독 지도부와 대화를 강화한 것이었다. 특히 서독을 방문할 수 있는 동독 시민의 연령 제한을 더 낮추도록 동독 지도부를 설득하는 데 노력이 집중되었다. 프라이카우프(서독이 대가를 지급하고 동독의 정치범을 데려오는 석방사업)도 강화되었다. 동독에 20억 마르크의 차관을 지원하는 것에 관해서는 논란이 있었다. 이 신용대출을 두고 동독 정부의 생존을 돕는 격이라는 비판이 잇따랐다. 그러나 이로써 동독 경계 지역의 자동사격시스템이 철거되었다.

운 좋게도 1985년 3월 미하일 고르바초프가 소련공산당의 새 서기장으로 임명되었다. 세 전임자들과 달리 고르바초프는 젊고 건강했고 역동적이었다. 같은 해 레이건 대통령과 고르바초프 서기장의 정상회담과 양국의 군축회담이 재개되었고, 1987년 사거리 500~5000km인 모든 핵무기 감축에 관한 중거리핵전력조약(INF)을 체결하는 등 빠른 성과를 낳았다.

고르바초프는 또한 바르샤바조약기구 동맹국들에게 더 이상 각국 내정에 간섭하지 않겠다고 발표했고, 실제로 이 약속을 지켰다. 폴란드와 헝가리에서 민주화를 진행하고 국경을 개방했을 때, 양국에 소련군이 주둔해 있었음에도 소련은 개입하지 않았다.

1989년 6월, 고르바초프 서기장이 독일을 방문해 며칠 간 일정을 소화했다. 당시 헬무트 콜 총리와 '공동선언'을 체결했는데, 이 선언에서 소련 지도부는 최초로 '모든 국가의 자결권'을 인정하고자 했다. 오랜 시간 진행된 강도 높은 회담에서 콜 총리는 고르바초프 서기장에게 가능한 한 소련의 글라스노스트와 페레스트로이카 개혁정책을 지지하겠다고 약속했다. 고르바초프는 얼마 지나지 않아 이 제안에 응답하게 된다.

그 무렵 동독에서는 점점 더 많은 사람들이 폴란드와 체코슬로바키아, 또 특히 헝가리를 거쳐 탈출을 시도했다. 헝가리는 9월 초 마침내 국경을 개방했다. 이와 동시에 거의 모든 동독 도시에서 대규모 시위가 시작되었다. 1989년 11월 9일, 놀랍게도 베를린 장벽이 붕괴되었다. 이 상황에 대비되어 있는 사람은 아무도 없었다.

베를린 장벽이 무너지던 날 바르샤바에 있던 콜 총리는 독일로 돌아와 전승 4개국의 국가원수와 정부수반과 통화했다. 4개국 모두 '침착과 이성을 유지하고, 혼란이 발생하지 않도록 해야한다'는 다소 비슷한 대답을 내놓았다. 그 누구도 어떤 개념이나 일종의 전략을 제시하지 못했다. 베를린 장벽 붕괴는 모두에게 놀라움으로 다가왔다.

콜 총리는 1989년 11월 28일 독일 연방하원에서 행한 기조연설에서 '연합 형태의 통일국가'라는 정책 목표를 분명하게 공표했다. 그는 연설에서 어떻게 이 목표를 승전국과 협력하고 전 유럽의 통합과정에 포함시키면서 달성할 것인지 10개항을 들어 설명했다. 구체적인 타임라인은 일부러 언급하지 않았다.

콜 총리는 이 계획에 대해 4개국은 물론 심지어 독일 정부에도 사전에 알리지 않았다. 소련 공산당원들이 동독 상황이 어떻게 전개될지 공개적으로 논의하기 시작한 지는 오래되었음에도 당시 소련 지도부의 동의를 기대하기는 어려웠을 것이다. 곧바로 고르바초프의 강경한 반대가 잇따랐다. 그는 콜 총리의 10개항 연설을 받아들일 수 없는 '명령'이라고 표현했다.

서방 3국은 대중에게 연설하기 전에 먼저 전략을 협의해야 한다고 압박을 가했을지도 모른다. 그랬다면 중요한 역사적인 순간을 놓치게 되었을 수도 있다. 모든 당사국들은 돌이켜보면 콜 총리가 통일을 위한 기회를 적절한 시점에 잘 활용했다는 것을 인정할 수밖에 없을 것이다.

문제는, 어떻게 마침내 승전 4개국의 동의를 얻어냈는가 하는 것이다. 조지 부시 미국 대통령은 처음부터 콜 총리를 절대적으로 지지했다. 부시 대통령은 이미 1989년 5월에 마인츠에서 행한 연설에서 두 가지 중요한 발언을 한 바 있었다. 그는 미국과 독일은 '세계를 이끌어나가는 파트너'라며 새로운 관계를 제안했고, 실제로 재임 동안 무조건적으로 실천했다.

한편 부시 대통령은 소련 지도부에 '우리의 목표는 소련의 정당한 안보 이익을 훼손하려는 것이 아님'을 알아야 한다고 말했다. 부시는 직관적으로 소련의 핵심 관심사를 파악했고 소련의 안보 요구에 선제적으로 대응했다. 고르바초프 서기장을 대할 때도 한 번도 냉전의 승자라는 식으로 나선 적 없었으며, 오히려 늘 동등한 입장에서 파트너로 대했다. 이런 점에서 그는 처음부터 콜 총리와 의견이 일치했다.
또 부시 대통령과 콜 총리는 처음부터 통일 독일은 NATO의 회원국이어야 하며, 유럽 국경선에도 변동이 없어야 한다는 목표에도 동의했다. 오더-나이세 국경은 이미 정해진 것이고, 절대 문제시되지 않았다.

부시 대통령은 특히 마가렛 대처 영국 총리를 설득해 독일 통일을 지지하고 승전 4개국 외무장관과 동서독 정부의 2+4회담에 참여하도록 도움을 주었다. 대처 총리는 새로운 유럽 질서가 확실시되지 않은 상태에서 독일 통일로 인해 그가 보기에 안정적인 전후 질서가

파괴되지는 않을까 걱정하고 있었다. 더욱 커지고 강력해진 통일 독일이 다시 유럽에 위협이 될 수도 있다는 것이었다. 그렇기 때문에 통독의 NATO 잔류는 영국 입장에서도 필수 불가결한 것이었다.

콜 총리는 미테랑 프랑스 대통령이 초반에 독일 통일에 대해 주저하는 모습을 보이자 특히 실망했다. 베를린 장벽이 무너지기 며칠 전 본에서 열린 공동기자회견에서는 미테랑 대통령이 독일의 자결권에 긍정적인 의견을 냈기 때문이었다. 미테랑 대통령은 통일 독일은 프랑스보다 훨씬 더 크고 경제적으로 더 강해질 것이고, 그러면 더이상 양자간, 특히 유럽 통합의 동력으로 긴밀히 협력하는데 자국만큼 관심을 갖지 않을 수도 있다고 우려하고 있었다.
콜 총리는 즉각 대응했다. 1989년 12월, 미테랑 대통령에게 서한을 보내 유럽 통합의 진전을 위해 새로운 공동 이니셔티브를 마련하고 정치 연합이라는 목표를 위해 힘쓸 것을 제안했다. 미테랑 대통령은 곧바로 동의했고, 유럽공동체(EC)도 1990년 4월 더블린에서 개최된 특별 정상회의에서 독-불 공동 이니셔티브를 승인했다.

이와 함께 1989년 6월 하노버에서 EC정상회담에서 의결한 유럽경제통화동맹을 위한 공동 준비가 진행되었다. 당시까지만 해도 그 누구도 독일 통일에 대해 생각하고 있지 않았다.

핵심 문제가 남아있었다. 바로 소련 지도층의 동의를 얻기 위해서는 무엇을 해야 하고 또 해주어야 하는가 하는 문제였다. 단일 조치만으로는 미하일 고르바초프 서기장의 반대를 극복하기에 역부족일 것이 분명했다. 해결책으로는 고르바초프의 개혁정책을 지지하고, 향후 양국 간, 동서 진영 간 협력을 위한 제안과 지원책을 가능한 한 많이 모아서 제안하는 수 밖에 없었다.

1989/90년 겨울, 소련은 극심한 공급 위기를 겪게 되었다. 고르바초프 서기장은 1990년 1월 콜 총리가 자신의 개혁정책을 지원하겠다던 약속을 상기시키며 식품과 기타 생필품을 공급해달라고 요청했다. 콜 총리와 연방정부는 즉시 도움을 주었다. (그 결과) 독일 정부는 1990년 한 해에 소련과 22개에 달하는 조약과 협정을 체결했다.

콜 총리는 동시에 세계경제정상회의를 포함한 모든 정상회담은 물론 EC와 NATO 회원국과의 회담까지 활용하여 고르바초프의 개혁 정책에 대한 경제적, 재정적 지원을 위해 힘썼다. 이 도움이 얼마나 절실했는지는 1990년 5월 소련 정부가 소련의 지급능력을 확보하기 위해 50억 달러 차관지원을 요청했을 때 명백해졌다.

그러나 소련과의 협상에서 진정한 돌파구는 1990년 4월 헬무트 콜 총리가 통일 이전에 독일과 소련 간 국제조약을 맺기 위한 협상과 그 이후의 공동 서명 및 비준을 제안하면서 마련되었다. 특히 결정적인 요인은 바로 독일이 소련의 안보정책을 분명히 보장한다는 내용을

조약에 확실히 하겠다고 제안한 것이었다. 고르바초프 총서기와 에두아르 셰바르드나제 외무장관은 이 제안에 거의 반기다시피 반응했다. 이 '위대한 조약'은 1990년 11월 독일 통일 이후 콜 총리와 고르바초프 서기장에 의해 체결·비준되었다.

독일 측의 이러한 안보 보장은 1990년 7월 런던에서 열린 NATO 특별 정상회의에서 그 틀을 갖추게 되었고 상당한 지지를 받았다. NATO 회원국들은 최종 결의문에서 '바르샤바조약기구 회원국에 우호의 손을 건네겠다'고 선언했다. 이는 고르바초프 서기장이 나중에 직접 확인해주었듯 소련 공산당 대회를 앞두고 그에게 큰 도움이 되었다.

소련과 오늘날 러시아와의 관계에서 상호 안보 문제는 이해와 협력을 위한 열쇠였고, 지금도 그렇다. 이를 기반으로 독일 정부와 미국, 유럽 파트너들은 1989년과 1990년 국가원수 및 정부수반 차원에서, 특히 2+4회담에서는 외무장관 차원에서, NATO와 EC, 세계경제정상회의의 다국적 기구 내에서 긴밀히 협력했다.

성공 요인을 요약하자면 다음과 같다.

1. 당사자들은 서로를 신뢰했고 또 신뢰할 수 있었다. (서로) 약속을 지켰다. 고르바초프 서기장은 콜 총리와 부시 대통령에 대한 신뢰가 없었다면 많은 것들이 다르게 흘러갔을 것이라고 말하기도 했다.
2. 서독과 서방 협력국들은 고르바초프의 개혁 정책을 정치·경제·재정 면에서 지지하고 지원할 준비가 되어 있었다.
3. 소련의 안보 이해관계가 직접 고려되었다. 포괄적인 군비 축소 및 통제 협정이 미국과 체결되었다(INF/START/생화학무기금지/신뢰 및 안보구축 조치(CSBM)). NATO 회원국은 우호 관계와 협력을 제의했다. 독일과 맺은 '위대한 조약'에 안보 보장 조항이 포함되어 있었다.

이 모든 과정의 정점은 1990년 11월 진행된 '공동 유럽을 위한 파리 헌장' 서명이었는데, CSCE의 34개 회원국 국가원수 및 정부수반이 모두 서명했다. 목표는 밴쿠버에서 블라디보스톡에 이르는 범유럽적인 평화·안보 질서, 고르바초프 서기장이 늘 말했던 모든 구성원이 같은 수준의 안보를 갖춘 '유럽 공동의 집'이었다. 얼마나 멋진 비전이며, 얼마나 큰 꿈인가!

1991년 5월 9일, 프랑수아 미테랑 프랑스 대통령은 독일 아헨에서 "유럽이 희망을 가져야 할 이유가 이토록 많았던 적이 없었다"고 말했다.

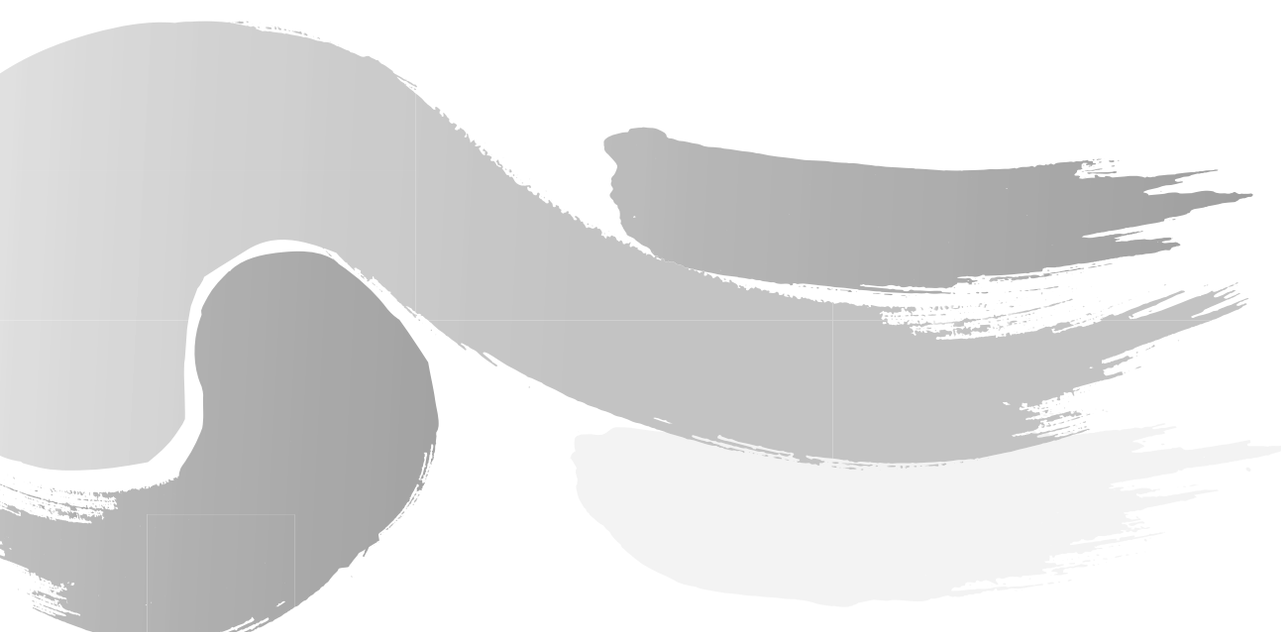
하지만 우리는 이 비전에서 무엇을 해냈는가?

SESSION 1.
Aktuelle Lage auf der koreanischen Halbinsel und Prozesse der Annäherung in Deutschland

SESSION 1-2.

Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im Prozess der Deutschen Einheit

Horst Teltschik,
Außenpolitischer Berater von Bundeskanzler Helmut Kohl



Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im Prozess der Deutschen Einheit.

Horst Teltschik

(Vortrag anl. der 9. Sitzung des Deutsch – Koreanischen Konsultationsgremiums zu Vereinigungsfragen am 12.6. 2019 in Pyeongchang)

Das 20. Jahrhundert war in der ersten Hälfte von zwei Weltkriegen geprägt - mit über 100 Millionen Toten: Soldaten und Zivilisten. Das Ergebnis war die Spaltung Europas und Koreas. Deutschland und seine Hauptstadt Berlin verloren ihre Souveränität und wurden der Verantwortung der Vier Siegermächte: USA, Frankreich, Großbritannien und UdSSR unterworfen. Die politische und militärische Trennungslinie zwischen den drei Westmächten und der Sowjetunion verlief durch Deutschland und durch seine Hauptstadt Berlin. Korea trennt bis heute der 38. Breitengrad.

Global entwickelte sich eine bipolare Weltordnung, bestimmt von den beiden nuklearen Weltmächten USA und UdSSR mit ihren jeweiligen Bündnissystemen NATO und Warschauer Pakt und dem ideologischen Ausschließlichkeitsanspruch der KPdSU.

Den beiden heißen Weltkriegen folgte nach 1945 für die nächsten fünf Jahrzehnte der Kalte Krieg. Die nukleare Aufrüstung hatte zu einem militärischen Gleichgewicht zwischen West und Ost geführt. Die Politik der gegenseitigen nuklearen Abschreckung konnte jedoch gefährliche politische Krisen nicht verhindern, die beide Seiten an den Rand eines neuen Weltkrieges bringen sollten. Dazu zählt die sowjetische Berlin – Blockade vom Juni 1948

bis Mai 1949 als auch das Berlin – Ultimatum von Generalsekretär Nikita Chruschtschow 1958 und die darauf folgende Kubakrise 1962. In Berlin standen sich amerikanische und sowjetische Panzer schussbereit in Sichtweite gegenüber. Von Kuba aus drohte ein sowjetischer Raketenangriff auf die USA. Nicht zu vergessen sind die blutigen militärischen Interventionen Moskaus 1953 zur Niederschlagung des Arbeiteraufstandes in der DDR, 1956 in Ungarn und 1968 in Prag. Noch 1983 drohte Generalsekretär Juri Andropov mit einem dritten Weltkrieg, sollte die NATO amerikanische Mittelstreckenraketen in Europa aufstellen.

Die Kubakrise - gewissermaßen der Höhepunkt des Kalten Krieges - sollte aber zugleich zu einer Neuausrichtung der Politik der USA und am Ende der Atlantischen Allianz gegenüber der Sowjetunion führen. Am 10. Juni 1963 verkündete der amerikanische Präsident John F. Kennedy in seiner Rede an der American University in Washington seine „Strategie des Friedens“. Entgegen dem Rat seiner meisten Berater hatte er in direkten persönlichen Verhandlungen mit dem sowjetischen Generalsekretär Nikita Chruschtschow am 28 November 1962 den Abzug der gegeneinander gerichteten Mittelstreckenraketen vereinbart. Danach wurden die sowjetischen Atomraketen aus Kuba sowie die amerikanischen Atomraketen aus der Türkei und Italien abgezogen. Geleitet zu seiner einsamen Entscheidung habe ihn – so Kennedy – die Erkenntnis, dass „alles, was wir aufgebaut haben, …in den ersten 24 Stunden zerstört würde… sowohl die Vereinigten Staaten und ihre Alliierten als auch die Sowjetunion und ihre Alliierten haben ein tiefes, auf Gegenseitigkeit beruhendes Interesse daran, dass ein gerechter und ehrlicher Frieden herrscht und dem Wettrüsten Einhalt geboten wird“. Diese Rede wurde sogar ungekürzt und unverändert in der sowjetischen Presse veröffentlicht.

Kennedys „Strategy of Peace“ wurde zum Vorbild für die NATO und später für die deutsche Entspannungspolitik von Bundeskanzler Willy Brandt. Im Dezember 1967 verabschiedeten die 15 Mitgliedsstaaten der NATO den sogenannten Harmel – Bericht. Gemeinsam stellen sie fest: „Militärische Sicherheit und eine Politik der Entspannung stellen keinen Widerspruch, sondern eine gegenseitige Ergänzung dar“.

Im Frühjahr 1969, ein halbes Jahr nach der sowjetischen Niederschlagung des

Prager Frühlings, griff Außenminister Willy Brandt einen alten Vorschlag von Nikita Chruschtschow auf und regte eine europäische Sicherheitskonferenz an. Er wollte diese Idee nicht der Sowjetunion überlassen. Daraus entwickelte sich die Initiative für die „Konferenz für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa“ (KSZE). Parallel verhandelte und unterzeichnete die Bundesregierung Brandt / Scheel bilaterale Verträge mit Moskau, Warschau, Prag, einen Grundlagenvertrag und andere Abkommen mit der DDR. Hinzu kam 1971/72 ein Viermächteabkommen. Höhepunkt dieser Entspannungspolitik war die Unterzeichnung der KSZE – Schlussakte am 1. September 1975 in Helsinki.

Doch die Atlantische Allianz sollte eine wichtige Erfahrung machen. Trotz dieser intensiven Entspannungspolitik und der Unterzeichnung der KSZE – Schlussakte im September 1975 begann der sowjetische Generalsekretär Leonid Breshnew in den Folgejahren mit der Aufrüstung neuer atomarer Mittelstreckenraketen (SS 20). Sie waren von der Reichweite nicht gegen den Hauptgegner, die USA, sondern gegen die Europäer gerichtet, die sich – wie Willy Brandt – am stärksten für eine Entspannungspolitik eingesetzt haben.

Die NATO antwortete auf Initiative des SPD – Bundeskanzlers Helmut Schmidt mit einem Doppelbeschluss: Entweder baue die Sowjetunion die Mittelstreckenraketen wieder ab oder die NATO werde ihrerseits amerikanische Mittelstreckenraketen in Westeuropa aufstellen. Doch die amerikanisch – sowjetischen Abrüstungsverhandlungen in Genf scheiterten.

1983 begann die Bundesregierung Kohl / Genscher und andere europäische Regierungen trotz anhaltender Massendemonstrationen amerikanische Raketen zu stationieren. Der französische Präsident Francois Mitterand, Sozialist, unterstützte im Januar 1983 in einer Rede im Deutschen Bundestag die Entscheidung der NATO. Dagegen drohte der sowjetische Generalsekretär Juri Andropov mit einem dritten Weltkrieg.

Der Kalte Krieg war zurückgekehrt und hatte einen neuen Höhepunkt erreicht. Der amerikanische Präsident Ronald Reagan hatte zusätzlich mit seiner öffentlichen Charakterisierung der Sowjetunion als „evil empire“ und der Ankündigung einer „Strategic Defense Initiative“ (SDI) Öl ins Feuer gegossen. Doch der spätere Präsident der UdSSR, Michail Gorbatchev, sollte einmal

bekennen, dass beide Entscheidungen: die Aufstellung der amerikanischen Mittelstreckenraketen wie die Ankündigung von SDI, das sowjetische Politbüro zum Umdenken gezwungen habe. Die Führung der KPdSU wusste, dass sie sich ein neues Wettrüsten nicht mehr leisten könne und dass die Sowjetunion nicht über die technologischen Voraussetzungen für ein eigenes SDI – Programm verfüge.

Am 1. Oktober 1982 wurde Helmut Kohl zum neuen Bundeskanzler gewählt. Seine außenpolitische Strategie fußte gewissermaßen auf zwei Säulen:

1. auf einer starken Atlantischen Allianz und auf der engen Partnerschaft mit den USA, und
2. auf einer sich weiter integrierenden Europäischen Gemeinschaft (EG) und einer engen Freundschaft mit Frankreich.
3. Je stabiler diese Grundlage, umso größer erwies sich der Spielraum der Bundesregierung für eine aktive und offensive Entspannungspolitik gegenüber der Sowjetunion und den Warschauer Pakt – Staaten.

Trotz der gefährlichen Zuspitzung des Ost – West – Konfliktes bekundete deshalb Bundeskanzler Helmut Kohl - nur wenige Wochen im Amt - in einem Schreiben an Generalsekretär Juri Andropov sein Interesse, die Beziehungen zu Moskau zu verbessern. Und im Juli 1983 traf er mit Andropov in Moskau zusammen. Doch dieser war bereits von einer schweren Krankheit gezeichnet. Das gleiche galt für seinen Nachfolger Konstantin Tschernenko, mit dem der Bundeskanzler anlässlich der Trauerfeier seines Vorgängers ausführlich sprechen konnte. In diesen beiden Jahren 1983/84 war der Dialog zwischen beiden Weltmächten praktisch zum Stillstand gekommen.

Aus diesem Grunde reiste Bundeskanzler Helmut Kohl unmittelbar nach der Wiederwahl von Ronald Reagan im November 1984 nach Washington. Es gelang ihm, den Präsidenten zu überzeugen, alle Möglichkeiten zu nutzen, um die Gipfeldiplomatie mit der sowjetischen Führung so bald als möglich in Gang zu bringen und auch die Abrüstungs- und Rüstungskontrollverhandlungen

wieder aufzunehmen. Reagan war sogar bereit, seine Bereitschaft dazu zur Genugtuung von Helmut Kohl in einem gemeinsamen Kommuniqué festzuschreiben. Damit hatte der Bundeskanzler deutlich gemacht, dass er gewillt war, auf beide Seiten einzuwirken, auf Moskau wie auf Washington.

Parallel dazu war es das gezielte Interesse der Bundesregierung Kohl / Genscher, alle Reformbewegungen in den Warschauer Pakt – Staaten politisch und wirtschaftlich zu unterstützen. Seit 1983 galt das im Fall von Ungarn, das die Bundesregierung politisch, wirtschaftlich und finanziell intensiv unterstützte. 1989 begann Ungarn, in vier Schritten die Grenzen voll zu öffnen und damit für zehntausende DDR – Flüchtlinge den Weg über Österreich nach Deutschland zu ermöglichen.

Dazu kam die geheime Unterstützung der verbotenen polnischen Gewerkschaftsbewegung Solidarnosc durch die Bundesregierung. 1989 begannen Verhandlungen noch mit der letzten kommunistischen Regierung über einen „Großen Vertrag“, der die Beziehungen der beiden Staaten auf eine neue Grundlage stellen sollte. Die deutsch – polnischen Verhandlungen wurden mit der ersten demokratisch gewählten Regierung unter Ministerpräsident Tadeusz Mazowiecki erfolgreich abgeschlossen.

Gespräche wurden mit dem bulgarischen Präsidenten Todor Schiwkow und dem tschechoslowakischen Ministerpräsidenten Ladislav Adamec geführt. Sie blieben ohne Ergebnis. Beide waren nicht bereit, Reformen einzuleiten.

Bundeskanzler Helmut Kohl hatte darüber hinaus den Generalsekretär Erich Honecker bereits 1983 zu einem offiziellen Besuch nach Bonn eingeladen. Doch Moskau hatte aufgrund des NATO - Doppelbeschlusses ein Veto eingelegt.
Entscheidend war jedoch die Intensivierung der Gespräche auf verschiedenen Ebenen mit der DDR – Führung mit dem klaren Ziel, so viel an Kontakten und Begegnungen zwischen den Menschen auf beiden Seiten zu schaffen als möglich, um ein weiteres Auseinanderleben zu verhindern und Erleichterungen für die Menschen in der DDR zu erreichen. Im Vordergrund stand das Bemühen, die DDR – Führung dazu zu bewegen, die Altersbegrenzung von DDR – Bürgern für Reisen in die Bundesrepublik weiter zu senken. Der Freikauf von DDR – Häftlingen wurde verstärkt. Umstritten war eine Kredithilfe der

Bundesregierung von zwei Milliarden DM an die DDR. Kritiker bezeichneten diesen Kredit als Überlebenshilfe für das DDR - Regime. Erreicht wurde damit der Abbau von Selbstschussanlagen an der DDR – Grenze.

Der Glücksfall wollte es, dass im März 1985 Michail Gorbatchev zum neuen Generalsekretär der KPdSU ernannt worden war. Im Gegensatz zu seinen letzten drei Vorgängern war er jung, gesund und dynamisch. Noch im gleichen Jahr wurden die Gipfelgespräche zwischen Präsident Ronald Reagan und Michail Gorbatschow und die Abrüstungsgespräche zwischen beiden Weltmächten wieder aufgenommen und führten 1987 mit dem INF – Vertrag über den Abbau aller Nuklearwaffen der Reichweite zwischen 500 und 5.000 km zu raschen Ergebnissen.

Gorbatschow hatte darüber hinaus seinen Verbündeten im Warschauer Pakt angekündigt, dass er sich nicht mehr in ihre inneren Angelegenheiten einmischen werde. Und er hat Wort gehalten. Er hat weder in Polen noch in Ungarn eingegriffen, als beide Staaten die Demokratisierung durchgesetzt und die Grenzen geöffnet haben, obwohl in beiden Staaten noch sowjetische Truppen stationiert waren.

Im Juni 1989 traf Gorbatschow zu einem mehrtägigen Besuch in Deutschland ein. Gemeinsam unterzeichnete er mit Helmut Kohl eine „Gemeinsame Erklärung“, in der die sowjetische Führung erstmals bereit war, „das Selbstbestimmungsrecht aller Völker“ anzuerkennen. In den langen und intensiven Gesprächen sicherte Bundeskanzler Kohl Gorbatschow zu, ihn bei seiner Reformpolitik Glasnost und Perestroika in der Sowjetunion zu unterstützen, soweit das möglich sei. Auf dieses Angebot sollte Gorbatschow bald zurückkommen.

In der DDR war in der gleichen Zeit eine immer größer werdende Fluchtbewegung über Polen, der Tschechoslowakei und insbesondere über Ungarn in Gang gekommen. Anfang September hatte Budapest die Grenzen endgültig geöffnet. Gleichzeitig begannen in fast allen Städten der DDR Massendemonstrationen. Am 9. November 1989 fiel überraschenderweise die Mauer. Niemand war darauf vorbereitet.

Bundeskanzler Helmut Kohl, der an diesem Tag noch in Warschau weilte, telefonierte nach Rückkehr mit den Staats- und Regierungschefs aller vier Siegermächte. Alle Vier regierten mehr oder weniger in gleicher Weise: ´Es gelte, jetzt Ruhe und Vernunft zu wahren und zu verhindern, dass ein Chaos entstehe`. Keiner hatte ein Konzept oder eine Art Strategie vorzuweisen. Der Fall der Mauer war für alle überraschend gekommen.

Bundeskanzler Helmut Kohl nutzte die Chance, am 28. November 1989 in einer Grundsatzrede im Deutschen Bundestag das Ziel seiner Politik unmissverständlich anzukündigen: die Wiedervereinigung Deutschlands in Form einer Föderation. Gleichzeitig erläuterte er in zehn Punkten seine Strategie, wie er dieses Ziel in Einvernehmen mit den Vier Mächten und eingebettet in einen gesamteuropäischen Prozess erreichen wolle. Einen Zeitplan zu nennen, hatte der Bundeskanzler bewusst vermieden.

Vorab hatte der Bundeskanzler weder die vier Siegermächte noch seine eigene Regierung unterrichtet. Eine Zustimmung der sowjetischen Führung wäre zu diesem Zeitpunkt nicht zu erwarten gewesen, obwohl einzelne Mitglieder der KPdSU längst begonnen hatten, auch öffentlich darüber zu sprechen, wohin die Entwicklung in der DDR führen könnte. Das harte Nein von Gorbatschow sollte auch kurz darauf folgen. Er bezeichnete die Zehn – Punkte – Rede als ein „Diktat“, das er nicht akzeptieren könne.

Die drei Westmächte hätten vermutlich den Bundeskanzler dazu gedrängt, erst mit ihnen die Strategie zu besprechen, bevor er sich an die Öffentlichkeit wendet. Das hätte dazu geführt, dass möglicherweise der wichtige, historische Augenblick verpasst worden wäre. Im Rückblick müssten alle Beteiligten eingestehen, dass Bundeskanzler Kohl die Chance zur Wiedervereinigung im richtigen Augenblick genutzt hat.

Bleibt die Frage, wie es gelungen ist, am Ende die Zustimmung aller Vier Siegermächte zu gewinnen. Präsident George Bush hat den Bundeskanzler von Anfang an vorbehaltlos unterstützt. Bereits im Mai 1989 hatte er in einer Rede in Mainz zwei entscheidende Aussagen getroffen. Er hatte Deutschland „partnership in leadership“ angeboten und sie auch in seiner Amtszeit uneingeschränkt praktiziert.

Gleichzeitig hatte er an die sowjetische Führung gewandt versprochen, dass sie wissen solle, „dass unser Ziel nicht darin besteht, ihre legitimen Sicherheitsinteressen zu untergraben“. Mit sicherem Instinkt hatte Präsident Bush den Kern des sowjetischen Interesses begriffen und auf das Sicherheitsbedürfnis der Sowjetunion offensiv reagiert. Er trat gegenüber Gorbatschow auch nie in der Attitüde des Gewinners des Kalten Krieges auf, sondern behandelte ihn stets als einen Partner auf gleicher Augenhöhe. Darin war er sich von Anfang an mit Helmut Kohl einig.

Einig waren sich Bush und Kohl von Anbeginn auch in der Zielsetzung, dass ein geeintes Deutschland Mitglied der NATO und die Grenzen in Europa unverändert bleiben müssen. Die Endgültigkeit der Oder – Neiße – Grenze stand nie in Frage.

Besonders hilfreich war George Bush in dem Bemühen, die britische Premierministerin Margret Thatcher zu überzeugen, der Wiedervereinigung Deutschlands zuzustimmen und sich an den 2 + 4 – Verhandlungen der Außenminister der vier Siegermächte mit den beiden deutschen Regierungen zu beteiligen. Margret Thatcher hatte die große Befürchtung, dass durch die Wiedervereinigung Deutschlands die aus ihrer Sicht stabile Nachkriegsordnung zerstört werden würde, ohne dass eine neue europäische Ordnung erkennbar sei. Ein geeintes und noch größeres und stärkeres Deutschland könnte auch wieder zu einer Gefahr in Europa werden. Auch für sie war deshalb die NATO – Mitgliedschaft eines geeinten Deutschland unverzichtbar.

Besonders enttäuscht war Bundeskanzler Helmut Kohl über die anfänglich zögerliche Unterstützung des französischen Präsidenten Francois Mitterand, der sich noch wenige Tage vor dem Fall der Mauer in einem gemeinsamen Pressegespräch in Bonn so positiv zum Selbstbestimmungsrecht des deutschen Volkes geäußert hatte. Präsident Mitterand hatte die große Sorge, dass ein geeintes Deutschland, dann noch größer und wirtschaftlich noch stärker als Frankreich nicht mehr im gleichen Maße daran interessiert sein könnte, so eng wie bisher mit Frankreich bilateral und vor allem als Motor der europäischen Integration zusammenzuarbeiten.

Bundeskanzler Helmut Kohl reagierte sofort. Noch im Dezember 1989 schrieb er Mitterand einen Brief und schlug vor, gemeinsam eine neue Initiative zur Vertiefung der europäischen Integration zu ergreifen und das Ziel einer Politischen Union anzustreben. Mitterand stimmte sofort zu, und bereits im April 1990 stimmte auch die EG auf ihrem Gipfel in Dublin dieser jetzt gemeinsamen deutsch – französischen Initiative zu.

Parallel dazu verliefen die gemeinsamen Vorbereitungen für eine europäische Wirtschafts- und Währungsunion, die der EG – Gipfel bereits im Juni 1989 in Hannover beschlossen hatte, als noch keiner an eine Wiedervereinigung Deutschlands dachte.

Es blieb die Schlüsselfrage: Was sollte, was musste die Bundesregierung tun, um die Zustimmung der sowjetischen Führung zu erreichen? Es war offensichtlich, dass keine Einzelmaßnahme reichen würde, um Generalsekretär Michail Gorbatschows Nein zu überwinden. Die Antwort konnte nur heißen, ein möglichst großes Paket von Vorschlägen und Angeboten zur Unterstützung der Reformpolitik Gorbatschows und zur zukünftigen Zusammenarbeit zwischen beiden Ländern und zwischen Ost und West anzubieten.

Im Winter 1989/90 litt die Sowjetunion unter einer extremen Versorgungskrise. Michail Gorbatschow ließ im Januar 1990 Helmut Kohl an sein Versprechen erinnern, ihn bei seiner Reformpolitik zu unterstützen und bat um die Lieferung von Nahrungsmitteln und anderen Versorgungsgütern. Der Bundeskanzler und seine Regierung halfen sofort. Insgesamt schloss die Bundesregierung im Jahr 1990 22Verträge und Abkommen mit der UdSSR.

Gleichzeitig nutzte der Bundeskanzler jedes Gespräch mit seinen einzelnen EG – und NATO – Partnern wie jedes Gipfeltreffen, einschließlich des Weltwirtschaftsgipfels, um für wirtschaftliche und finanzielle Unterstützung für die Reformpolitik Gorbatschows zu werben. Wie dringlich diese Hilfe war, erwies sich im Mai 1990, als die sowjetische Regierung vertraulich einen fünf Milliarden Dollarkredit erbat, um die Zahlungsfähigkeit der UdSSR zu sichern.

Doch der eigentliche Durchbruch in den Verhandlungen mit Moskau gelang mit dem Vorschlag von Bundeskanzler Helmut Kohl vom April 1990, einen völkerrechtlich verbindlichen Vertrag zwischen dem geeinten Deutschland und der UdSSR noch vor der Wiedervereinigung zu verhandeln und ihn danach gemeinsam zu unterschreiben und zu ratifizieren. Entscheidend war vor allem das Angebot, in diesem Vertrag klare sicherheitspolitische Garantien Deutschlands gegenüber der Sowjetunion zu verankern. Michail Gorbatschow und sein Außenminister Eduard Schewardnadse reagierten fast euphorisch auf diesen Vorschlag. Dieser gemeinsame „Große Vertrag“ wurde im November 1990 nach der Wiedervereinigung von Bundeskanzler Helmut Kohl und Präsident Michail Gorbatschow gemeinsam unterschrieben und ratifiziert.

Diese sicherheitspolitischen Garantien von deutscher Seite wurden eingerahmt bzw. maßgeblich unterstützt durch den NATO – Sondergipfel im Juli 1990 in London. In einer abschließenden Entschließung erklärten die NATO - Mitgliedstaaten, dass ´sie den Staaten des Warschauer Paktes die Hand zur Freundschaft reichen`. Für Michail Gorbatschow war das angesichts seines bevorstehenden Parteitages der KPdSU sehr hilfreich, wie er es selber später bestätigte.

Im Umgang mit der Sowjetunion und heute mit Russland waren und sind Themen der beiderseitigen Sicherheit der Schlüssel für Verständigung und Zusammenarbeit. 1989/90 haben in diesem Rahmen die Bundesregierung, die USA und die europäischen Partner auf der Ebene der Staats- und Regierungschefs, auf der Ebene der Außenminister vor allem in den 2 + 4 – Verhandlungen und innerhalb der multi – nationalen Organisationen der NATO, der EG und des Weltwirtschaftsgipfels aufs Engste zusammengearbeitet.

Die Gründe des Erfolgs zusammengefasst waren:

1. Die Verantwortlichen haben und konnten sich gegen seitig vertrauen. Zusagen wurden eingehalten. Michail Gorbatschow sagte einmal, wenn er nicht das Vertrauen in Helmut Kohl und George Bush gehabt hätte, wäre vieles anders gelaufen.
2. Die Bundesrepublik Deutschland und westliche Partner waren bereit, die Reformpolitik Gorbatschow politisch sowie wirtschaftlich und finanziell zu unterstützen.
3. Dem Sicherheitsinteresse der Sowjetunion wurde unmittelbar Rechnung getragen. Mit den USA wurden weitreichende Abrüstungs- und Rüstungskontrollvereinbarungen unterzeichnet (INF / START / Verbot B- und C – Waffen / VSBM). Die NATO – Mitgliedsstaaten haben Freundschaft und Zusammenarbeit angeboten. Der „Große Vertrag“ mit Deutschland enthielt Sicherheitsgarantien.

Der gemeinsame Höhepunkt war die Unterzeichnung der „Pariser Charta für ein gemeinsames Europa“ im November 1990, unterschrieben von allen 34 Staats- und Regierungschefs der KSZE – Mitgliedsstaaten. Das Ziel war eine Gesamteuropäische Friedens- und Sicherheitsordnung von Vancouver bis Wladiwostok, das „Gemeinsame Europäische Haus“, von dem Präsident Michail Gorbatschow immer gesprochen hatte, in dem alle Mitglieder über die gleiche Sicherheit verfügen. Welch` eine Vision!? Welch` ein Traum!?

Am 9. Mai 1991 sagte der französische Präsident Francois Mitterand in Aachen: „Europa hatte lange nicht so viele Gründe zur Hoffnung“.

Doch was haben wir aus dieser Vision gemacht?

MEMO.

SESSION 2.
동서독 관계의 긴장완화와 남북연락사무소
Entspannung der innerdeutschen Beziehungen und das innerkoreanische Verbindungsbüro

사회 : **크리스티안 히르테** 독일 경제에너지부 차관

Moderator : Der Parlamentarische Staatssekretär **Christian Hirte**

SESSION 2-1.
상주대표부의 임무와 직책
Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Funktionen der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR

한스-헤닝 카아저스, 前 동독측 상주대표부 관계자

Hans-Henning Kaysers,
Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR

SESSION 2-2.
남북연락사무소의 역할과 비전
Die Rolle der internationalen Gemeinschaft im Prozess der Deutschen Einheit

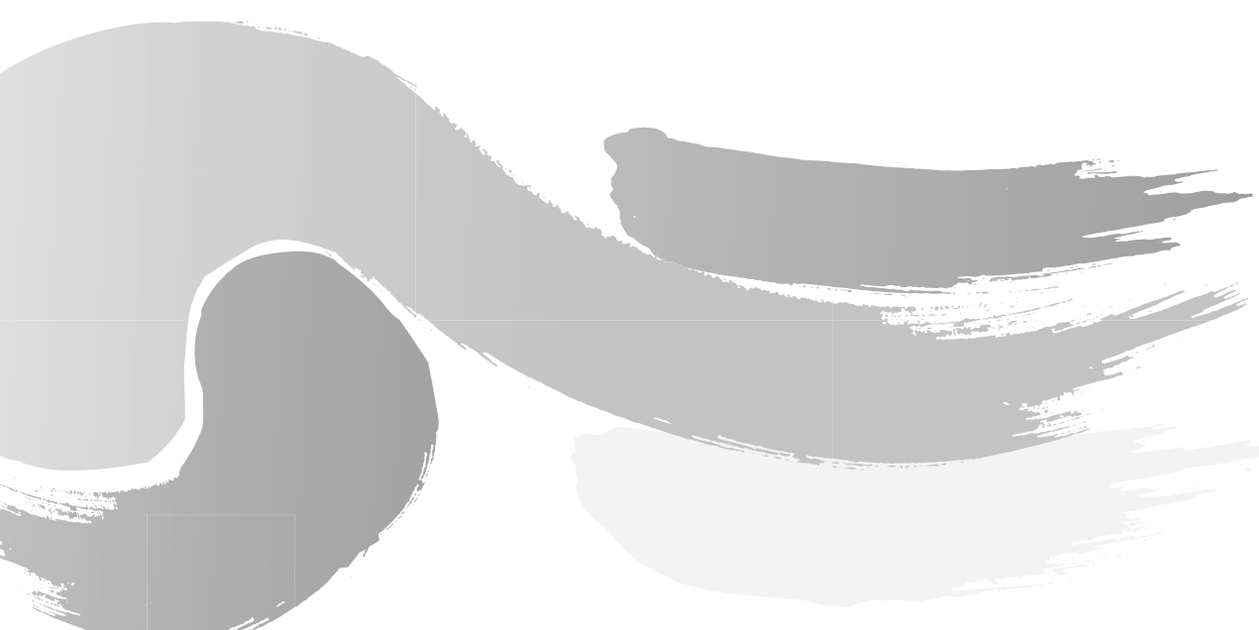
김창수, 남북공동연락사무소 부소장

Chang-su Kim,
Stellvertretender Leiter des innerkoreanischen Verbindungsbüros auf Seiten des Südens

SESSION 2.
동서독 관계의 긴장완화와 남북연락사무소

SESSION 2-1.
상주대표부의 임무와 직책

한스-헤닝 카아저스,
前 동독측 상주대표부 관계자



동베를린 주재 서독 상주대표부와 본(Bonn) 주재 동독 상주대표부의 업무, 책임 및 역할

한스-헤닝 카이저스(Hans-Henning Kaysers)
서독 상주대표부 Referatsleiter 1980~1986

I.

제2차세계대전이 끝난 이후, 중부유럽을 관통한 철의 장막이 두 독일 국가를 나누었다. 이웃 국가에 무슨 일이 일어나고 있는지 모르는 사람이 대부분이었다. 동독 한가운데에 위치한 베를린의 절반이 독일연방공화국의 일부였기 때문에 더욱 심각한 문제였다. 서베를린으로 가기 위해서는 동독을 통과하는 안전한 경로에 의존해야 했다.
독일과 베를린에 대해 최고 권위를 지녔던 미국, 소련, 영국, 프랑스 등 4대 승전국이 1970년대 초에 독일의 새로운 질서에 대한 협상을 시작했을 때, 상황이 근본적으로 바뀌었다. 종전 후 25년이 지나면서 모든 측은 상황 완화에 대한 기대가 커졌다. 특히 서독과 동독은 중부유럽에서의 치열한 전쟁이 자신의 종말을 의미한다는 알고 있었기 때문에 긴장 완화에 대한 근본적인 관심을 보였다.

나아가 양국은 새로운 질서 확립에 대해 상당한 정치적 및 경제적 관심을 가지고 있었다. 동독은 베를린 접근교통, 여행 수단, 이산가족 재결합 등을 위한 안전한 규제를, 서독은 주권국가로서의 인정과 무이자 장기차관 스윙(Swing)과 같은 경제적 이점을 제공할 수 있었다.
1971년 베를린에 대한 4대국 협정을 통해 중부유럽에 지속가능한 이해관계의 균형이 이루어졌다. 4대국 협정을 바탕으로 양독은 1972년 동서독 기본조약을 체결했는데, 양국 수도에 각각 상주대표부를 개설을 명시적으로 허용했다. 대사관이라는 명칭은 외국에게만 해당되기 때문에 사용할 수 없었다. 헌법 상으로도 동독은 외국이 아니었다. 상주대표부의 대표도 대사라고 불릴 수가 없었다. 대신 상주대표라는 명칭이 쓰였다. 이 명칭은 새로운 명칭이 아닌, 외무부의 업무분야에서 온 것이다.

1974년 5월 2일 상주대표부가 설치되어 업무를 시작하였다. 서독 대표부는 약 90명을 고용하여 외무부의 가장 큰 부서 중 하나였다. 대부분이 연방정부 파견 공무원이었다. 특히 외무부의 계급제(Laufbahn) 공무원으로 구성된 정치부 직원이었다. 상주대표부에서의 직위는 외무부의 다른 직위와 동일했다. 특히 외무부 원칙에 따라 3년 후에 다른 부서로 전출되어야 했다.

본(Bonn) 부처나 다른 서베를린 행정 부서에서 상주대표부로 파견된 직원은 해당되지 않았다. 상주대표부에서의 파견기간 후에는 파견 전 부서로 돌아가야 했다.
빈 협약을 외교 관계에 적용하는 것이 업무의 기초였다. 동독은 이를 준수했으며 피해 받은 사람은 없다.

상주대표부는 대표, 대표 대리인, 정치 부서, 법무 부서, 경제 부서로 구성되었다. 그 외에 비서진, 기사 등 일반 행정 직원도 있었다. 대표는 사무차관급에 해당되었다.
대표부 직원에게는 거주의무가 부과되어 가족과 함께 대표부가 있는 곳으로 이사했다. 이를 위해 서독 정부가 단독 주택과 아파트를 임대했다. 자녀들은 학교 통학버스를 이용해 서독에 위치한 학교를 다녔다.

II.

상주대표부의 역할과 임무를 요약하면 다음과 같이 세 가지 영역으로 나눌 수 있다.
- 동독 정부와 상시적인 연락이 가능했다.
- 다양한 분야에서 동독과 계약 협상을 시작하고 진행했다.
- 동독 교도소에 자유형을 살고 있는 서독 출신 수감자를 지원했다.
세부적인 내용은 다음과 같다.

상주대표부를 설치하기 전에는 두 이웃국가 간 대화를 할 수 있는 기회가 적었다. 상주대표부를 설립함으로써 상황은 달라졌다. 모든 문제를 동독 정부와 직접 논의할 수 있었다. 고충, 불평불만 및 제안 사항에 대한 직접적 교류가 양방향으로 가능했다.

상주대표부는 동독과의 조약 체결에 결정적인 역할을 했다. 상호 관계를 재규정하기 위해 다양한 분야에서 협상을 시작해야 했다. 상주대표가 이러한 협상을 이끌었다. 협상을 진행할 때 해당 본(Bonn) 부처, 특히 연방총리실과 긴밀히 협력해야 했다. 이러한 방법으로 1974년 이후 동독과 핵심적인 합의가 이루어졌다. 그 중 기본적인 협정으로 (서)베를린을 오가는 수백만 명의 통행 문제를 극복하기 위한 '동서독 정부 간 서독과 서베를린의 민간인과 재화의 통과교통에 관한 협정(Transitabkommen)'이 체결되었다. 이 통과교통협정은 동독을 방문하거나 여행하는 서독 주민의 교통을 규제했다. 1945년 정해진 국경선으로 발생한 문제를 국경위원회(Grenzkommission)가 담당했다. 나아가 보건, 환경보호, 우편 및 전기통신, 동독의 아우토반 및 국경 통과지점 보수, 수의과 서비스 등 다양한 분야에 대한 협약을 체결했다. 협약 체결 후 협약을 통해 설립된 위원회에 상주대표부 직원이 속해 있는 경우가 많았다.

상주대표부 사옥은 도청되고 있다고 가정했다. 동독 소유 건물이었기 때문이다. 기밀 사항을 논의하기 위해 도청이 안되는 방이 마련되어 있었는데, 라우베(Laube)라고 불렀다.
마지막으로 상주대표부는 동독 교도소에 형을 살아야 하는 수많은 서독 수감자를 지원했다. 수감자 수백 명 중 대부분이 베를린으로 가는 시골길에서 통과교통협정 위반으로, 특히 이탈자를 도와준 행위로 수감되었다. 일부는 장기복역형을 선고받았다. 수감자의 일가친척 방문은 불가능했다. 따라서 상주대표부 직원이 영사 기능을 담당했다.

모든 수감자가 상주대표부 직원의 도움을 받았는데, 서신으로 연락을 했고, 그보다 더 중요한 것은 약 2개월마다 수감자를 방문했다는 것이다. 이러한 방문은 수감자에게 큰 의미가 있었다. 직원을 통해 가족은 수감자의 소식과 전망에 대해 전해 듣고, 반대로 수감자는 일가친척과 교향 소식을 전해 들었다. 자신의 권리에 대해서도 고지 받았다. 동독 정부와 사전 합의 하에 수감자는 상주대표부 직원을 통해 선물 봉투를 받았는데 커피, 차, 샴푸, 기타 유사 용품, 교도소 내에서 물품구입을 위해 100 마르크 등이 포함되어있었다. 대표부 직원의 절반 정도가 상급 및 최상급 직무에 해당하는 이 업무를 맡았다. 교도소까지 자동차로 이동해야 했다. 많은 수감자들이 체포 지역에 따라 외진 교도소에, 심지어 일부는 동독 최남단에 위치한 바우첸시에 수감되어 있었다. 수감자 대부분은 동독당국을 통해 예약을 연속으로 받았다. 각 예약마다 약 한 시간이 주어졌다. 직원들은 이 업무를 기꺼이 맡았다. 그만큼 보람 있는 일은 드물었다.

법정에도 담당자는 출두했다. 재판 절차에는 참여할 수 없어서 법정에 머무를 수는 없었다. 근본적인 문제 중 하나는 (동)베를린에 위치한 상주대표부의 사옥 출입이 자유로웠다는 점이다. 대표부는 보행자 통행이 많은 도심 교차로에 위치했다. 대표부는 누구나 자유롭게 사옥에 들어올 수 있어야 한다는 점을 중요하게 생각했다. 특히 동독 주민의 자유로운 방문을 중요시했다. 몇몇 이례적인 경우를 제외하고 자유로운 출입을 보장할 수 있었다.
대표부 사옥은 항상 인민경찰과 국가보위부(Stasi)로 둘러싸여 있었다. 어느 날 세어 봤을 때, 비밀리에 감시하는 사람까지 포함해서 총 15명이었다. 제복을 입은 인민경찰 두 명이 입구 양쪽에 경비를 서있었는데 사람들을 움츠러들게 하는 광경이었다. 들어오려는 사람에게 신체적 폭력을 가해 출입을 막고 연행해 가는 보기 힘든 일이 일어날 때도 있었다. 사옥에서 나갈 때 심문을 받는 것은 일반적이었다.

대표부를 방문하는 주된 이유는 서독 방문 허가를 위한 상담이었다. 이를 지원하기 위해 다수의 법률 부서 직원들이 준비하고 있었다. 매일 약 10~20명의 사람들이 모였는데, 입구 근처에 마련된 독서 코너에서 갓 인쇄된 일간지를 자유롭게 볼 수 있었다. 차례대로 사무실로 안내했다. 감동적인 대화를 나눌 때가 많았다. 눈물을 흘릴 때도 있었다. 그러나 동시에 방문자 중 슈타지 정보원이 있을 수 있다는 점을 항상 염두에 두어야 했다.
모든 방문자는 상주대표부 건물이 서독의 영토가 아닌, 임대한 동독 영토에 위치해 있다는 것을 분명히 인식해야 했다. 그렇기 때문에 기대와는 달리 서독으로 바로 가는 것은 불가능했다. 모든

방문자에게 다시 집으로 돌아가서 출국신청 결과를 기다려야 한다고 분명하게 설명해야 했다. 상주대표부는 연방양독관계부에 인적 사항을 전달하고, 연방양독관계부가 동독 당국과 변호인에게 명단을 전달했다.

건물에 머무르고 싶은 방문자에게도 물론 동일하게 적용되었다. 매우 드물게 일어나는 일이었다. 다른 사람들이 따라할 수 있기 때문에 그런 일은 사람들 사이에 퍼지지 않도록 주의해야 했다. 만약에 그런 상황이 발생하면 앞서 언급한 동독 변호인을 통해 집으로 돌아가도록 설득했다. 곧 출국할 수 있다는 변호인의 약속은 항상 지켜졌다.

시간이 지나면서 동독을 떠나려는 사람들의 욕망은 커졌다. 상주대표부 건물을 방문하는 사람의 수를 통해 볼 수 있었다. 총 10만 명이 넘는 동독 주민이 합법적으로 서독으로 이주했는데, 그 중 많은 사람들이 상주대표부를 통해 이주하게 된 것이다. 동독의 목표는 평화를 교란하는 자를 제거하는 것이었지만, 오히려 전국에 출국 욕망을 지속적으로 키웠을 뿐이다. 동독의 정치범 석방 및 이산가족 교류(Freikauf)에 대한 대가 일환으로 서독이 이주 비용을 지불하도록 했다. 구금된 동독 주민도 석방되었다. 그 결과 약 30억 마르크가 동독에 지불되었다.

상주대표부의 또다른 업무로는 (서)베를린에서 직접 신청하지 못하는 동유럽 방문자에게 서독 비자를 발급하는 것이었다. 배달원이 베를린 입국관리사무소를 매일 방문하여 비자 신청서를 제출하고, 처리된 비자를 취합하여 동베를린에서 배포했다.

특별한 경우에는 어느 대사관과 마찬가지로 상주대표부에서 리셉션이 열렸다. 국경일을 기념할 때에 물론 해당되지만 서독의 유명한 예술가 또는 문학가가 공연할 때가 이런 경우였다. 동독 주민도 많이 초대되었는데 서독 주민을 만나는 것을 즐겨했다. 주요 동독 정부대표들은 초대할 수 밖에 없었으며, 정치적 상황에 따라 참석했다.

이와 별개로 상주대표부의 고위 관료는 자택에서 리셉션을 열어야 했다. 당시에 모두 동독 지인들이 있었고 행사에 초대할 수 있었다. 행사 일정 몇 시간 전후로 인민 경찰이 주변에서 손님을 기다렸다. 그러나 입장을 거부당한 사람은 없었다.

1989년 11월 9일 베를린 장벽이 무너지면서 상주대표단의 업무는 사라졌다.
1990년 10월 2일 상주대표가 문패를 제거했다.

III.

본(Bonn) 주재 동독 상주대표부에 대해서는 보고할 수 있는 바가 많지 않다. 자칭 대사가 대표부를 이끌었다. 대표부 건물은 시내 중심에서 조금 떨어진, 고데스베르크라는 교외 지역에 위치했다. 사람의 왕래가 없는 곳이었다. 직원들은 완전히 고립된 생활을 했다. 개인적인 교류가 없었다. 입국 비자 발급 및 취소가 유일한 업무였을 것이다. 종종 총리실에 외교 문서를 전달하기도 했다.

건물 입구 보안 시스템 여부는 확실하지 않았다. 방문자는 모두 초인종을 눌러야 했고 건물에 발도 들이기 전에 스피커로 출입을 거절 당하기 일수였다.
직원들은 주변에 집을 구하거나, 도금 더 떨어진 곳에 월세로 지내고 있었다. 이동 시에는 가능하면 두명씩, 즉 짝을 지어 다녀야한다는 지시가 있었다고 알려졌다.
동독 상주대표는 본(Bonn)의 사회생활에 참여하지 않았다. 자택은 본(Bonn) 교외에 위치했다.

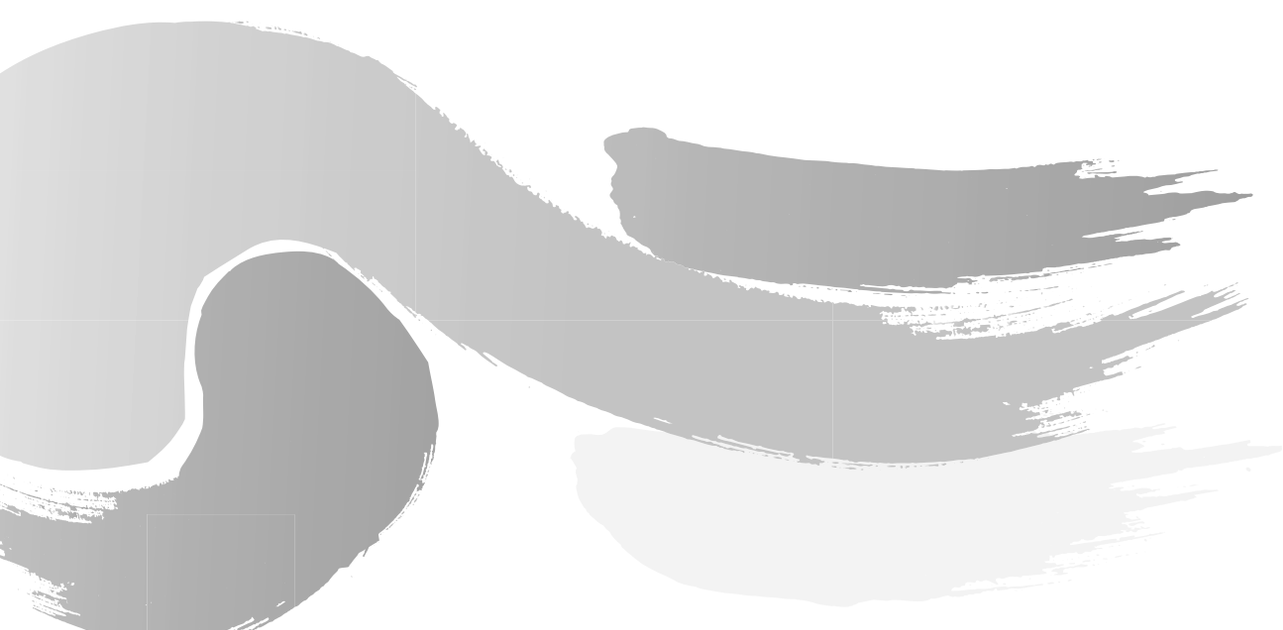
MEMO.

SESSION 2.
Entspannung der innerdeutschen Beziehungen und das innerkoreanische Verbindungsbüro

SESSION 2-1.

Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Funktionen der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR

Hans-Henning Kaysers,
Ständige Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der DDR



Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Funktionen der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland in Ostberlin sowie der Ständigen Vertretung der Deutschen Demokratischen Republik in Bonn

Vorausschicken möchte ich, dass ich von 1980 bis 1986 als Referatsleiter an der Ständigen Vertretung tätig war.

I.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges trennte ein sogenannter Eiserner Vorhang in Mitteleuropa die beiden deutschen Staaten. Kaum jemand wusste, was im Nachbarland vorging. Das war um so schwerwiegender, als in der Mitte der DDR Berlin lag, dessen westliche Sektoren Bestandteil der Bundesrepublik waren. Um dorthin zu gelangen, waren die Westdeutschen auf sichere Zugangswege durch die DDR angewiesen.

Die Situation änderte sich grundlegend, als die vier Siegermächte des Zweiten Weltkrieges - USA, UdSSR, England, Frankreich -, die die oberste Gewalt über Deutschland und Berlin innehatten, zu Beginn der siebziger Jahre Verhandlungen über eine Neuordnung Deutschlands aufnahmen. 25 Jahre nach Kriegsende war der Wunsch nach Entspannung auf allen Seiten gewachsen. Insbesondere die Bundesrepublik Deutschland und die DDR hatten ein fundamentales Interesse am Spannungsabbau, denn sie wussten, dass ein heißer Krieg auf dem Schlachtfeld Mitteleuropa ihr Ende bedeuten würde.

Beide Staaten hatten darüber hinaus erhebliche politische und wirtschaftliche Interessen an einer Neuordnung. Die DDR konnte eine sichere Regelung des Berlinzuganges, der Reisemöglichkeiten und der Familienzusammenführung, die Bundesrepublik die Anerkennung als souveräner Staat und wirtschaftliche Vorteile wie den Überziehungskredit Swing bieten.

Mit dem Vier-Mächte-Abkommen über Berlin des Jahres 1971 gelang ein tragfähiger Interessenausgleich in Mitteleuropa. Die Deutschen konnten auf dieser Basis 1972 einen Grundlagenvertrag abschließen, der ihnen ausdrücklich erlaubte, in den beiden deutschen Hauptstädten „Ständige Vertretungen“ einzurichten. „Botschaften“ durften es nicht sein, weil dies nur ausländischen Staaten zukam. Das war die DDR nach der verfassungsrechtlichen Lage gerade nicht. Auch der Chef der Dienststelle durfte kein Botschafter sein. Dafür bürgerte sich die Bezeichnung „Ständiger Vertreter“ ein. Die Bezeichnung war nicht neu. Sie stammte aus dem Geschäftsbereich des Auswärtigen Amtes.

Am 2. Mai 1974 nahmen die Ständigen Vertretungen ihre Arbeit auf. Die bundesdeutsche Vertretung beschäftigte etwa 90 Personen, gehörte somit zu den größten Dienststellen im Bereich des Auswärtigen Amtes. Ihr gehörten in der Regel abgeordnete Beamte der Bundesregierung an. Dies galt vor allem für die Mitarbeiter der Politischen Abteilung, die sich aus Laufbahnbeamten unseres Auswärtigen Amtes zusammen setzte. Da zählte die Stelle in Ostberlin so viel wie jede andere Stelle im Bereich des Amtes. Insbesondere mussten diese Kollegen gemäß den Prinzipien des Auswärtigen Amtes nach drei Jahren an andere Dienststellen wechseln. Dies galt nicht für die Mitarbeiter der Vertretung, die von den anderen Bonner Ministerien oder von der Westberliner Verwaltung in die Vertretung entsandt waren. Die entsendende Stelle war das „Mutterhaus“, das die Mitarbeiter nach Ablauf der Dienstzeit in der Vertretung wieder zurücknahm.

Grundlage der Tätigkeit war die entsprechende Anwendung der Wiener Konvention über diplomatische Beziehungen. Daran hielt sich die DDR. In allen Jahren ist nie einem Mitarbeiter ein Haar gekrümmt worden.

Organisatorisch bestand die Vertretung aus dem Leiter, dessen Vertreter, der politischen Abteilung, der Rechtsabteilung und der Wirtschaftsabteilung. Daneben gab es die allgemeine Verwaltung mit Schreibkräften, Fahrern usw. Der Leiter stand im Range eines Staatssekretärs.

Für die Mitarbeiter der Vertretung galt Residenzpflicht. Das bedeutete, dass sie mit ihren Familien an den Ort ihrer Tätigkeit umziehen mussten. Dazu gab es Einfamilienhäuser und Wohnungen, die von der Bundesregierung angemietet worden waren. Schulkinder wurden mit Bussen nach Westberlin in die Schulen gebracht.

II.

Zusammenfassend kann man für die Funktionen und Aufgaben der Ständigen Vertretung drei Bereiche unterscheiden:

- Die Vertretung ermöglichte die jederzeitige Kontaktaufnahme mit der Regierung der DDR .
- Die Vertretung setzte auf zahlreichen Gebieten vertragliche Verhandlungen mit der DDR in Gang und begleitete sie.
- Die Vertretung betreute die Häftlinge aus der Bundesrepublik, die in Haftanstalten der DDR Freiheitsstrafen verbüßten. Im Einzelnen:

Vor der Errichtung der Ständigen Vertretung gab es nur geringe Möglichkeiten, mit dem Nachbarstaat zu kommunizieren. Das war mit der Errichtung der Vertretung vorbei. Nunmehr konnten alle Fragen direkt mit der DDR-Regierung besprochen werden. Beanstandungen, Beschwerden oder Vorschläge konnten unmittelbar ausgetauscht werden. Dies galt auch für die umgekehrte Richtung.

Eine entscheidende Rolle spielte die Ständige Vertretung bei Abkommen mit der DDR. In zahlreichen Bereichen mussten Verhandlungen auf den Weg gebracht werden, um das gegenseitige Verhältnis neu zu gestalten. Verhandlungsführer war unser Ständiger Vertreter. Er hatte sich während seiner Gespräche eng mit den zuständigen Bonner Ministerien, vor allem mit dem Bundeskanzleramt, abzustimmen. Auf diese Weise gelang es in den Jahren nach 1974, eine Reihe wichtiger Vereinbarungen mit der DDR abzuschließen. Zu den grundlegenden Verträgen gehörte das Transitabkommen, das die Probleme des millionenfachen Transitverkehrs von und nach Berlin (West) zu bewältigen hatte.

Das Verkehrsabkommen regelte den Reise- und Besuchsverkehr von Westdeutschen in die DDR. Die Grenzkommission kümmerte sich um Probleme, die aufgrund der im Jahre 1945 erfolgten Grenzziehung zwischen den beiden deutschen Staaten entstanden waren. Es wurden ferner Vereinbarungen über das Gesundheitswesen, über Umweltschutz, Post- und Fernmeldeverkehr, über die Erneuerung von Autobahnen und Grenzübergangsstellen in der DDR, das Veterinärwesen und vieles mehr abgeschlossen. Häufig saßen Mitarbeiter der Vertretung auch nach Abschluss von Abkommen in den Kommissionen, die aufgrund der Verträge eingerichtet worden waren.

Die Mitarbeiter der Vertretung gingen davon aus, dass sie abgehört wurden. Immerhin war das Haus von der DDR zur Verfügung gestellt worden. Für geheime Gespräche stand ein abhörsicherer Raum zur Verfügung, die sogenannte Laube.

Schließlich kümmerte sich die Ständige Vertretung um die zahlreichen Häftlinge aus der Bundesrepublik, die in Haftanstalten der DDR ihre Strafen abbüßen mussten. Das waren Hunderte, die auf den Landwegen nach Berlin wegen Verstößen gegen das Transitabkommen, vor allem wegen Fluchthilfe, festgenommen worden waren. Zum Teil hatten sie langjährige Strafen zu verbüßen. Ihre Angehörigen konnten sie nicht besuchen. So traten die Mitglieder der Vertretung als konsularische Betreuer auf.

Jedem Häftling stand ein Mitarbeiter der Vertretung zur Seite, der in brieflicher Verbindung mit ihm stand und ihn – ganz wichtig – etwa alle zwei Monate in der Haftanstalt besuchte. Diese Besuche waren für die Betroffenen überaus wichtig. Die Angehörigen erhielten Klarheit über sein Schicksal, andererseits erfuhren die Häftlinge, wie es den Angehörigen ging und was sich inzwischen in ihrem Lande ereignet hatte. Über ihre Rechte wurden sie informiert.

Sie erhielten von dem Mitarbeiter der Vertretung einen mit der DDR inhaltlich abgestimmten Geschenkbeutel mit Kaffee, Tee, Haarwaschmitteln und Ähnlichem sowie einen Geldbetrag von 100 Mark der DDR für Zukäufe in der Haftanstalt. Diesen Dienst hatten etwa die Hälfte der Mitarbeiter zu verrichten – der höhere und der gehobene Dienst. Zur Haftanstalt mussten sie mit dem Auto anreisen. Viele Häftlinge saßen in entlegenen Anstalten, je nach dem Ort ihrer Festnahme, manche in Bautzen im äußersten Süden der DDR. Meist hatte man sich durch die DDR mehrere aufeinander folgende Gesprächstermine geben lassen. Jeder Termin dauerte etwa eine Stunde. Die Arbeit machte man gerne. Selten im Berufsleben hatte man etwas Sinnvolleres gemacht.

Auch zur gerichtlichen Verhandlung erschien der Betreuer. Er wurde aber in jedem Falle an der Teilnahme ausgeschlossen und musste den Saal verlassen. Ein grundsätzliches Problem war der ungehinderte Zugang zu unserem Dienstgebäude in Berlin (Ost). Das Gebäude stand an einer lebhaften Straßenkreuzung mit regem Fußgängerverkehr in der Stadtmitte. Die Vertretung legte großen Wert darauf, dass jeder, der dies wollte, ungehindert das Haus betreten konnte.

Das galt insbesondere auch für die DDR-Deutschen. Abgesehen von wenigen Ausnahmefällen konnte die Vertretung dies auch gewährleisten.

Das Gebäude war von Volkspolizei und Staatssicherheit ständig umstellt. Bei einer Zählung stießen wir auf 15 Personen, die die Vertretung offen oder verdeckt im Visier hatten. Beiderseits des Eingangs standen zwei uniformierte Volkspolizisten Wache, ein Anblick, der Passanten wenig Mut machte, das Gebäude zu betreten. Gelegentlich gab es unschöne Szenen, wenn Personen mit körperlicher Gewalt am Betreten unseres Hauses gehindert und abtransportiert wurden. Dass sie bei Verlassen des Gebäudes einem Verhör unterworfen wurden, war schon normal.

Der Hauptgrund für die Besuche in unserem Hause war der Wunsch, mit den Mitarbeitern die Chancen für eine genehmigte Ausreise in den Westen zu erörtern. Dazu hielt sich eine Reihe von Mitarbeitern der Rechtsabteilung bereit. Es fanden sich täglich etwa zehn bis zwanzig Passanten ein, die sich in einer Leseecke in der Nähe des Eingangs der druckfrischen westdeutschen Tageszeitungen bedienen konnten. Der Reihe nach wurden die Besucher in die Dienstzimmer geführt. Das waren oft bewegende Gespräche. Manchmal flossen Tränen. Dabei konnten wir nie ganz sicher sein, dass sich nicht ein Spitzel des Staatssicherheitsdienstes unerkannt unter die Besucher gemischt hatte.

Alle Besucher mussten zur Kenntnis nehmen, dass sich das Gebäude der Vertretung keineswegs auf Hoheitsgebiet der Bundesrepublik befand, sondern auf einem normalen, von der DDR gemieteten Grundstück. Ein unmittelbarer Transport nach Westen, wie er manchen vorschweben mochte, schied deshalb aus. Allen Besuchern musste deutlich gemacht werden, dass sie wieder an ihren Wohnort zurückkehren und dort das Ergebnis ihres Ausreiseantrages abwarten mussten. Der Vertretung blieb nur, die Personalien an das Bundesministerium für innerdeutsche Beziehungen zu schicken, das die Namen an die DDR und einen in ihrem Namen handelnden Rechtsanwalt heranzutragen hatte.

Dies galt selbstverständlich auch für Besucher, die das Gebäude nicht verlassen wollten. Das ist selten genug geschehen. In keinem Falle durfte die Öffentlichkeit davon erfahren, um Nachahmungen auszuschließen. Falls sich doch solche Fälle ereigneten, sind die Besetzer durch den erwähnten DDR-Anwalt überzeugt worden, an ihre Wohnorte zurückzukehren. Sein Versprechen auf baldige Ausreise hielt er in allen Fällen ein.

Der Wunsch, die DDR zu verlassen, war im Laufe der Zeit immer größer geworden. Das merkte man am Zustrom der Menschen, die in das Vertretungsgebäude kamen. Insgesamt sind mehrere hunderttausend DDR-Bürger legal in die Bundesrepublik übergesiedelt, viele davon durch Vermittlung der Ständigen Vertretung. Die DDR wollte damit Störenfriede aus dem Weg räumen, erreichte aber nur einen fortlaufenden Anstieg des Ausreisebegehrens im gesamten Lande. Die Übersiedlungen ließ sich die DDR von der Bundesregierung im Wege des „Freikaufs“ bezahlen. Auch inhaftierte DDR-Bürger wurden freigekauft. Als Erlös sind etwa drei Milliarden DM in die Kassen der DDR gespült worden.

Eine weitere Aufgabe der Vertretung war die Ausgabe von bundesdeutschen Visa an Reisende aus Osteuropa, die nicht selbst zur Beantragung in Berlin (West) vorstellig werden konnten. Ein Kurier der Vertretung fuhr täglich zum Berliner Ausländeramt, gab die Visaanträge ab, sammelte die bearbeiteten Visa ein und teilte sie in Ostberlin aus.

Aus besonderen Anlässen wurden in der Ständigen Vertretung Empfänge gegeben, wie in jeder Botschaft auch. Solche Anlässe waren unser Nationalfeiertag, aber auch der Auftritt berühmter Künstler und Literaten aus der Bundesrepublik. Dazu waren viele DDR-Bürger eingeladen, die es genossen, die ebenfalls eingeladenen Besucher aus dem Westen kennen zu lernen. Die wichtigsten DDR-Regierungsvertreter waren notwendigerweise geladen und erschienen je nach politischer Lage.

Unabhängig hiervon hatten die leitenden Beamten eigene Empfänge in ihren Häusern und Wohnungen zu geben. Jeder hatte inzwischen einen Bekanntenkreis aus der DDR, der bei den Veranstaltungen eingeladen werden konnte. In den Stunden um den Termin wartete bereits die Volkspolizei vor den Häusern auf die Gäste. Es wurde aber niemand am Zutritt gehindert.

Mit dem Fall der Berliner Mauer am 9. November 1989 war die Aufgabe der Vertretung entfallen. Am 2. Oktober 1990 schraubte der letzte Leiter das Amtsschild am Eingang des Hauses ab.

III.

Über die Ständige Vertretung der DDR in Bonn kann nicht viel berichtet werden. Die Leitung hatte ein Botschafter inne, der sich auch so bezeichnen ließ. Das Gebäude lag ein wenig außerhalb des Stadtzentrums, im Vorort Godesberg. Dort gab es keinen Publikumsverkehr. Die Mitarbeiter führten ein völlig abgeschiedenes Leben. Kontakte auf privater Ebene gab es nicht. Eine wesentliche Aufgabe dürfte die Ausgabe von Einreisevisa oder deren Löschung gewesen sein. Gelegentlich überreichte die DDR-Vertretung diplomatische Noten im Kanzleramt.

Ein Sicherheitssystem vor dem Eingang war nicht erkennbar. Jeder Besucher hatte zu klingeln und wurde per Lautsprecher beschieden, z.T. ohne in das Gebäude hereingelassen zu werden.

Die Mitarbeiter wohnten in Häusern der Umgebung oder in einem weiter entfernten Straßenzug zur Miete. Es wurde berichtet, dass sie die Auflage hatten, sich im Straßenverkehr möglichst nur zu zweit – also paarweise – zu bewegen.

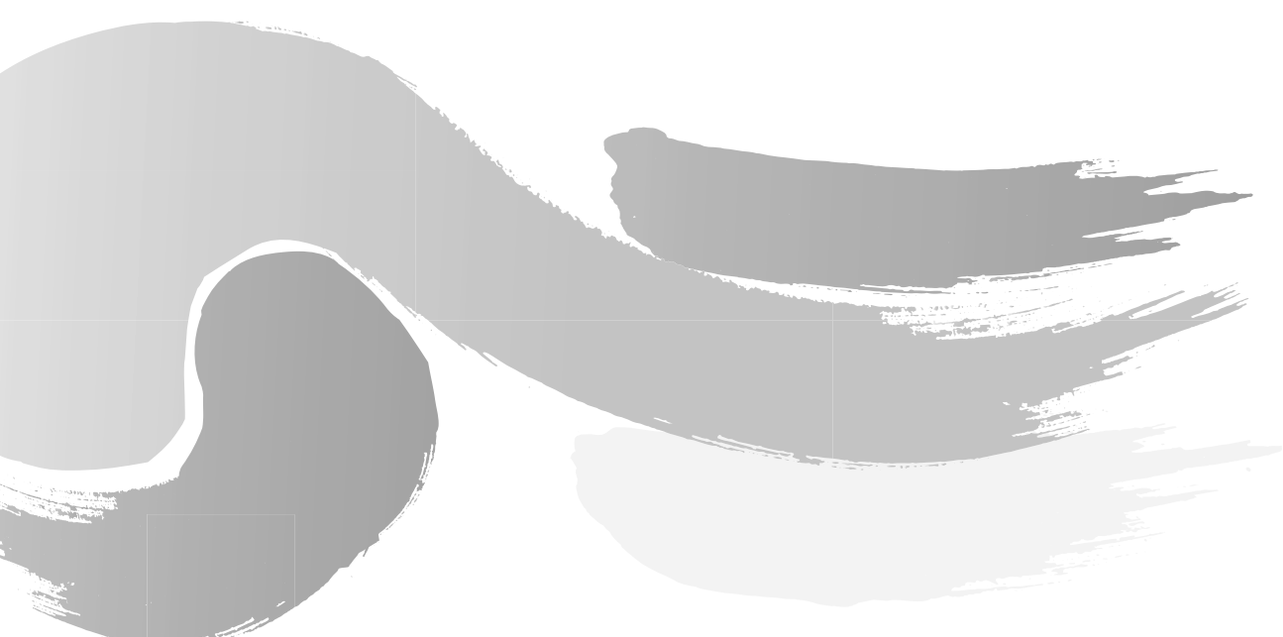
Der Leiter der Vertretung spielte im gesellschaftlichen Leben in Bonn keine Rolle. Seine Residenz war in einem Bonner Vorort.

MEMO.

SESSION 2.
동서독 관계의 긴장완화와 남북연락사무소

SESSION 2-2.
남북연락사무소의 역할과 비전

김창수, 남북공동연락사무소 부소장



MEMO.

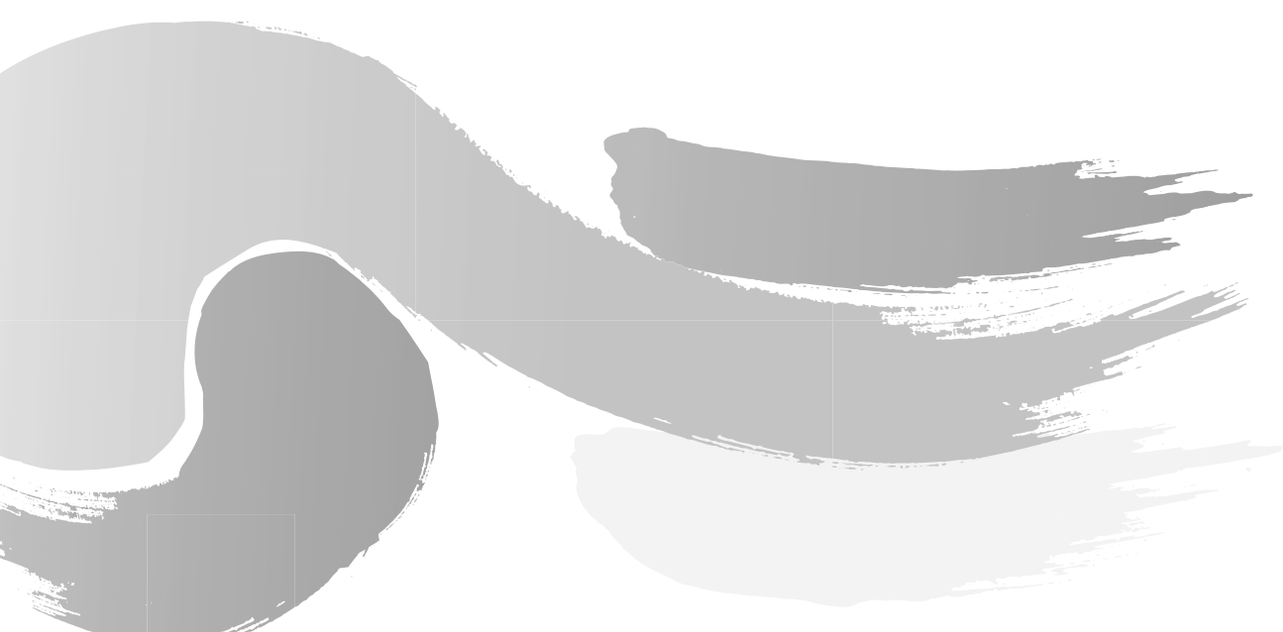
MEMO.

SESSION 2.
Entspannung der innerdeutschen Beziehungen und das innerkoreanische Verbindungsbüro

SESSION 2-2.

Rolle und Vision des innerkoreanischen Verbindungsbüros

Chang-su Kim,
Stellvertretender Leiter des innerkoreanischen Verbindungsbüros auf Seiten des Südens



MEMO.

MEMO.

SESSION 3.
보건의료 분야 통합
Integration des Gesundheitswesens

사회 : **크리스티안 히르테** 독일 경제에너지부 차관

Moderator : Der Parlamentarische Staatssekretär **Christian Hirte**

SESSION 3-1.
독일 통일 관련, 보건체계 구축과 재정
Umbau des Gesundheitswesens und seine Finanzierung im Zusammenhang der Deutschen Einheit

프랑크 플라테, 연방보험청장
Frank Plate,
Präsident des Bundesversicherungsamtes

SESSION 3-2.
남북한의 보건·의료 현황 및 협력 추진 방향
Gesundheitsstatus und Gesundheitskooperation in Süd- und Nordkorea

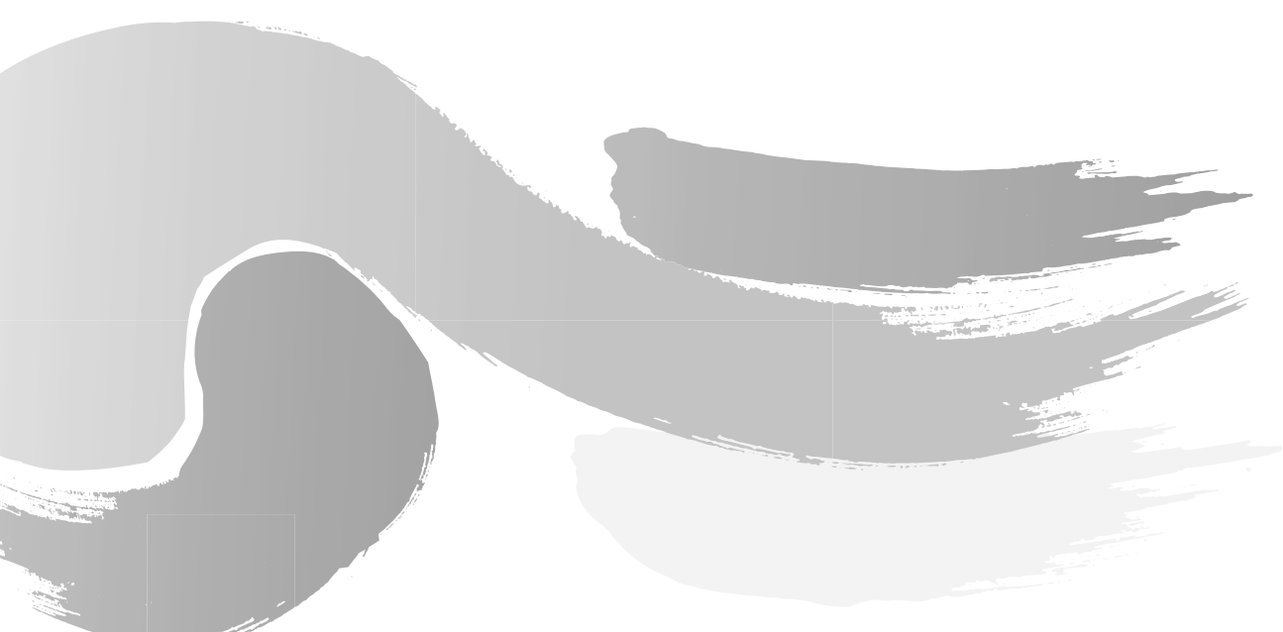
전우택, 연세대학교 의과대학 교수
Woo-Tak Jeon,
Professor an der Yeon-Se Universität

SESSION 3.
보건의료 분야 통합

SESSION 3-1.

독일 통일 관련, 보건체계 구축과 재정

프랑크 플라테, 연방보험청장



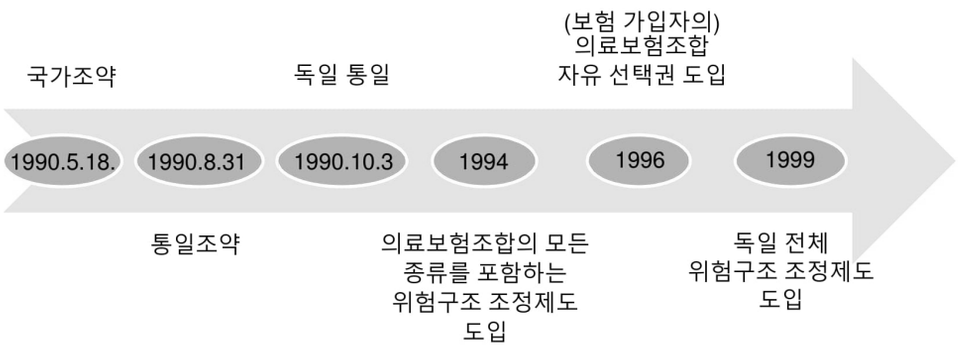
프랑크 플라테 독일 연방보험청장 발표

독일 통일과 관련한 보건의료제도 개편과 재정

제9차 한독통일자문위원회
2019년 6월 13일, 평창

Bundesversicherungsamt





2019년 6월 13일

연방보험청 | 프리드리히-에버트-알레 38 | 본 (우)53113

서론

저는 독일의 보건의료분야 통일 과정에 대해 말씀드리고자 합니다. 독일의 보건의료체계는 매우 복잡하고, 매우 다른 두 체계의 통합 과정은 더욱 복잡했습니다. 시간 관계상 두 가지를 세부 사항이나 특이 사항까지 다루지는 못하고 간략하게 설명해 드릴 수 있을 것 같습니다.

서독과 동독의 보건의료체계

동·서독의 보건의료체계는 조직과 재정 측면에서 완전히 달랐습니다.

조직

서독의 사회보장제도는 19세기 말 오토 폰 비스마르크가 세운 기본사상에 기반을 두고 있었습니다. 그 기본사상이란 사회보장은 국가가 수행하는 것이 아니라, 보험료를 납부하는 사람들, 즉 근로자이자 보험 가입자와 고용주에게 맡겨야 한다는 것이었습니다.

서독에는 연금보험, 산재보험, 의료보험으로 세분화된 사회보장제도가 있었습니다. 이 경우 각각의 사회보험 분야는 보험료 납부자가 자율적으로 관리하는 자치 공공법인에 의해 운영됩니다. 국가는 법률을 제정해 법적인 틀을 제공하고 법규 감독의 형태로만 권한을 행사합니다.

1990년 서독에는 여러 의료보험조합(Krankenkasse, 질병금고)이 있었는데, 설립 역사에 따라 일반 지역, 직장, 수공업자, 2차 의료보험조합 등 다양하게 나뉘었습니다. 2차 조합을 포함해 몇몇 보험조합은 서독 전체에서 활동했습니다. 반면 '일반 지역 의료보험조합(AOK; Allgemeine Ortskrankenkasse)'은 서독 내 행정구역별로 설립되었습니다. AOK는 원칙적으로 모든 의무가입자에 대한 책임이 있었습니다.

'직장 의료보험조합(Betriebskrankenkasse)'은 개별 사업장에서 직원들을 위해 설립할 수 있었습니다. 한 의무가입자가 직장 의료보험조합이 있는 사업장에 고용된 경우에는 이 직장 의료보험조합에서 의무 보험조합 역할을 맡았습니다. 이 사업장이 수공업자 조합에 소속되어 있다면 직원들은 각 '수공업자 의료보험조합(Innungskrankenkasse)'에 가입되었습니다.

그러니까 대부분 직종이나 회사 소속 여부, 기반 지역에 따라 가입 의료보험조합이 정해진 것입니다. 노동자(생산직 근로자), 육체 노동 종사자들이 이 경우에 해당되어 의무 보험조합에 소속되었습니다. 주로 정신 노동에 종사하는 사무직 근로자는 의무 조합과 2차 조합 중 선택할 수 있었습니다. 그런 점에서 볼 때 서독에는 최소한 의료보험조합 간 제한적인 경쟁이 있었습니다.

독일민주공화국(DDR), 동독에서는 의료, 연금, 산재보험이 사회보장제도에 하나로 통합되어 있었고, 모든 근로자는 의무적으로 가입해야 했습니다.

서독과 달리 동독에는 자치 사회보험이나 의료보험조합이 없었습니다. 사회보험은 국가에 의해 조직되었습니다.

보험 가입자는 근로자인지 자영업자인지 여부에 따라 두 개의 사회보험 중 하나에 반드시 배정되었습니다.

노동자·사무직 근로자 사회보험은 자유독일노동조합연맹(FDGB, Freier Deutscher Gewerkschaftsbund)에서 관리했고, 동독 주민의 90%를 포괄했습니다. 자유노동조합연맹은 동독의 집권당인 사회주의통일당(SED, Sozialistsiche Einheitspartei Deutschlands)이 이끌고 있었습니다.

나머지 인구, 특히 자영업자는 동독의 국가보험(국가 의료서비스)에 가입되었고, 국가보험은 재정부에서 관리했습니다. 동독에는 경쟁이 없었습니다.

재정

서독에서는 보험료 납부를 통한 재정, 즉 보험 가입자와 고용주의 부담금을 통한 동등한 자금 조달에 중점을 두었습니다. 보험 가입자는 소득의 일정 비율을 의료보험조합에 납부했습니다. 고용주도 (보험 가입자가 납부하는) 동일한 금액을 지불했습니다. 1989년에는 보건의료분야 지출이 보험조합에 징수된 보험료를 통해 대부분 조달되었습니다.

반면 동독에서는 세금에서 재정을 충당했습니다. 보건의료 지출의 약 3분의 2가 세금으로, 나머지는 사회보험사에 지급된 보험료를 통해 조달되었습니다.
동독의 경우 사회보험이 국가 재정에 통합되어 있었습니다. 하지만 동독의 보건의료체계는 국가 보조금이 많았음에도 서독 체계의 수준에는 미치지 못했습니다.

의료공급

의료공급과 관련하여 서독에는 공공, 비영리, 민간 운영기관이 혼합되어 있었습니다.
동독은 국가에 의한 의료공급이 지배적이었습니다.

이 차이는 외래진료 서비스 부문에서 특히 두드러졌습니다. 서독에서는 보통 개인병원의 형태로, 즉 프리랜서 혹은 개인 사업자로 진료를 보는 소위 '보험의'가 외래진료를 담당했습니다. 보험의가 보험조합의 가입자를 진료하고 의료비를 보험조합과 변제하기 위해서는 허가를 받아야 했습니다. 이 경우 이런 것들을 조직해야 하는 보험의 연합회(Kassenärztliche Vereinigung)의 중요성이 더 부각되었습니다. 따라서 모든 보험의는 의무적으로 보험의 연합회 회원이어야 했습니다. 연합회는 연방주 차원에서 조직되었고, 의료보험조합 협회와 의료 서비스 및 보수에 관한 계약을 체결했습니다.

이와 대조적으로 동독의 주요 의료공급 기관은 폴리클리닉(Poliklinik)이었습니다. 폴리클리닉은 일종의 사회주의적 '종합병원'으로, 다양한 전문의가 정규직으로 고용되어 국가로부터 급여를 받으며 근무하는 외래 센터였습니다. 이들 중 일부는 독립적인 개인 병원으로 일했고, 일부는 병원에 소속되었습니다.

서독의 보건의료체계에는 개업의를 통한 외래진료와 종합병원 내 입원치료가 비교적 뚜렷하게 구분되어 있었습니다. 외래와 입원이 분리된 이런 구조는 동독에서는 종합병원이 외래진료에도 관여하면서 무너지게 되었습니다. 의료공급 기관 간 네트워킹을 통해 동독의 보건의료체계는 원칙적으로는 서독 체계보다 현대적인 방식을 취하고 있었습니다.

질병과 관련한 사회보장제도는 동독에서도 서독의 제도와 일치하는 혜택을 포함했습니다만, 의료서비스의 질은 그렇지 못했습니다. 통일되기 몇 년 전 동독의 경제 상황이 악화되면서 동독 체계는 점점 결핍과 적자에 맞닥뜨리게 되었습니다.

전환 과정

국가조약을 위한 협상 초기에 기본적으로 동독에도 (국가) 사회의료보험이 구축되어야 하며 의료서비스 수준은 서독 기준에 맞게 조정되어야 한다는 데 의견이 일치했습니다. 그럼에도 이를 어떻게 해내야 할지에 대해서는 이미 초반부터 매우 다른 제안들이 있었습니다.

일부 정치인과 협회는 서독의 규제와 구조가 가능한 한 빨리 이전되어야 한다고 주장했습니다. 또 다른 일부는 서독 체계의 단점은 피하고, 취약점은 제외하고 도입되어야 한다는 의견이었습니다.

의료공급

동독의 외래진료 분야의 공급 구조와 관련하여 외래 및 입원 치료와 폴리클리닉이 연계되어 있는 것 등 동독 체계의 구조적 요소들이 독일 전체 체계로 통합되어야 하는지에 대해 논의가 이루어졌습니다. 1990년 초(통일 이전)부터 근본적으로 서로 다른 두 가지 입장이 있었습니다.

일각에서는 서독 체계로 급박하게 완전히 전환되어서는 안된다고 생각했습니다. 동독 의사들도 개인 의사로 개업할 수 있어야 하지만, 개업 수요가 있을 때만 개업할 수 있다는 조건이 달려 있었습니다.

이렇게 진행되었다면 동독 의사들이 개업하는 데 오히려 어려움이 있었을 것입니다. 동독의 많은 지역에서 수요가 폴리클리닉에 의해 충족되었기 때문입니다.

그러나 이 요구는 서독 의사들뿐만 아니라 서독 정부도 거부했습니다. 서독 보험의들은 서독의 외래진료 체계가 동독에 도입될 것을 요구했습니다. 특히 의사들이 새로 개업할 수 있을 것, 폴리클리닉이 종합병원과 클리닉 시설로 전환될 수 있을 것, 또 보험의연합회가 향후 의료보험조합의 계약 당사자로 동독에서도 설립될 것을 주장했습니다. 그러나 폴리클리닉은 계속 존재해야 하며 외래 진료 체계에 포함되어야 한다고 요구했습니다.

1990년 5월 18일 동서독 간 체결된 국가조약(통화, 경제, 사회통일에 관한 조약)을 위한 협상 진행 당시 서독 내부에서는 동독에 최대한 서독 체계를 이전하자는 입장이 우세해졌습니다. 동독에 특히 개업의와 개업 약사 허가를 통해 민간 서비스 제공자가 있는 서독의 의료공급 체계로 점진적으로 변화할 의무가 주어졌습니다. 그러나 의료공급 구조는 일정 기간 유지하기로 했습니다. 의료공급이 보장되기 위해서는 일부에서 요구했듯 폴리클리닉을 통한 동독의 외래진료체계가 유지되어야 했기 때문입니다.

그러나 이 의견 충돌은 국가조약이 체결된 이후에도 끝나지 않았습니다. 1990년 8월 31일에 이뤄진 통일조약을 논의할 때도 갈등은 되살아났습니다. 그러나 통일조약에서도 결국 서독 구조를 지향했습니다.

동독에 보험의연합회를 새로 설립하기로 결정되었습니다. 조약 내용에 따르면 보험의연합회는 서독 보험의법에서와 마찬가지로 연합회가 의료보험조합협회와 계약을 체결함으로써 의료 서비스를 보장합니다. 이는 개업의는 물론 폴리클리닉 시설의 의료서비스 모두에 해당되었습니다.

통일조약은 또한 독립적인 개인병원이 개업되어야 한다고 규정했습니다. 규정에 따르면 개인 의사가 외래진료의 주 공급자가 되어야 합니다. 폴리클리닉 시설 수는 그에 맞게 줄어들 것이었습니다. 그러나 폴리클리닉과 유사 기관은 외래진료 서비스를 보장하기 위해 1995년 12월 31일까지 외래 진료가 허용되었습니다.

이 유예 기한은 이후에 폐지되었지만, 이미 1991년 4월 개업의 수가 폴리클리닉 소속 의사 수를 넘어섰습니다. 1994년 말에는 폴리클리닉에 근무하는 의사가 외래진료 담당의사의 3%에 불과했습니다.

조직

폴리클리닉에 관한 이러한 논의 외에 통일과 관련해 두 번째로 뜨겁게 논의된 보건의료정책 문제는 의료보험제도 구축 문제였습니다. 서독의 의료보험제도의 구조적 적자를 고려하여 동독에 적용하기 전 개혁이 먼저 이루어져야 하는지에 대한 질문이 제기되었습니다.

일각에서는 동독의 사회보험을 재편성하면서 서독의 의료제도개혁도 함께 추진해야 한다고 제안했습니다. 이는 반대에 부딪히게 되는데, 정부만 이 주장에 반대한 것이 아니었습니다. 반대 측은 서독의 세분화된 의료보험제도를 가능한 한 빠르고 완벽히 동독에 도입할 것을 주장했습니다.

서독은 이후 1990년 4월 서독 체계에 따라 세분화된 의료보험 체계가 도입되어야 한다는 조건으로 동독과 협상을 시작했고, 원칙적으로 협상에서도 이 주장을 관철할 수 있었습니다.
의료보험조합 조직 문제에서도 앞서 언급한 의료공급 구조 문제의 경우와 마찬가지로 1990년 여름 통일조약 자문이 진행되는 동안 다시금 의견이 충돌했습니다. 일반 지역 의료보험조합(AOK) 협회는 우선 AOK만 지역 통합보험으로만 승인되도록 시도했습니다. 그러나 이 제안은 받아들여지지 않았습니다.

통일조약은 결국 AOK가 동독 전 지역에 설립되어야 한다고 명시했습니다. 그러면서도 또 다른 한편으로는 다른 유형의 의료보험조합도 활동 범위를 신연방주(구동독 지역)까지 확장할 수 있어야 한다고 규정했습니다.

규정을 실제로 시행하기 위해서는 많은 법률을 제정해야 했습니다. 1990년 9월 13일 통과된 '의료보험조합 설치에 관한 법률(Krankenkassenerrichtungsgesetz)'은 우선 동독의 여러 보험 부문을 가능한 한 조직적으로 분리하고 서독처럼 세분화된 형태로 도입하기 위해 제정된 것이었습니다. 이 법안은 원칙적으로 서독에 있는 보험조합 유형에 따라 법정의료보험의 세분화도 규정했습니다.

동독 주민에 대한 전국적인 보건의료 서비스를 보장하기 위해서는 법률에 따라 각 지역구에 일반 지역 의료보험조합(AOK)가 설립되어야 했습니다. 다른 보험조합(직장, 수공업자, 보충적 질병기금)은 신청 시 서독에서와 동일한 조건으로 설립될 수 있어야 한다는 내용도 있었습니다.
동독 보건의료체계 개편은 1990년 8월 30일 병원재정법(Krankenhausfinanzierungsgesetz)과 보건의료부서 및 의료계 자치 기관인 의사협회 및 보험의연합회가 설립되면서 완성되었습니다.

재정

향후 법정의료보험은 구동독 지역에서도 서독에서와같이 대체로 동등한 부담금, 보험 가입자와 고용주의 납부금에서 자금을 조달하는 것이 규정이었습니다. 그러나 부담금은 급여 수준에 따라 달라지므로 동독과 서독의 의료보험 재정 상황은 먼 미래에는 매우 다를 수도 있었습니다. 동독 의료보험의 경우 동독 지역의 임금 수준이 현저히 낮기 때문에 서독 의료보험보다 가용할 수 있는 돈이 적을 것이기 때문이었습니다.

서독 정부 내에서는 서독 납부자들이 부담을 져서는 안 된다는 점에 동의했고, 서독에서 동독으로 교차로 보조금을 지원하는 것도 고려되지 않았습니다.

그 결과, 통일조약은 서독과 동독에서 가입하는 의료보험이 동독에서는 별도의 예산, 즉 재정계획을 별도로 세워야 한다고 명시했습니다. 동독을 위한 지출은 오직 동독에서 나온 부담금 수입에서만 조달하여 사용할 수 있게 된 것입니다.

1991년에는 동독의 모든 의료보험조합에 대해 균일한 일반 부담금 비율로 12.8%가 정해졌습니다. 이는 서독의 보험료율보다 낮은 수준이었습니다.

1992년부터 보험료율이 인상되지 않도록 했습니다. 동독에서는 서비스 제공자에 대한 보수가 서독에서보다 낮을 것이라는 예상에 근거한 것이었습니다..

통일조약은 의약품 가격과 관련하여 신연방주에 의약품을 조달할 경우 가격을 55%까지 공제할 것을 규정했습니다. 그러나 이런 엄격한 절감 조치는 당사자들의 격렬한 논쟁으로 이어져 장기간 유지되지는 못했습니다.

의약품 가격 공제 규정을 두고 제약업계의 거부가 특히 심했습니다. 때때로 제약업계는 동독으로 의약품을 배달하지 않겠다고 위협을 가했습니다. 정부는 결국 굴복할 수밖에 없었고, 통일조약에서 타협에 이르렀습니다. 가격을 공제하는 대신 제약업계와 약국들이 1991년 12월 31일까지 의약품 지출을 통해 보험조합의 재정 적자를 메우는 데 제한적으로 참여하기로 규정되었습니다.

의료보험조합의 재정 상황은 처음 3년 동안은 예상보다 괜찮았습니다. 그러나 이후 6년간 적자를 기록했습니다. 따라서 입법부는 1998년, 통일조약에서 원래 결정했던, 동독의 의료보험은 동독 보험 가입자의 보험료 수입으로만 재원을 조달해야 한다는 규정을 취소하기로 결정했습니다.

보건구조법(Gesundheitsstrukturgesetz)

1992년, 법정의료보험의 근본적인 조직 개혁이 이루어졌습니다. 이는 이미 통일이 이루어질 때 논의되었지만, 통일 과정에서 시행되지는 못했습니다. 보건구조법으로 보험 가입자들이 광범위한 선택의 자유를 얻게 되었습니다. 1996년부터 보험 가입자들은 원칙적으로 의료보험조합을 자유롭게 선택할 수 있게 되었고, 의료보험조합은 그 이후로 경쟁하게 되었습니다.

또한 1994년부터 의료보험조합을 모두 포괄하는 위험구조 조정제도 (Risikostrukturausgleich)가 도입되었습니다. 이는 개별 의료보험조합의 보험 가입자 구조가 상이해 발생하는 재정위험을 보완하고자 조합 간 재정을 균등화하는 것입니다. 위험구조 조정제도는 의료보험조합 자유 선택과 소득에 따른 보험료와 관련하여 조합 간의 공정 경쟁을 위한 필수 조건입니다.

1999년에는 독일 전체 위험구조 조정제도가 도입되었습니다. 이로 인해 서독에서 동독으로 재정이 이동할 수 있게 되었습니다. 그 결과, 두 지역의 평균 보험료율이 다시 비슷해지기 시작했고, 2002년 초에는 13.9%로 동일한 수준이 되었습니다.

통일이 이루어지면서 의료보험조합 간 위험구조 조정제도와 선택의 자유에 대한 생각이 더욱 탄력을 받았습니다. 또한, 조직 개혁의 일환으로 통일조약에 따른 폴리클리닉 유예 기한도 폐지되었습니다. 그러나 통일 이후 폴리클리닉 기관은 몇 곳만 살아남았습니다.

성과

신연방주(구동독 지역)의 보건의료체계 개편은 2년도 채 되지 않아 사실상 완료되었습니다. 처음에는 국가 통합까지 몇 년이 걸릴 것이라 예상했습니다. 전문가들은 동독의 사회보장제도가 전환되는데 5년을 예측했습니다.

궁극적으로는 모든 것이 매우 빨리 진행되었습니다. 동독이 서독에 편입된 지 불과 20개월 만에 연방정부는 전환이 사실상 마무리되었다고 확정했습니다. 사회보험 운영기관들은 동독의 사회적 구조전환 과정에서 보건의료 분야만큼 아무 문제없이 전환이 이루어진 경우가 거의 없을 것이라 평가했습니다.

국가조약과 통일조약의 규정들이 의료 분야의 신속한 변혁 과정에 반드시 기여한 것은 아니었지만 전환은 성공적으로 진행되었습니다. 의료공급체계의 다양성으로 인해 계약 당사자들은 개편을 위한 제반 조건만 규정했었습니다. 그랬기 때문에 어쩌면 기본적으로 폴리클리닉을 통한 공급 형태가 유지되고 또 혼합 체제가 생겨날 수도 있었습니다. 그러나 보건의료분야에 상이한 기관과 규정이 장기간 공존하는 것은 투자 장벽으로 간주되었고 아마 오랜 기간 시행될 수는 없었을 것입니다.

서독 사회체제를 동시에 개혁하면서 동서독 사회체제를 융합하기에는 시간이 부족했습니다. 동독 주민들 역시 압력을 가하고 있었기 때문에 통합은 빨리 마무리되어야 했습니다. 하지만 그뿐만 아니라 서독 체계를 변화시키는 데 필요한 정치적 다수도 부족했습니다.

궁극적으로 서독 구조를 동독에 완전히 도입하게 된 데에는 분명 여러 가지 이유가 있었습니다. 보건의료정책의 또 다른 특징은 여러 정당과 의료 기관, 법정의료보험협회가 강한 영향력을 행사했다는 것입니다. 이들로 인해 많은 (보건의료) 전문가가 지지했던 제안, 즉 통일을 계기로 독일 보건의료체계와 의료보험조합 제도 개혁도 함께 추진하면서 동독 보건의료체계의 일부 장점은 받아들이자는 제안은 결코 실현되지 못했습니다.

부분적으로 외래와 입원치료가 긴밀하게 연계되어 있던 동독 체계의 요소가 새로운 용어 (의료공급센터, Medizinische Versorgungszentren)로 통독 체계에 진입하기까지 수십 년이 걸렸습니다.

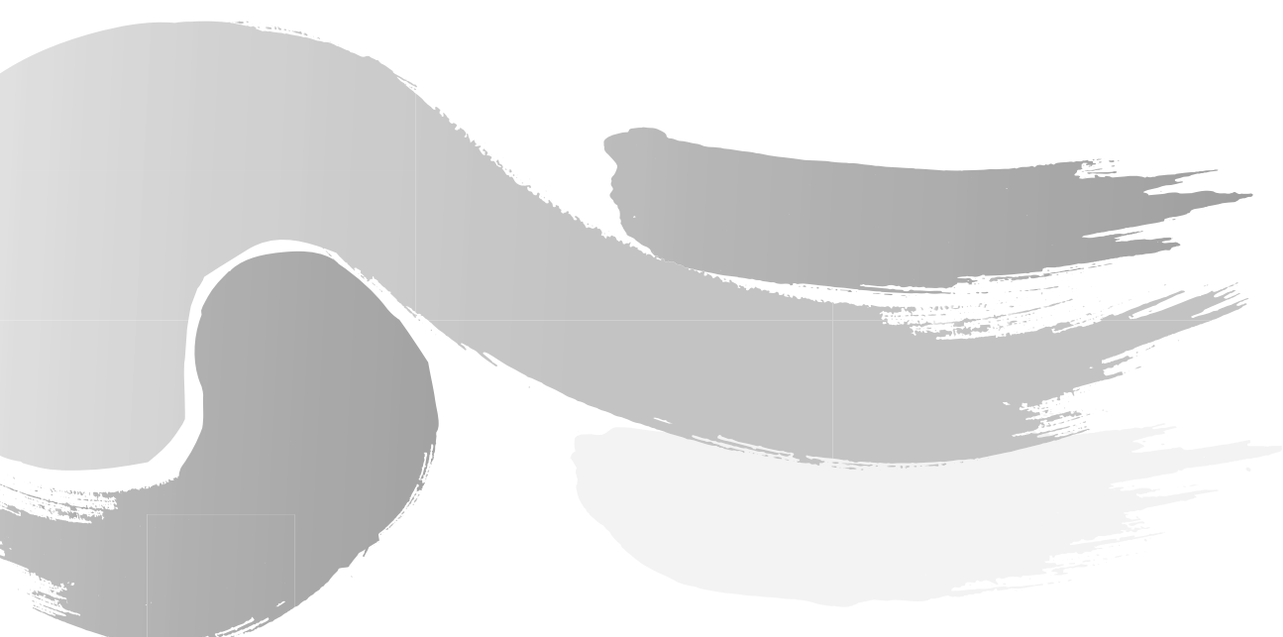
서독 의료보험제도로 완전히 대체한 주된 이유는 분명 시간 압박과 독일 통일 자체를 위험으로 몰고 갈 수도 있었던 정치적 논쟁에 대한 두려움이었습니다.

SESSION 3.
Integration des Gesundheitswesens

SESSION 3-1.

Umbau des Gesundheitswesen und seine Finanzierung im Zusammenhang der Deutschen Einheit

Frank Plate,
Präsident des Bundesversicherungsamtes

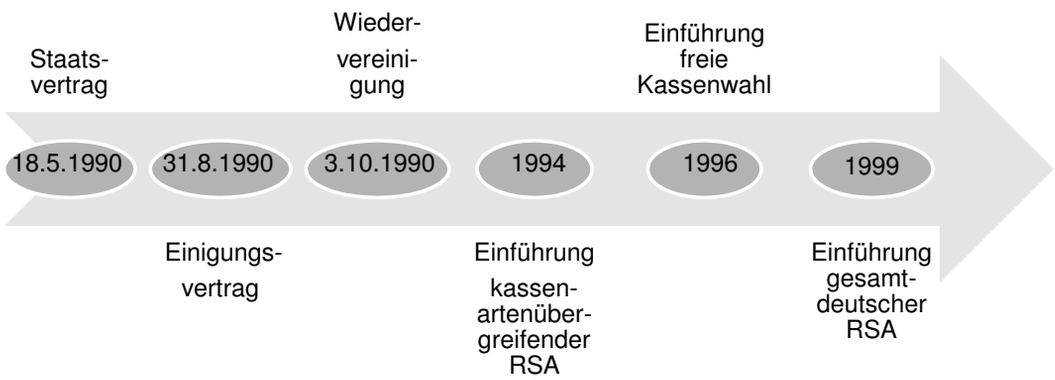


Vortrag von Frank Plate Präsident des Bundesversicherungsamtes

Umbau des Gesundheitswesens und seine Fi- nanzierung im Zusammenhang der Deutschen Einheit

anlässlich der 9. Sitzung
des Deutsch- Koreanischen Konsultationsgremiums
zu Vereini- gungsfragen
am 13. Juni 2019 in Pyeongchang





Einleitung

Ich möchte Ihnen mit meinem Vortrag den Wieder- vereinigungsprozess in Deutschland im Bereich des Gesundheitswesens ein wenig näherbringen.
Das Gesundheitswesen in Deutschland ist sehr komplex, also erst recht der Vereinigungsprozess zweier höchst unterschiedlicher Systeme. Ich wer- de dies in der Kürze der Zeit also nur skizzieren können, ohne auf Details oder Besonderheiten eingehen zu können.

Gesundheitssysteme in West- und Ostdeutsch- land

Die Gesundheitssysteme in West- und Ostdeutsch- land waren in ihrer Organisation und der Finanzie- rung vollkommen unterschiedlich.

Organisation

In Westdeutschland basierte das Sozialversiche- rungssystem auf dem bereits Ende des 19. Jahr- hunderts von Otto von Bismarck begründeten Grundgedanken, die Sozialversicherung nicht vom Staat durchführen zu lassen, sondern in die Hände derjenigen zu legen, die die Beiträge für die Versi- cherung zahlen, also in die Hände der Beschäftig- ten und zugleich Versicherten und die der Arbeit- geber.

In Westdeutschland existierte ein gegliedertes So- zialversicherungssystem mit den Zweigen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung. Innerhalb dieser Zweige wird die jeweilige Versicherung von selbst- ständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts durchgeführt, die von den Beitragszahlern selbst- verwaltet sind. Der Staat gibt über die Gesetze den rechtlichen Rahmen vor und übt insofern auch die Rechtsaufsicht aus.

1990 gab es in Westdeutschland viele Kranken- kassen die sich anhand ihrer Entstehungsge- schichte in verschiedene Krankenkassenarten un- terteilten. Dies waren vor allem Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkrankenkassen. Manche Kran- kenkassen, wie die Ersatzkassen waren im kom- pletten westdeutschen Gebiet tätig. Die Allgemei- nen Ortskrankenkassen hingegen, bestanden je- weils für abgegrenzte Regionen in Westdeutsch- land. Sie waren als Basiskasse grundsätzlich für alle Pflichtversicherten zuständig.

Betriebskran- kenkassen konnten von einzelnen Unternehmen für ihre Beschäftigten errichtet werden. Waren Pflichtversicherte in einem Betrieb mit einer Be- triebskrankenkasse beschäftigt, übernahm diese die Funktion der Pflichtkasse. War dieser Betrieb Mitglied einer Innung, also einer Interessenvertre- tung von Handwerkern, waren dessen Beschäftigte in der jeweiligen Innungskrankenkasse versichert.
Weitgehend entschied also der ausgeübte Beruf,

die Betriebszugehörigkeit oder die Ortsansässig- keit über die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Dies betraf zumindest Arbeiter, also Personen die einer körperlichen

Tätigkeit nachgingen. Diese wa- ren einer Pflichtkasse zugewiesen. Angestellte, al- so Personen deren Tätigkeit überwiegend aus geistiger Arbeit bestand, hatten eine Wahlmöglich- keit zwischen Pflicht- und Ersatzkassen. Insofern bestand in Westdeutschland zumindest ein einge- schränkter Wettbewerb zwischen den Krankenkas- sen.

In Ostdeutschland, also der Deutschen Demokrati- schen Republik, umfasste die Sozialversicherung gleichzeitig Kranken-, Renten-, Unfallversicherung mit Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen.

Anders als in der Bundesrepublik gab es in Ost- deutschland weder eine eigenständige Sozialver- sicherung noch eigenständige Krankenkassen. Die Sozialversicherung war staatlich organisiert.

Die Versicherten waren, je nachdem ob sie Arbeit- nehmer oder Selbstständige waren, eindeutig ei- nem von zwei Sozialversicherungsträgern zuge- wiesen.
Die Sozialversicherung der Arbeiter und Angestell- ten war dem Freien Deutschen Gewerkschafts- bund (FDGB) unterstellt und umfasste rund 90 Prozent der Wohnbevölkerung. Der FDGB stand unter der Führung der in Ostdeutschland herr- schenden Staatspartei (Sozialistische Einheitspar- tei Deutschlands, SED).

Der Rest der Bevölkerung, insbesondere die selbstständig Tätigen, war bei der Sozialversiche- rung bei der Staatlichen Versicherung der Deut- schen Demokratischen Republik versichert. Diese war dem Finanzministerium unterstellt. Einen Wettbewerb gab es hier nicht.

Finanzierung

In Westdeutschland lag der Schwerpunkt auf der Beitragsfinanzierung, also der paritätischen Finan- zierung aus Geldleistungen der Versicherten und der Arbeitgeber. Die Versicherten zahlten einen festgelegten Prozentsatz ihres Gehaltes an ihre Krankenkasse. Der Arbeitgeber zahlte denselben Anteil dazu. Im Jahr 1989 wurden die Gesund- heitsausgaben weitgehend über Beiträge zu den Versicherungsträgern finanziert.

In Ostdeutschland bestand hingegen eine deutli- che Dominanz einer Steuerfinanzierung – ca. zwei Drittel der Gesundheitsausgaben wurden über Steuern, der übrige Teil über Beiträge zu den So- zialversicherungsträgern finanziert.

Die Sozialversicherung war dabei in den Staats- haushalt integriert. Trotz hoher staatlicher Zu- schüsse erreichte das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik aber nicht das Niveau des Gesundheitswesens in West- deutschland.

Versorgung

In der Versorgung existierte in Westdeutschland eine Mischstruktur aus öffentlichen, gemeinnützi- gen und privaten Trägern der gesundheitlichen Versorgung. In Ostdeutschland überwogen hinge- gen eindeutig die staatlichen Träger der Versor- gung.

Besonders stark war der Unterschied in der ambu- lanten ärztlichen Versorgung: In Westdeutschland war die Versorgung den sogenannten „Kassenärz- ten“ übertragen, die ihre Tätigkeit typischerweise als Einzelpraxis – als freiberufliche, also selbst- ständige Unternehmer ausübten. Sie benötigten eine Zulassung, um die Versicherten der Kranken- kassen behandeln und die Kosten hierfür mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Besondere

Bedeutung kam hierbei den Vereinigungen der Kassenärzte zu, die dies organisieren mussten. Daher mussten alle Kassenärzte über eine Pflichtmitgliedschaft einer Kassenärztlichen Verei- nigung angehören. Diese waren auf der Ebene der Bundesländer organisiert und schlossen mit den Verbänden der Krankenkassen Verträge über die Leistungen und deren Vergütung.

Demgegenüber waren Träger der Versorgung in Ostdeutschland in erster Linie die Polikliniken. Po- likliniken waren ambulante Behandlungszentren mit fest angestellten und vom Staat entlohnten Ärz- ten verschiedenster Fachrichtungen in einer Art sozialistischen “Großpraxis”. Diese waren teilweise selbstständig, teilweise an Krankenhäuser ange- gliedert.

Im westdeutschen Gesundheitssystem gab es eine relativ starke Trennung zwischen ambulanter Be- handlung durch niedergelassene Ärzte und statio-närer Behandlung im Krankenhaus. Diese Tren- nung zwischen ambulanter und stationärer Versor- gung war in Ostdeutschland durch die Beteiligung der Krankenhäuser auch an der ambulanten Ver- sorgung stärker durchbrochen. Durch diese Ver- netzung der Versorgungseinrichtungen hatte das Gesundheitswesen dort im Grundsatz modernere Ansätze als das Westdeutsche Gesundheitswe- sen.

Die soziale Sicherung für den Krankheitsfall um- fasste in Ostdeutschland Leistungen, die im We- sentlichen denen Westdeutschlands entsprachen. Dies galt allerdings nicht für die Qualität der Leis- tungen. Mit der Verschlechterung der wirtschaftli- chen Lage in Ostdeutschland in den Jahren vor der Wiedervereinigung war das System zuneh- mend durch Mängel und Defizite gekennzeichnet.

Prozess der Umstellung

Grundsätzlich war man sich zu Beginn der Ver- handlungen zum Staatsvertrag darüber einig, dass der Aufbau einer sozialen Krankenversicherung auch in der Deutschen Demokratischen Republik notwendig war und dass das Versorgungsniveau an bundesdeutsche Standards angeglichen wer- den sollte. Dennoch gab es aber bereits frühzeitig sehr unterschiedliche Vorschläge wie dies erreicht werden sollte. Ein Teil der Politiker und Verbände traten für eine möglichst schnelle Übertragung der westdeutschen Regelungen und Strukturen ein.

Andere sprachen sich dafür aus, die in der Bun- desrepublik vorliegenden Mängel zu vermeiden und nicht mit zu übernehmen.

Versorgung

Hinsichtlich der Versorgungsstruktur im ambulan- ten Bereich Ostdeutschlands wurde diskutiert, obman Strukturelemente des ostdeutschen Gesund- heitswesens, wie die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung mit ihren Polikliniken, in ein gesamtdeutsches System integrieren sollte. Dabei standen sich ab Jahresbeginn 1990 (also noch vor der Wiedervereinigung) zwei grundsätz- lich unterschiedliche Positionen gegenüber.

Die eine Seite vertrat die Auffassung, dass es nicht zu einer schnellen und kompletten Übertragung der westdeutschen Strukturen kommen sollte. Das Konzept sah zwar die Möglichkeit vor, dass sich Ärzte in der Deutschen Demokratischen Republik freiberuflich niederlassen können, jedoch nur wenn Bedarf dafür bestehe.

Dies hätte zu einer Blockierung von Niederlassun- gen geführt. Denn der Bedarf war in weiten Regio- nen Ostdeutschlands durch die Polikliniken ge- deckt.
Diese Forderungen wurden aber sowohl von den westdeutschen Ärzten als auch von der Regierung

in Westdeutschland abgelehnt. Die Kassenärzte in Westdeutschland forderten, das westdeutsche System der ambulanten Versorgung in Ost- deutschland zu übernehmen. Insbesondere sollten neue Niederlassungen von Ärzten möglich sein und die Umwandlung von Polikliniken in Gemein- schaftspraxen und Praxiskliniken zugelassen wer- den.

Außerdem sollten Kassenärztliche Vereini- gungen als Vertragspartner der zukünftigen Kran- kenkassen auch in Ostdeutschland errichtet wer- den. Die Polikliniken sollten allerdings weiter be- stehen und in das System der ambulanten Versor- gung einbezogen werden.

In den Verhandlungen zum Staatsvertrag (Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion) zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18. Mai 1990 setzte sich innerhalb der westdeutschen Seite dann zunehmend die Po-sition durch, das westdeutsche System möglichst weitgehend zu übertragen.

Die Deutsche Demokratische Republik verpflichte- te sich dazu eine schrittweise Veränderung einzu- leiten hin zu einem Versorgungsangebot wie in der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leis- tungserbringern, insbesondere durch Zulassung niedergelassener Ärzte und Apotheker. Die Ver- sorgungsstrukturen sollten aber vorläufig fortge- führt werden. Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sollte das System der ambulanten Versorgung der Deutschen Demokratischen Re- publik über Polikliniken noch erhalten werden, so wie es teilweise auch gefordert worden war.

Der Konflikt war jedoch auch nach Verabschie- dung des Staatsvertrages nicht beendet. Mit der Diskussion über den Einigungsvertrag vom
31. August 1990 lebte der Konflikt wieder auf. Doch auch im Einigungsvertrag orientierte man sich letztlich an den westdeutschen Strukturen.

Es wurde festgelegt, dass in Ostdeutschland Kas- senärztliche Vereinigungen neu errichtet werden sollten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen soll- ten wie im westdeutschen Kassenarztrecht die ärztliche Versorgung sicherstellen, indem sie Ver- träge mit den

Verbänden der Krankenkassen schließen. Dies sollte sowohl für die Versorgung durch niedergelassene Ärzte als auch durch poli- klinische Einrichtungen gelten.

Der Einigungsvertrag sah dann auch vor, dass die Niederlassung freier Arztpraxen zu fördern sei. Der freiberuflich tätige Arzt sollte maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung werden. Die Anzahl poliklinischer Einrichtungen sollte entsprechend verringert werden. Polikliniken und ähnliche Ein- richtungen blieben allerdings zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Obwohl diese Befristung später aufgehoben wur- de, überstieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte

die der Ärzte in poliklinischen Einrichtungen bereits im April 1991. Ende 1994 machte die Zahl an Ärz- ten in poliklinischen Einrichtungen schließlich nur noch drei Prozent aller ambulant tätigen Ärzte aus.

Organisation

Neben dieser Diskussion um die Polikliniken war das zweite heftig diskutierte gesundheitspolitische Thema in Bezug auf die Wiedervereinigung die Ausgestaltung des Krankenkassensystems. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob man das west- deutsche Krankenversicherungssystem angesichts seiner strukturellen Defizite erst reformieren müs- se, bevor man es übertragen könne.

Die eine Seite forderte, die Neuordnung der Sozi- alversicherung im Osten Deutschlands mit einer Umorganisation der Krankenkassenstrukturen in der Bundesrepublik zu verbinden.

Dies stieß nicht nur bei der Regierung auf Wider- stand. Diese Seite setzte sich ihrerseits für eine möglichst schnelle und komplette Übertragung des westdeutschen, gegliederten Krankenversiche- rungssystems ein.

Die westdeutsche Seite ging dann im April 1990 in die Verhandlungen mit der Deutschen Demokrati- schen Republik mit der Maßgabe, dass dort ein gegliedertes Krankenversicherungssystem nach westdeutschem Muster einzuführen sei und konnte diese im Grundsatz in den Verhandlungen auch durchsetzen.

Auch bei dieser Frage der Organisation des Kran- kenkassensystems brach wie bei der oben ge- nannten Thematik der Versorgungsstrukturen im Sommer 1990 der Konflikt im Rahmen der Bera- tungen zum Einigungsvertrag erneut auf. Der Ver- band der Allgemeinen Ortskrankenkassen unter- nahm noch einmal den Versuch, zunächst nur All- gemeine Ortskrankenkassen als regionale Ein-heitsversicherung zuzulassen. Mit diesem Vor- schlag konnte sich der Verband jedoch nicht durchsetzen.

Der Einigungsvertrag sah letztlich zum einen zwar vor, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen flä- chendeckend für die ehemaligen Bezirke der Deutschen Demokratischen Republik errichtet werden sollten. Zum anderen sollten die weiteren Krankenkassenarten ihr Tätigkeitsfeld aber auch auf die neuen Bundesländer ausdehnen können.

Die Umsetzung der Vorgaben machte es erforder- lich, dass eine Vielzahl an Gesetzen erlassen wer- den musste. Das Krankenkassenerrichtungsgesetz vom 13. September 1990 sollte zunächst dazu dienen, die verschiedenen Versicherungszweige in Ostdeutschland möglichst organisatorisch zu tren- nen und die in der Bundesrepublik bekannten Formen der Gliederung einzuführen. Im Grundsatz sah der Entwurf auch eine Gliederung der Gesetz- lichen Krankenversicherung gemäß den in der Bundesrepublik bestehenden Kassenarten vor. Um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Osten zu gewährleisten, sollte kraft Gesetzes für jeden Bezirk eine Allgemeine Ortskrankenkasse errichtet werden. Die anderen Krankenkassen (Betriebs-, Innungs- und Ersatz- kassen) sollten auf Antrag errichtet werden kön- nen, unter denselben Voraussetzungen wie in der Bunderepublik.

Die Neuordnung des Gesundheitswesens der DDR wurde durch ein Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 30. August 1990 und die Errichtung von Ge- sundheitsämtern sowie von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwal- tungsorganen der Ärzteschaft abgeschlossen.

Finanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung sollte sich wie in Westdeutschland auch in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik in Zukunft im Wesentlichen aus paritätischen Beiträgen, also aus Geldleistungen der Versicherten und Arbeitgeber,

finanzieren. Da die Beiträge von der Höhe des Gehalts abhängen, würde die finanzielle Situation der Krankenversicherung in Ostdeutschland und in Westdeutschland auf nicht absehbare Zeit jedoch sehr unterschiedlich sein. Denn die Krankenversi- cherung in Ostdeutschland würde auf Grund des deutlich niedrigeren Lohn- und Gehaltsniveaus im Osten, weniger Geld zur Verfügung haben als die Krankenversicherung in Westdeutschland. Innerhalb der Bundesregierung war man sich einig, dass eine Belastung der westdeutschen Beitrags- zahler vermieden werden müsste, also eine Quersubventionierung von West nach Ost nicht in Betracht komme.

Als Ergebnis legte der Einigungsvertrag fest, dass Krankenkassen, die sowohl im Westen wie im Os- ten versichern, für den Osten einen getrennten Haushalt, also eine getrennte Finanzplanung, auf- stellen müssten. Die Ausgaben für den Osten dürf- ten nur aus Beitragseinnahmen verwendet werden, die auch aus dem Osten stammten.

Für das Jahr 1991 wurde ein einheitlicher allge- meiner Beitragssatz von 12,8 Prozent für alle Krankenkassen im Osten vorgeschrieben. Dieser lag damit unterhalb des Beitragssatzes in West- deutschland.

Beitragssatzanstiege sollten ab 1992 vermieden werden. Eine einkalkulierte Wirkung war, dass die Vergütungen für Leistungserbringer in den neuen Ländern geringer sein würden als die vergleichba- rer Leistungserbringer im Westen.

Für die Arzneimittelpreise schrieb der Einigungs- vertrag sogar einen Preisabschlag von 55 Prozent bei Abgabe von Arzneimitteln in den neuen Bun-desländern fest. Die strengen Einsparmaßnahmen führten zu erbitterten Auseinandersetzungen mit den Betroffenen und ließen sich nicht für längere Zeit aufrechterhalten.

Außerordentlich scharf war die Ablehnung der Pharmaindustrie zum verordneten Preisabschlag bei Arzneimitteln. Sie drohten zeitweise mit einem Boykott der Lieferung von Medikamenten in den Osten. Die Regierung musste schließlich einlen- ken. Im Einigungsvertrag wurde ein Kompromiss geschlossen. An Stelle der Preisabschläge wurde eine begrenzte Beteiligung von Pharmaindustrie und Apotheken an der Deckung des Finanzie- rungsdefizits der Krankenkassen durch Arzneimit- telausgaben bis 31. Dezember 1991 geregelt.

Die Finanzentwicklung der Krankenkassen verlief in den ersten drei Jahren günstiger als vorausge- sagt. In den sechs Folgejahren wurden dann je- doch Defizite erzielt. Daher

entschloss sich der Gesetzgeber 1998 von der grundsätzlichen Entscheidung des Einigungsvertrages abzurücken, dass sich die Krankenversicherung in Ostdeutsch- land ausschließlich aus den Beitragseinnahmen von ostdeutschen Versicherten finanzieren sollte.

Gesundheitsstrukturgesetz

Im Jahre 1992 erfolgte dann eine grundlegende Organisationsreform der Gesetzlichen Kranken- versicherung. Diese wurde schon im Rahmen der Wiedervereinigung diskutiert, aber dort nicht um- gesetzt. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde dann eine weitgehende Wahlfreiheit für die Versi- cherten eingeführt. Diese können seit 1996 ihre Krankenkasse grundsätzlich frei wählen. Die Kran- kenkassen stehen seither im Wettbewerb.

Darüber hinaus wurde ein kassenartenübergrei- fender Risikostrukturausgleich ab 1994 eingeführt. Dies ist ein finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenkassen um Risikounterschiede auszuglei- chen, die sich aus der unterschiedlichen Versicher- tenstruktur der einzelnen Krankenkassen ergeben. Der Risikostrukturausgleich ist eine wesentliche Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen bei freier Kassenwahl und ein- kommensabhängigen Beiträgen.

Im Jahr 1999 wurde dann auch ein gesamtdeut- scher Risikostrukturausgleich eingeführt. Dieser führte dann auch zu finanziellen Transfers von West nach Ost. Dadurch näherten sich die durch- schnittlichen Beitragssätze beider Rechtskreise wieder an und lagen etwa zum Jahresbeginn 2002 auf gleichem Niveau von 13,9 Prozentpunkten.

Die Überlegungen zu einem Risikostrukturaus- gleich und zur Wahlfreiheit zwischen den Kassen haben durch die Wiedervereinigung Auftrieb erhal- ten. Außerdem wurde im Rahmen der Organisati- onsreform die Befristung der Zulassung von Poli- kliniken aus dem Einigungsvertrag aufgehoben. Doch nur wenige dieser Einrichtungen hatten die Jahre nach der Wende überlebt.

Bilanz

Der Umbau des Gesundheitswesens in den neuen Ländern war nach weniger als zwei Jahren prak- tisch abgeschlossen. Anfangs war man noch von einem mehrjährigen Prozess hin zur staatlichen Einheit ausgegangen. Experten hatten für die Um- stellung des Sozialversicherungssystems der Deutschen Demokratischen Republik einen Zeit- raum von fünf Jahren vorausgesagt.

Letztlich ging dann alles sehr schnell. Bereits 20 Monate nach dem Beitritt der Deutschen Demokra- tischen Republik zur Bundesrepublik stellte die Bundesregierung fest, dass der Umbau praktisch abgeschlossen sei. Die Sozialversicherungsträger vertraten die Auffassung, es gebe kaum einen an- deren gesellschaftlichen Bereich, in dem die Um- strukturierung der Deutschen Demokratischen Re- publik so reibungslos von statten gegangen sei wie im Gesundheitswesen.

Dies ist gelungen, obwohl die Festlegungen im Staatsvertrag und im Einigungsvertrag nicht unbe- dingt zu einem schnellen Transformationsprozess bei der ärztlichen Versorgung beigetragen haben. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Versorgungs- systeme hatten die Vertragsparteien dort nur die Rahmenbedingungen für die Neuordnung festge- legt. Es wäre daher grundsätzlich auch möglich gewesen, dass sich die poliklinischen Versor- gungsformen durchsetzen oder sogar ein Misch- system entsteht. Ein längeres Nebeneinander un- terschiedlicher Institutionen und Normen im Ge- sundheitswesen galt jedoch als Investitionshemm- nis und wäre wohl für längere Zeit auch nicht prak- tikabel gewesen.

Für eine gleichzeitige Reform des westdeutschen Sozialsystems und die Verschmelzung der Sozial- systeme der beiden deutschen Staaten blieb keine Zeit. Die Einigung musste auch unter dem Druck der Bevölkerung der Deutschen Demokratischen

Republik schnell vollzogen werden. Es fehlten aber auch die für eine Veränderung des bundesdeut- schen Systems erforderlichen politischen Mehrhei- ten.
Es gab sicherlich verschiedene Gründe, die dazu führten dass letztlich die westdeutschen Strukturen komplett übertragen wurden. Kennzeichnend für die Gesundheitspolitik war definitiv auch der starke Einfluss, der von verschiedenen politischen Partei- en, ärztlichen Organisationen und von Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeübt

wurde. Sie haben bewirkt, dass die von vielen Ex- perten vertretene Vorstellung, mit der Vereinigung eine Reform des deutschen Gesundheitswesens und der Struktur des Krankenkassensystems zu verbinden und dabei auch einzelne Elemente des ostdeutschen Gesundheitswesens aufzunehmen, nie eine realistische Chance auf Verwirklichung hatte.

Zum Teil dauerte es Jahrzehnte, bis Elemente des ostdeutschen Gesundheitswesens, wie die enge Verknüpfung ambulanter und stationärer Versor- gung, teilweise unter neuen Begrifflichkeiten (Me- dizinische Versorgungszentren) Eingang in das gesamtdeutsche Gesundheitswesen fanden.

Wesentliche Gründe für die Übernahme westdeut- scher Strukturen im Gesundheitswesen waren si- cherlich auch der Zeitdruck und die Furcht vor kontroversen politischen Diskussionen, die das Un- ternehmen Deutsche Einheit in Gefahr hätten brin- gen können.

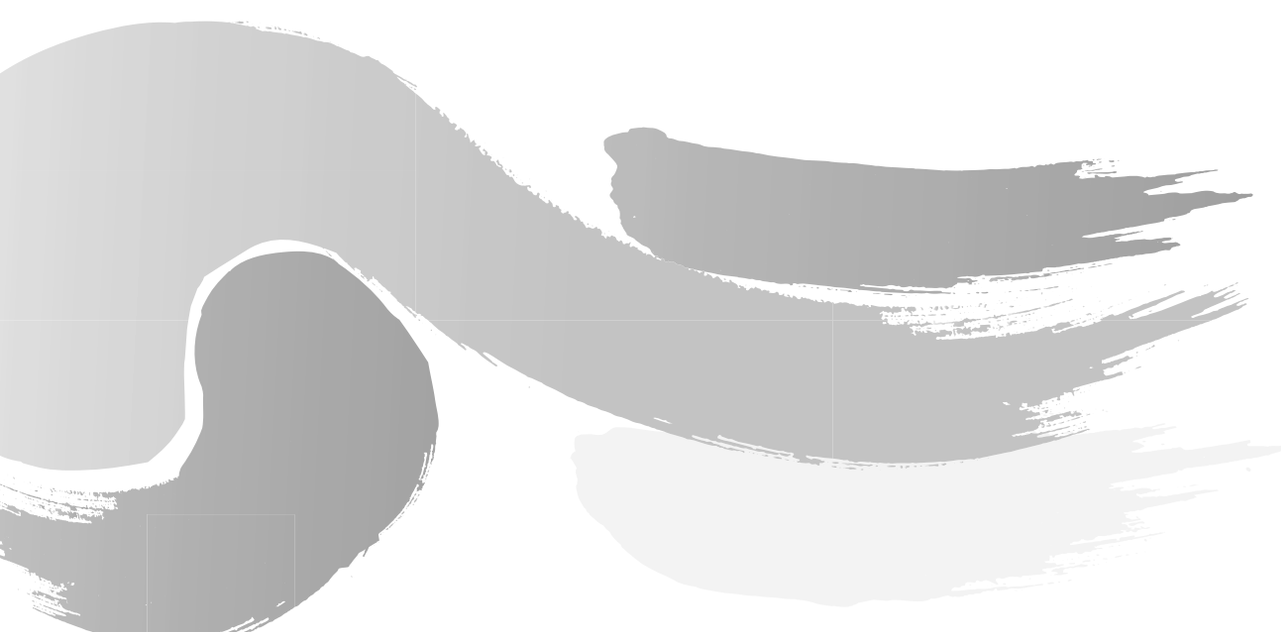
MEMO.

SESSION 3.
보건의료 분야 통합

SESSION 3-2.

남북한의 보건·의료 현황 및 협력 추진 방향

전우택, 연세대학교 의과대학 교수



제9차 한독통일자문위원회

보건의료를 통한 한반도 평화와 공동체 구성 준비

전우택 교수

연세대학교 의과대학 의학교육학과

YONSEI UNIVERSITY

통일보건의료센터 Center for health and Unification of Korea

목차

I. 북한의 보건의료 분야 쟁점

1. 보건의료 지표
2. 보건의료 원조 동향

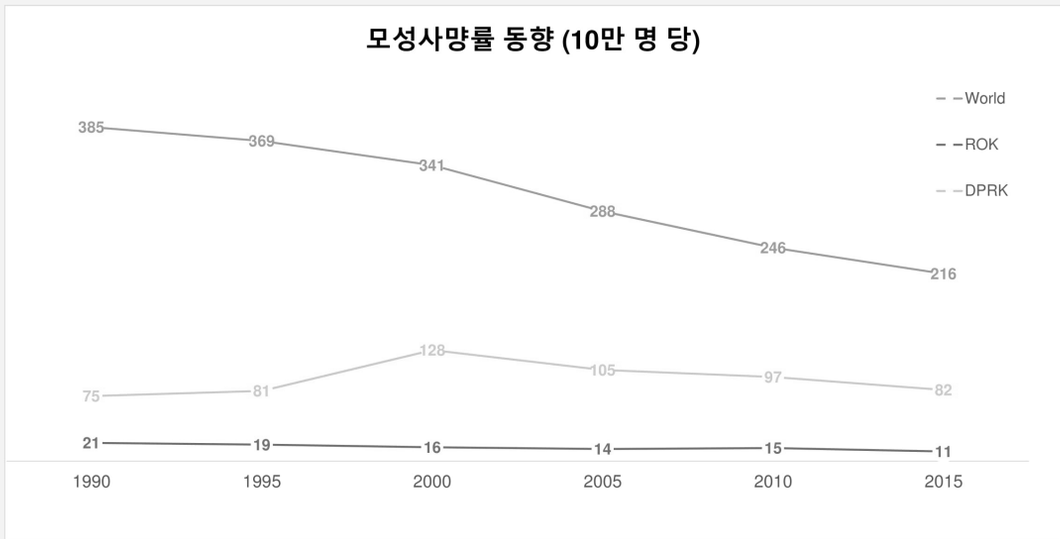
II. 한반도 시나리오

II. 직면한 딜레마에 관한 자문 요청

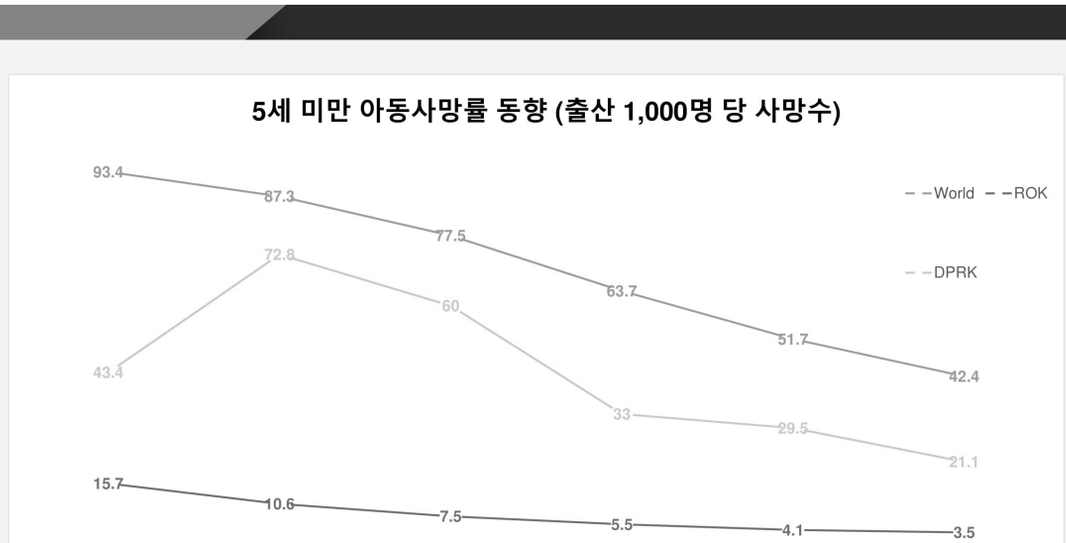
I-1. 보건의료 지표

2016	북한	대한민국
총인구 (천 명)	25,369	51,709 (‘19)
남/여 기대수명	68.2 / 75.5	79.5 / 85.6
건강수명	64.6	73.0
모성사망률 (출산 10만 명 당)	82 (‘15)	11(‘15)
5세 미만 아동사망률 (출산 1,000명 당)	20	3.4
신생아사망률 (출산 1,000명 당)	10.7	1.5
결핵 발생률 (인구 백만 명 당)	513	77
말라리아 발생률 (위험인구 1,000명 당)	0.5	0.3
5세 미만 아동의 B형 간염 표면 항원(HBsAg) 유병률(%)	0.53 (‘15)	0.69 (‘15)
5세 미만 아동의 발육부진률(%) (2007-2016)	27.9	2.5

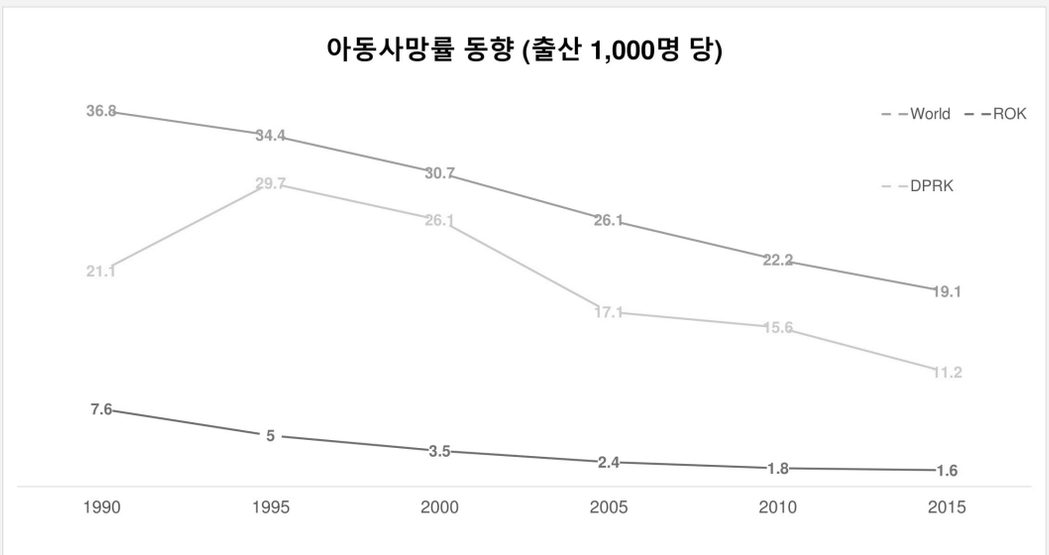
Source: World Health Statistics 2018. Monitoring Health for the SDGs. WHO.2018.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf



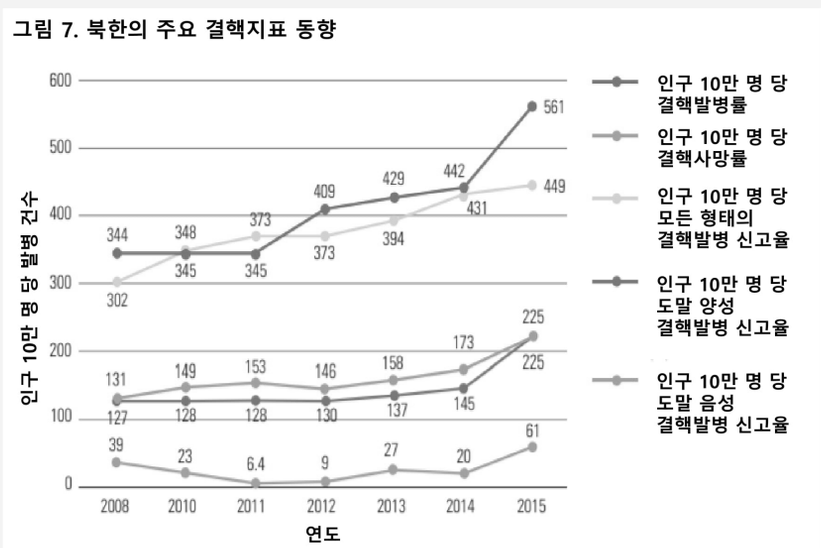
Source: Lee S.K. North Korean children: nutrition and growth. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2017. 22(4):231-239. doi: 10.6065/apem.2017.22.4.231



Source: Lee S.K. North Korean children: nutrition and growth. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2017. 22(4):231-239. doi: 10.6065/apem.2017.22.4.231

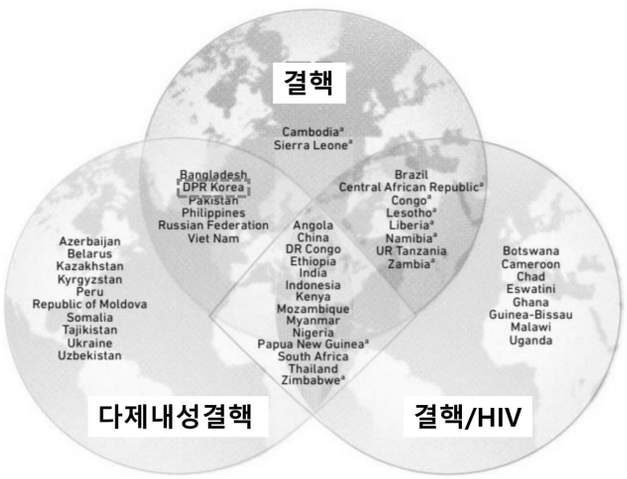


Source: Lee S.K. North Korean children: nutrition and growth. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2017. 22(4):231-239. doi: 10.6065/apem.2017.22.4.231



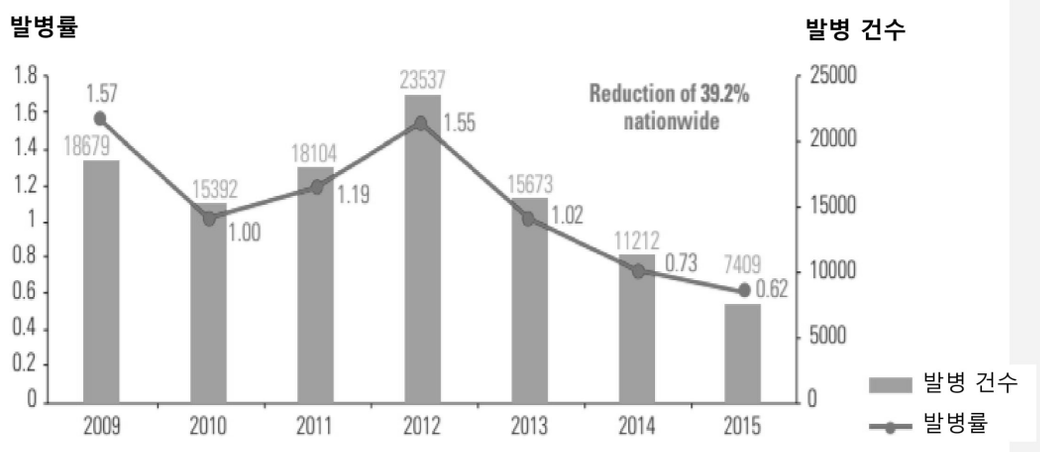
Source: Global TB Reports and Programme Management Unit, Ministry of Public Health. In Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017. UNICEF. https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf

WHO에 따른 2016-2020년 기간 동안 결핵, 결핵/HIV 및 다제내성결핵 위험 고부담 국가 목록에 포함된 국가 및 중복 영역도

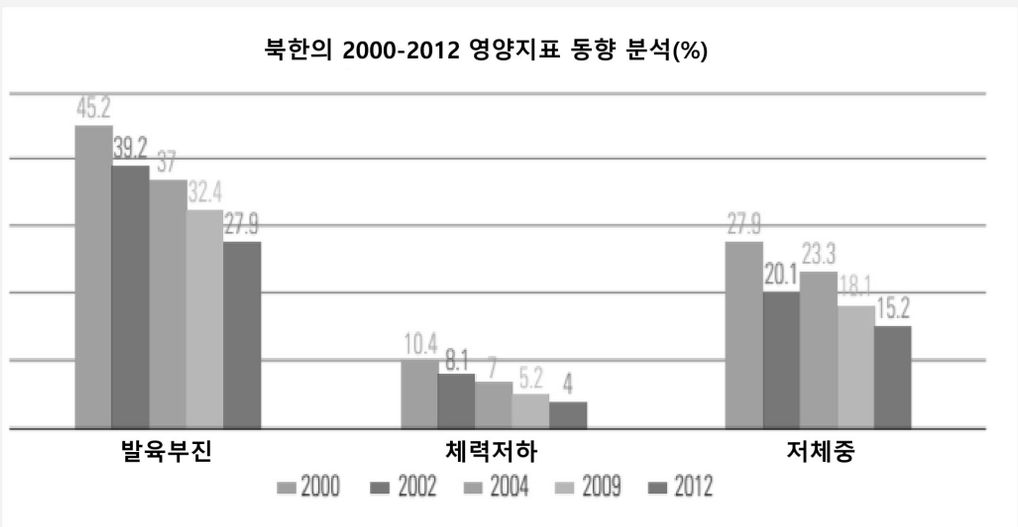


Source: Global TB Reports and Programme Management Unit, Ministry of Public Health. In Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017. UNICEF. https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf

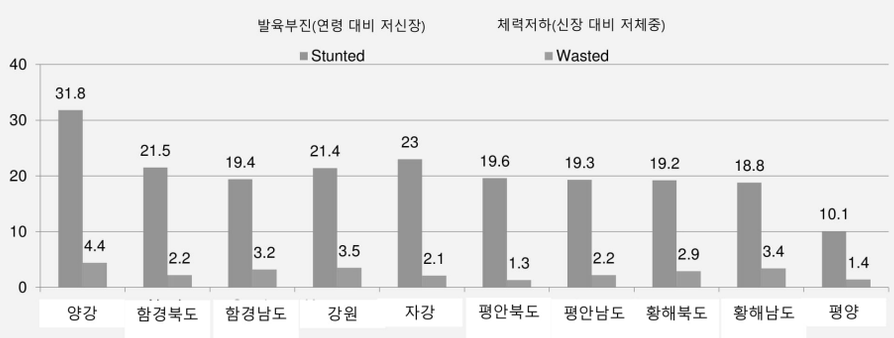
그림 6. 북한의 말라리아 발병 건수와 발병률(2009-2015)



Source: Global TB Reports and Programme Management Unit, Ministry of Public Health. In Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017. UNICEF. https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf



Source: Final Report of the National Nutrition Survey 2012 –CBS, DPRK. In Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017. UNICEF. https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf

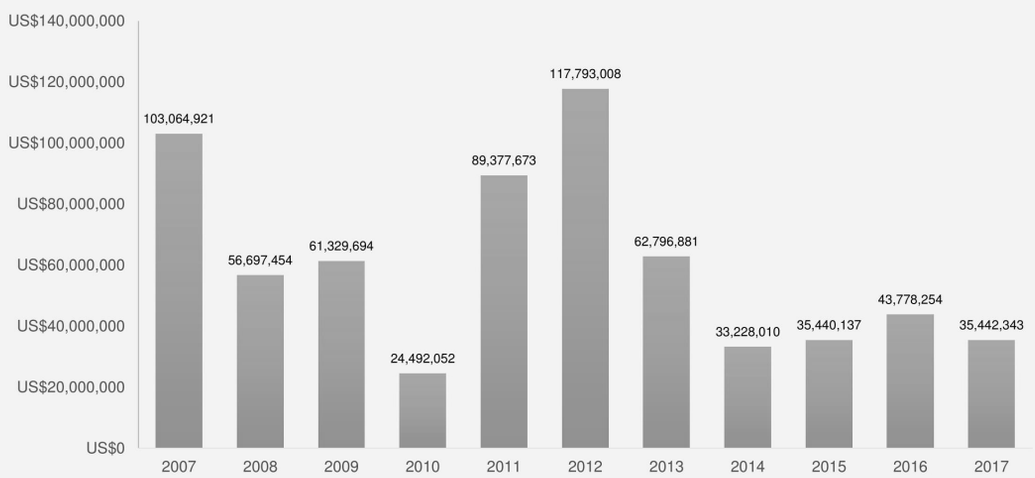


- **전체인구의 66%가 공공배급제도(PDS)에 의존, 하루 평균 1,314Kcal에 해당하는 쌀 및 하루 권고량의 절반에 해당하는 옥수수 배급**
- **급성 영양불량 아동의 73%가 4가지 미만의 식품군 섭취**
- **평양 거주 아동의 40%가 4가지 미만의 식품군 섭취**
- **만성 영양불량 아동의 33%에 빈혈이 있고, 6-23개월 아동의 빈혈률은 최고 수준임(≥45%)**

Source: Lee, HW. Health care system & disease burden of DPRK. 2019. Presentation. In UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey 2017 Survey Findings Report DPRK. 2018. https://www.unicef.org/eap/sites/unicef.org.eap/files/2018-06/2017%20DPRK%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_July%202018.pdf

I-2. 보건의료 원조 동향

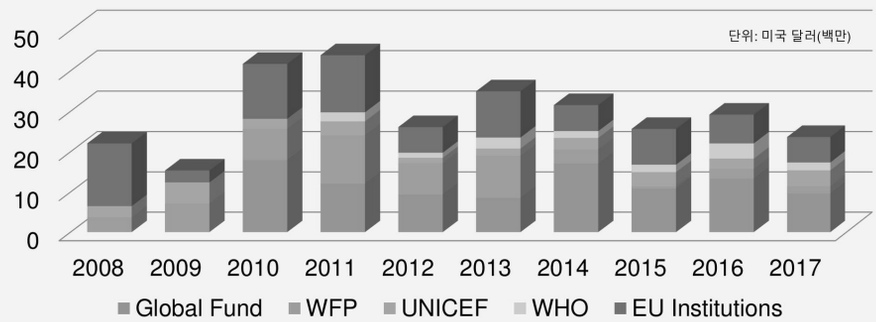
북한 재정지원 동향(2007-2017)



Source: Country snapshot for 2018, Democratic People's Republic of Korea. "Trends in reported finding". Financial Tracking Service. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs(UNOCHA). https://fts.unocha.org/countries/118/summary/2018

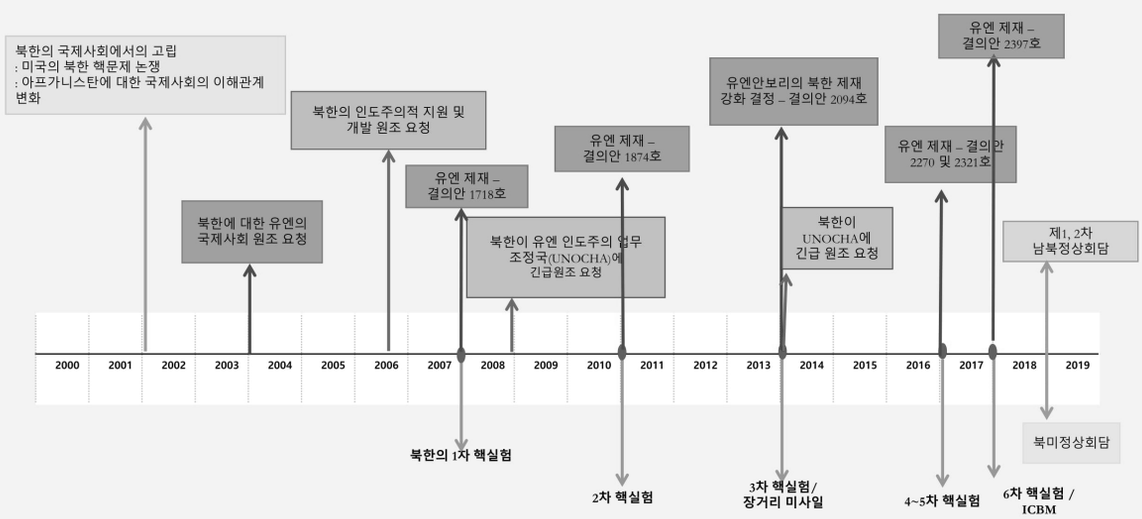
북한에 대한 공적개발원조(ODA)

(2008-2017, OECD IDS, Gross Disbursements)



다자기구	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	합계
세계기금(GF)			17.860	11.986	9.275	8.456	16.965	10.765	13.277	9.513	98.097
세계식량계획(WFP)	3.627	7.066	7.735	12.027	7.819	10.515	3.548	0.645	2.413	1.858	57.253
유니세프(UNICEF)	2.858	5.320	2.552	3.483	1.389	1.811	2.903	3.526	2.610	4.030	30.482
세계보건기구(WHO)				2.242	1.275	2.736	1.686	1.868	3.770	1.944	15.521
EU 기관	15.573	2.978	13.566	14.115	6.335	11.418	6.432	8.839	7.107	6.295	92.659

북한 보건의료 원조 주요 쟁점(1995-2018)



Source: Revised from Lee HW (2019) Presentation. Health Care System & diseases burden of DPRK. *In Introduction to Health and Unification Studies(2017)*. SNU Medicine Institute for Health and Unification Studies.

유엔의 대북 제재

유엔 결의안 1718호(2006)

- 무기 및 군사장비, 이중용도 기술, 차량, 산업기계류 및 금속 교역 금지
- 북한의 핵프로그램과 관련된 개인들의 자산 동결
- 특정 사치품목 수입 금지
- 전기장비, 석탄, 광물, 해산물 및 기타 식품, 농산품, 목재, 섬유 및 석재 수출 금지
- 북한노동자 수출 제한
- 원유 및 정제석유 제품 수입 제한
- 천연가스 수입 금지
- 어업권 제한

인도주의적 면제
(2018~2019에 승인)

- ❖ 국가: 캐나다, 프랑스, 독일, 아일랜드, 스위스
- ❖ 국제 기구: 유니세프, 유엔인구기금, 세계보건기구
- ❖ 국제 비정부 기구: 조선의 그리스도인 벗들(CFK), 유진벨 재단(EBF), 핸디캡 인터내셔널, 국제 적십자사 적신월사 연맹, 메노나이트 중앙위원회(MCC), 국경없는의사회(MSF) 및 국제 월드비전
- ➢ **결핵, 다제내성결핵, 말라리아, B형 간염, 면역, 두유, WASH(식수, 위생시설, 위생), 비상대비 장비 등과 관련된 품목**

Source: United Nations Security Council. Humanitarian Exemption Requests. https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/1718/exemptions-measures/humanitarian-exemption-requests)

"통합적"



Source: WHO, UNICEF & USAID. 2015. Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation and Hygiene : Practical Solutions for Policies and Programmes. World Health Organization 2015. https://www.unicef.org/media/files/IntegratingWASHandNut_WHO_UNICEF_USAID_Nov2015.pdf

대응 계획/호소(2018)			
	지원금(백만 US$)	**필요한 금액 (백만 US$)**	커버율(%)
2018년 북한의 자금수요 및 우선순위 (유엔 상주조정관 / 북한 인도주의 국가팀)	27.2	**111.2**	24.4

집단별/부문별 자금지원 상황(2018)			
집단/부문	지원금 (백만 US$)	필요한 금액 (백만 US$)	커버율(%)
식량 안보(농업 포함)	2.2	26.1	8.5
보건의료	**6.3**	**36.9**	**17.0**
영양	16.5	38.6	42.8
식수, 위생시설 및 위생(WASH)	2.1	9.6	21.5
미정	n/a	0.1	n/a

Source: Country snapshot for 2018, Democratic People's Republic of Korea. Financial Tracking Service. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs(UNOCHA). https://fts.unocha.org/countries/118/summary/2018

II. 한반도 시나리오

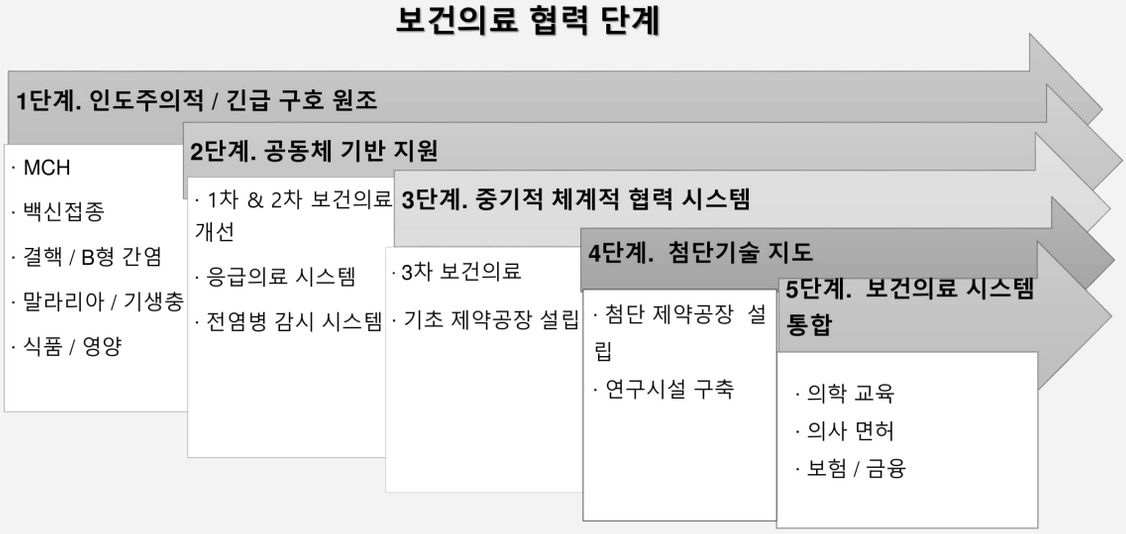
북한과의 보건의료 협력 필요성

① **인도주의적 이유**
⇒ 고통을 겪고 있는 북한 주민

② **통일 여정**
⇒ 지원을 통한 남북한 간 적대감 완화 가능성

③ **비용효과성**
⇒ 남북한 간 보건의료 수준의 격차 감소를 통해 통일 후 비용 및 갈등 감소

보건의료 협력 단계



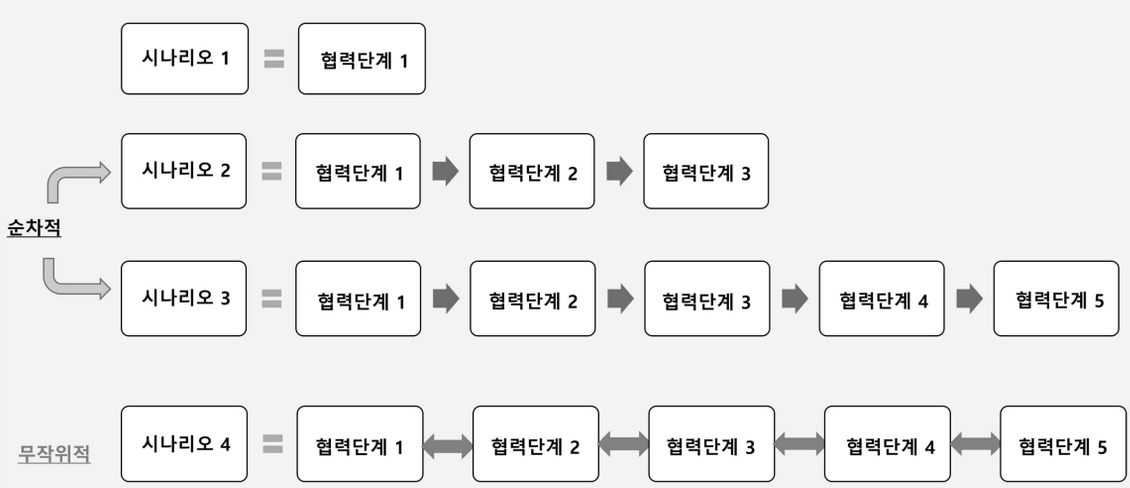
한반도 시나리오

시나리오 1. **북한**이 외국과의 적대관계 하에 핵무기를 계속 보유하면서 부분적으로 긴급 지원을 요청

시나리오 2. **북한**이 국제사회에서 정상국가로 거듭나기 위해 핵무기를 해체하기 시작하고, 능동적 협력체제 하에서 독립적이고 안정한 두 국가가 한반도에 공존

시나리오 3. **북한**이 남북한 간 공동합의에 따라 통일을 체계적으로 추진하기 위해 장기계획 수립

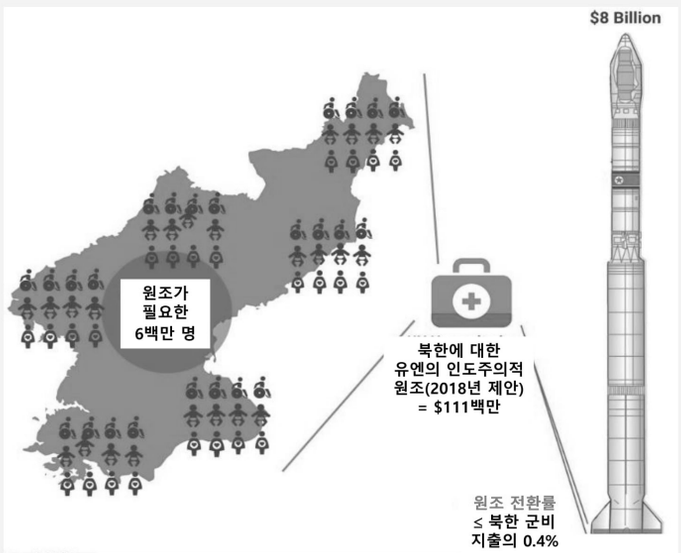
시나리오 4. **북한**이 어떤 요인으로 인해 불안정한 국가로 붕괴, 독일의 경우처럼 급속한 통일 진행



III. 직면한 딜레마에 관한 자문 요청

질문 1.

북한과의 협상 전략



Source: Eoli poli. http://media.mcelthyde.com/smedia/2009/02/19/400-20090217-N-Korea-missile.large.prod_affiliate.91.jpg. In The Case of Funding the UN's Request for Humanitarian Assistance to the DPRK. 38 North.org. https://www.38north.org/2018/10/kparkkim102318/ 조남훈 (Nam Hoon Cho), 북한 군사경제의 현황 (Status of the Military Economy in DPR Korea), Korea Institute for Defense Analyses, December 2016; "Less than one aircraft carrier? The cost of North Korea's nukes," *CNBC*, July 20, 2017, https://www.cnbc.com/2017/07/20/less-than-one-aircraft-carrier-the-cost-of-north-koreas-nukes.html; and 성상훈 (Sang Hoon Sung). "국방부,북한 100억이면 핵실험 가능 '개성공단이 자금줄(?).'" February 24, 2014, http://www.mediawatch.kr/mobile/article.html?no=245267.

질문 1.

북한은 국가경제의 엄청난 부분을 핵개발과 국방 비용으로 사용하고 있지만, 주민들의 식량, 보건의료 등 핵심 복지 부분에는 거의 돈을 사용하지 않고 있다. 그러는 가운데, 북한은 식량부족이나 보건의료적 긴급 구호 요청을 국제사회에 하고 있다.

이런 북한의 요청에 대하여 남한과 국제사회는 어떻게 대응을 하여야 할까?

질문 2.

보건의료 부문의 현실과 북한의 계획 간 괴리

경제 및 보건의료 지표 격차

지표	동서독 간 (서독 : 동독) (1989)	남북한 간 (남한 : 북한)
인구비	78.8(%) : 21.2(%)	67(%) : 33(%) (2019)
GDP	6.3 : 1	47.6 : 1 (2017)
일인당 GDP	1.7 : 1	23.03 : 1 (2017)
기대수명(년)	78.9 : 76.0 (여) 72.6 : 70.2 (남)	85.7 : 73.1 (여) 79.7 : 66.3 (남) (2017)
신생아사망률 (출산 1,000명 당)	서독: 7.6 동독: 8.1(1988)	남한: 1.5 북한: 10.7 (2016)
모성사망률(출산 10만 명 당)	서독: 8.9 동독: 14.8	남한: 11 북한: 82 (2016)
신장 차이	서독인이 평균 1.2cm 더 큼(1990)	남한인이 평균 7.7cm 더 큼(2003)

Source: 통일부, 북한정보포털, 남북한비교통계http://nkinfo.unikorea.go.kr/nkp/openapi/NKStats.do#a / Korean Statistical Information Service. http://kosis.kr/index/index.do/ / Cho, KS. Major Health Indicators in South and North Korea: with special reference to West and East Germany. *Health and Social Welfare.* 2016 36(2):33-56 / Komlos, John; Kriwy, Peter (2003) : The Biological Standard of Living in the two Germanies, Munich Discussion Paper, No. 2003-11, Ludwig-Maximilians-Universität München, Volkswirtschaftliche Fakultät, München, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:19-epub-55-0. / Daniel, S. Height and weight differences between North and South. *J. Innov.Sci,* 2009. 31:51-55.

북한의 국가 보건의료 우선순위

분야	2004-2008	2010-2015	2016-2020
1	결핵, 말라리아, 에이즈	전염병으로 인한 부담 경감	주체의과학 기술개발 강화
2	기타 전염병(B형 간염, 장 감염 질환 및 기생충 감염)	고품질 의료서비스 전달	전국적 원격의료 시스템 구축 및 운영 품질 개선
3	비감염성 질환 (심혈관계 질환, 암, 구강 질환)	가정의 제도 강화	의료정보 기술 수준 향상
4	흡연 통제	모성, 아동 및 노인 건강 보호 및 증진	질병 예방감시체계 강화
5	면역을 포함한 모성 및 아동 건강	주요 비감염성 질환(NCD) 및 위험요소 예방과 통제 강화	의약품 제조 현대화, 고려의약품 제조, 의료기구 현대화, 생산 등의 촉진
6	식품 안전	충분한 의약품 제공 (필수의약품 및 일반의약품)	안전하고 건강한 환경 제공
7	영양	보건인력 강화	의사담당구역제 강화 및 보건의료 서비스 품질 개선
8	정신건강	통합 보건의료 운영정보 제도	보건의료 인력의 기술적 역량 개선
9	혈액 안전	비상대비 강화	모성, 아동 및 노인 건강관리 향상
10	보건 및 환경	국제협력 및 제휴 강화	조산사의 성건강 및 생식건강 서비스 전문적 개발
11	신기술 개발 및 응용		공중보건 지도력 및 관리역량 강화
12	필수의약품 및 의약품 품질보증		응급 및 재난시 즉각대응 역량 개발
13	보건의료 시스템 강화		
14	보건의료 인력 훈련/재교육		

김정은 정권에서 출판된 8종의 의학학술지에 실린 사설에 언급된 국가 보건의료 우선순위(NHP) 항목

빈도순위	NHP 2016–2020에 실린 항목	백분율(%)	관심분야
1	**의약품 제조, 의료기구 생산 현대화 촉진**	**27·1**	**대다수**
	고려의약품 생산성 촉진		
2	**주체의과학 기술개발 강화**	**22·1**	
3	질병 예방감시체계 강화	8·8	
4	의료정보 기술 수준 향상	8·0	
5	보건의료 인력의 기술적 역량 향상	7·7	
6	전국적 원격의료 시스템 구축 및 운영 품질 개선	6·7	중간
7	공중보건 지도력 및 관리역량 강화	6·5	
8	모성, 아동 및 노인 건강관리 향상	5·1	
9	의사담당구역제 강화 및 보건의료 서비스 품질 향상	4·2	
10	안전하고 건강한 환경 제공	3·6	
11	응급 및 재난시 즉각대응 역량 개발	0·2	최소
12	조산사의 성건강 및 생식건강 서비스 전문적 개발	0·2	
		100	

경제적 혜택 > 인도주의적 수요

질문 2.

보건의료 영역에서의 국제기준으로 볼 때, 현재 북한은 전염병 예방,
1차 및 2차 의료기관의 강화와 보건의료 시스템 운영 등이 필요한 국가
보건의료 수준을 가지고 있다.
그러나 북한이 남한 및 국제사회에 요구하는 보건의료 지원은
평양에 3차 의료기관을 건립하거나, 최첨단 연구시설을 설치하는 것이다.
이와 같이 외부에서 객관적으로 보는 북한의 필요와 북한이 외부에
요구하는 내용 사이에 격차가 클 때 어떻게 대응하여야 할까?

질문 3.

북한 보건의료 시스템의 악순환

질문 3.

보건의료 영역에서 북한의 요구는 대부분 병원 건물, 의료기자재, 의약품, 의학 연구시설 등 “물자”에 집중되고 있고, 북한 보건의료 인력의 훈련, 남북한 보건의료인의 교류 등 “사람”과 연관된 것은 가급적 피하려하고 있다. 이런 상황에 어떻게 대응하여야 할까?

질문 4.

합의의 중요성

남북보건의료협력 분과회담

(남북공동연락사무소, 11.07.2018)

평양공동선언(09.19.18)과 판문점 선언 (04.27.18)의 이행을 위한 후속 회담

① 남과 북은 전염병 유입 및 확산 방지를 위해 상호 정보 교환과 대응체계 구축 문제들을 협의하고 기술협력 등 필요한 대책들을 세워 나가기로 하였다. 이와 관련하여 올해 안에 전염병 정보교환을 시범적으로 실시하기로 하였다.

② 남과 북은 결핵과 말라리아를 비롯한 전염병들의 진단과 예방치료를 위해 서로 협력하며 이를 위해 제기되는 실무적 문제들을 문서교환을 통해 협의해 나가기로 하였다.

③ 남과 북은 앞으로 포괄적이며 장기적인 방역 및 보건의료 협력사업을 다양한 방법으로 적극 협의 추진해 나가기로 하였다.

④ 남과 북은 전염병 공동대응 및 보건의료 협력사업의 효과적인 이행을 위한 문제들을 남북공동연락사무소를 통하여 정례적으로 협의 해결해 나가기로 하였다.

질문 4.

과거 독일에서는, 1972년 동서독기본협정이 맺어진 이후, 2년이 지난 1974년 보건의료협정이 이루어졌다.
동서독 간의 보건의료협정은 통일 이전까지, 서독과 동독 정부 사이에서, 그리고 동독과 서독의 사람들 사이에서 구체적으로 어떤 역할을 하였으며, 그것은 전체 통일 과정에서 어떤 의미를 가졌다고 생각하는가?
독일의 그런 경험을 바탕으로 하여, 남북한의 보건의료 협력과 교류에 대하여 이야기하고 싶은 사항이 있는가?

통일과 보건의료, 가장 따뜻한 조우

감사합니다

REFERENCES

Publications

Final Report of the National Nutrition Survey 2012-CBS, DPRK. I*n Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017*. UNICEF. Available from https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf

Global TB Reports and Programme Management Unit, Ministry of Public Health. *In Situation Analysis of Children and Women in the Democratic People's Republic of Korea 2017*. UNICEF. Available from https://www.undp.org/content/dam/unct/dprk/docs/unct_kp_situation_analysis_of_children_and_women_in_dpr_korea_unicef_2017.pdf

Medium Term Strategic Plan for the Development of the Health Sector in DPRK 2010-2015. Ministry of Public Health in partnership with WHO. World Health Organization. 2010.

Medium Term Strategic Plan for the Development of the Health Sector in DPRK 2016-2020. Ministry of Public Health, DPRK in partnership with WHO, UNICEF and UNFPA. 2017.

WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008 Democratic People's Republic of Korea. World Health Organization. 2003.

WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Democratic People's Republic of Korea. World Health Organization. 2010.

WHO Country Cooperation Strategy 2014-2019 Democratic People's Republic of Korea. World Health Organization. 2016.

WHO, UNICEF & USAID. 2015. Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation and Hygiene : Practical Solutions for Policies and Programmes. World Health Organization 2015. Available from https://www.unicef.org/media/files/IntegratingWASHandNut_WHO_UNICEF_USAID_Nov2015.pdf

Presentation

Lee, HW. Health care system & disease burden of DPRK. 2019. Presentation. *In UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey 2017 Survey Findings Report DPRK. 2018*. Available from https://www.unicef.org/eap/sites/unicef.org.eap/files/2018-06/2017%20DPRK%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_July%202018.pdf

Revised from Lee HW (2019) Presentation. Health Care System & diseases burden of DPRK. *In Introduction to Health and Unification Studies(2017)*. SNU Medicine Institute for Health and Unification Studies.

Journal

Cho, KS. Major Health Indicators in South and North Korea: with special reference to West and East Germany. *Health and Social Welfare.* 2016 36(2):33-56

Daniel, S. Height and weight differences between North and South. *J. biosoc.Sci*, 2009. 31:51-55.

Komlos, John; Kriwy, Peter (2003) : The Biological Standard of Living in the two Germanies, Munich Discussion Paper, No. 2003-11, Ludwig-Maximilians-Universität München, Volkswirtschaftliche Fakultät, München, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:19-epub-55-0. /

Lee S.K. North Korean children: nutrition and growth. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2017. 22(4):231-239. doi: 10.6065/apem.2017.22.4.231

Website

Aid at a glance charts. Interactive summary charts by aid(ODA) recipients. Democratic People's Republic of Korea. Available from https://public.tableau.com/views/OECDDACAidataglancebyrecipient_new/Recipients?:embed=y&:display_count=yes&:showTabs=y&:toolbar=no?&:showVizHome=no

Country snapshot for 2018, Democratic People's Republic of Korea. "Trends in reported finding". Financial Tracking Service. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs(UNOCHA). Available from https://fts.unocha.org/countries/118/summary/2018

Eoli poli.http://media.mccltchydc.com/smedia/2009/02/19/400-20090217-N-Korea-missile.large.prod_affiliate.91.jpg. *In The Case of Funding the UN's Request for Humanitarian Assistance to the DPRK.* 38 North.org. Available from https://www.38north.org/2018/10/kparkekim102318

Korean Statistical Information Service (KOSIS). '국내통계, 북한통계'. Available from http://kosis.kr/index/index.do

The Basic Treaty (21 December 1972). United States-Department of State. Documents on Germany 1944-1985. Washington: Department of State, [s.d.]. 1421 p. (Department of State Publication 9446). p. 1215-1217. CVCE. Available from https://www.cvce.eu/content/publication/1999/1/1/3b9b9f0d-6910-4ca9-8b12-accfcb91d28e/publishable_en.pdf

United Nations Security Council. Humanitarian Exemption Requests. Available from https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/1718/exemptions-measures/humanitarian-exemption-requests

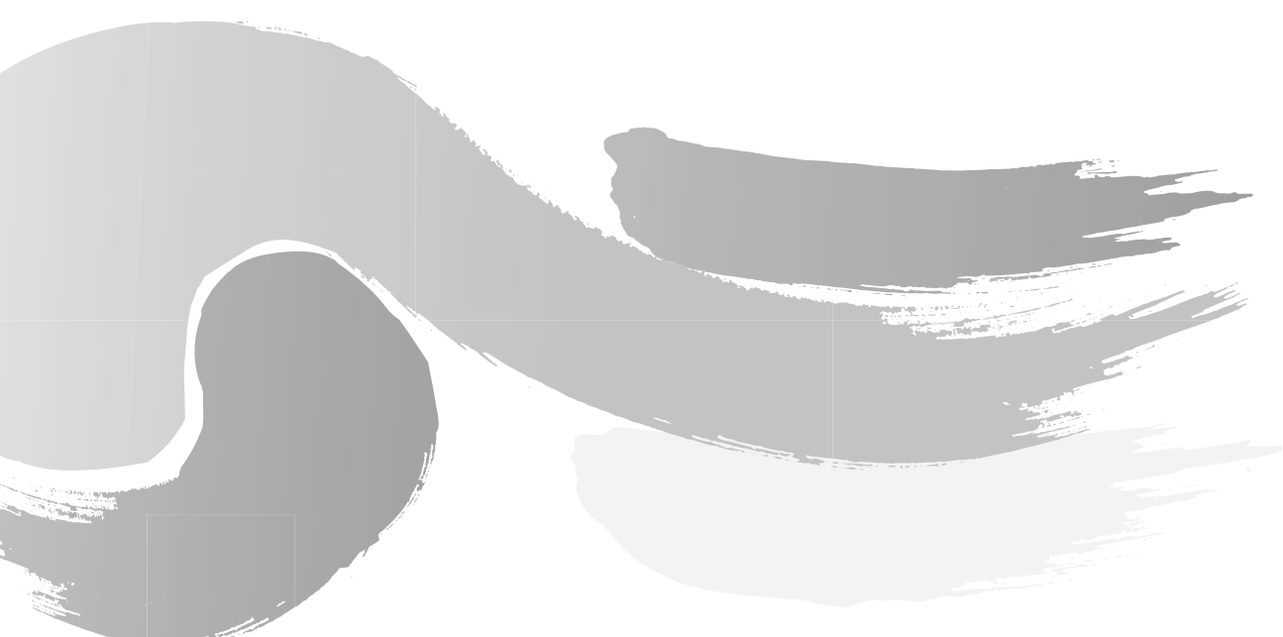
북한정보포털. '남북한비교통계'. 통일부. Available from http://nkinfo.unikorea.go.kr/nkp/openapi/NKStats.do#a

MEMO.

SESSION 3.
Integration des Gesundheitswesens

SESSION 3-2.
Gesundheitsstatus und Gesundheitskooperation in Süd- und Nordkorea

Woo-Tak Jeon,
Professor an der Yeon-Se Universität



MEMO.

MEMO.

SESSION 4.
인사관리를 중심으로 본 보건분야 통합 과정 및 한반도 적용

Personalangelegenheiten im Prozess der Integration des Gesundheitswesens und Anwendung auf der koreanischen Halbinsel

사회 : **서 호** 통일부 차관

Moderator : Vizeminister des Vereinigungsministerium **Suh Ho**

SESSION 4-1.
인사관리를 중심으로 본 공보험 체제 구축
Aufbau der Krankenkassen unter besonderer Beachtung der Personalfragen

라이너 슈트리벨, 작센·튀링겐 주 AOK PLUS 이사장

Rainer Striebel, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS Sachsen und Thüringen

SESSION 4-2.
인사관리를 중심으로 본 보건관청 구축
Aufbau der Gesundheitsämter unter besonderer Beachtung der Personalfragen

하인츠-발터 크나크무스, 연방공중보건의협회 부회장

Heinz-Walter Knackmuß, Heinz-Walter Knackmuss, Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der ärzte des Öffentlichen Gesundheitdienstes

SESSION 4-3.
남북한 통일 이후 국가행정조직 재설계 방향(인사 중심)
Die Richtung der Neugestaltung der Nationalen Verwaltung nach der Wiedervereinigung von Nord- und Südkorea unter besonderer Beachtung der Personalfragen

정창화, 단국대 행정학과 교수

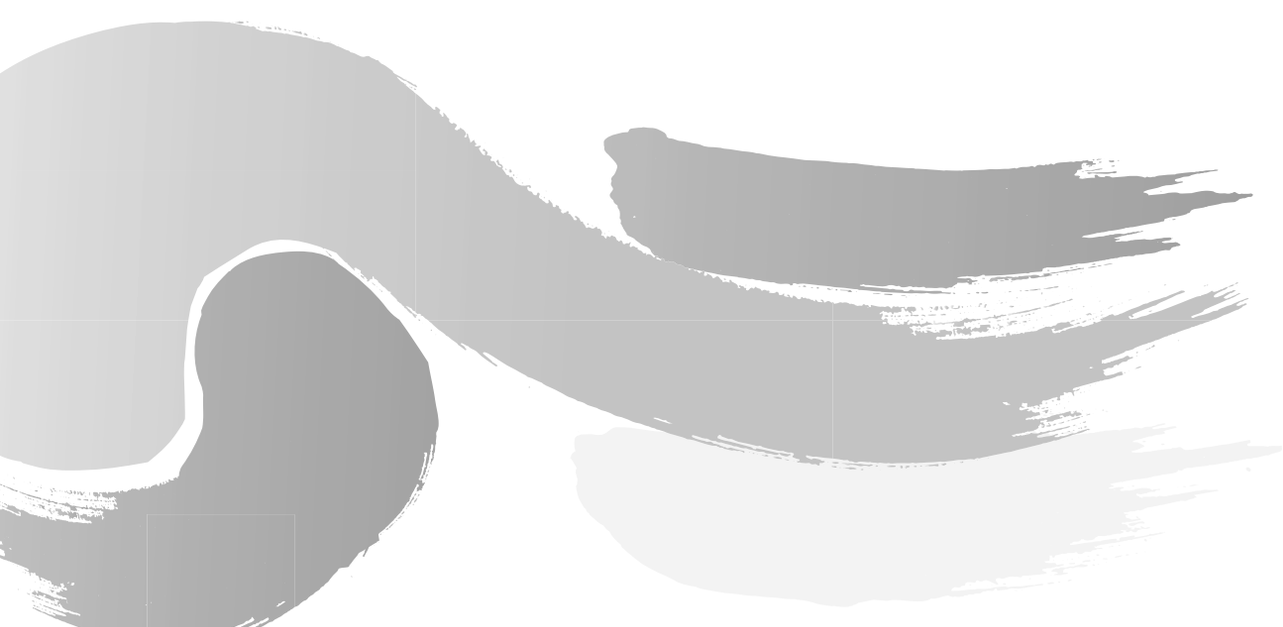
Chang-Hwa Jung, Professor an der Dan-Guk Universität

SESSION 4.
인사관리를 중심으로 본 보건분야 통합 과정 및 한반도 적용

SESSION 4-1.

인사관리를 중심으로 본 공보험 체제 구축

라이너 슈트리벨,
작센·튀링겐 주 AOK PLUS 이사장



Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

인사 관리를 중심으로 본 공보험 체제 구축

6월 13일 | 평창 | 라이너 슈트리벨(작센·튀링겐 주 AOK PLUS 이사장)

AOK PLUS* 현황:

우리는 **많습니다**:

330만 명이 넘는 고객이 보험에 가입되어 있습니다.

130,265개의 회사와 직원들이 우리를 신뢰하고 있습니다.

우리는 고객 **가까이에 있습니다**:

노르트하우젠에서 괴를리츠까지, 줄에서 토르가우에 이르기까지 **140여 개의** 현지 **지사**를 두고 있습니다.

우리는 **탄탄합니다**:

보험료율은 15.2%이며, 예산 규모는 **약 150억 유로**입니다. (한화 약 20조 13억 원)

우리는 **큰 고용주**입니다:

직원 6,900명과 실습생 308명이 보험 가입자를 관리하고 있습니다.

우리는 **지역의 파트너**입니다**:**

39,000여 명의 건강 파트너와 함께 보험 가입자의 건강한 삶을 위해 노력합니다.



*2008년 작센 주와 튀링겐 주 AOK(지역의료보험조합) 병합

1 1991년 이전 과제

법적 기반 마련의 문제

1989 11.09.
베를린 장벽이 무너지면서 통일과정의 평화적 단계 시작

1990 01.01.
동서독 간 조약공동체 설립에 관한 장관급 협상 시작

1990 05.18.
통화, 경제, 사회 통합에 관한 국가조약
1990년 7월 1일부터 연금, 실업, 의료, 산재 보험을 위한 **공동 운영 기관** 설립. 동독의 의료보험제도를 서독 의료보험법에 맞출 것을 의무화

1990 08.31.
통일 조약
1991년부터 동독의 사회보장 담당기관 해산을 위한 규정. 연금 보험과 관련하여 기존 직원 **수용 의무**. 일정 과도 기간을 위한 다양한 특별 규정 합의. 통일 독일은 우선 두 개의 커버리지 영역으로 나뉘었음

1990 09.13.
의료보험설립법
1991년부터 의료보험 설립을 위한 법적 기반 (마련). 동독 주민도 폭넓은 의료보험을 보장받을 수 있도록 **일반 지역의료보험조합(AOK)**를 **'기본의료보험'**으로 지정. **기존 직원은 AOK로 편입**.

1990 10.03.
동독 지역 5개 주, 독일연방공화국(기본법 적용 범위)에 편입

상이한 의료보험제도 이해 문제

- 동독과 서독의 의료보험은 **서로 완전히 다른 원칙**을 기반으로 조직됨
- **국민들은** 새로운 법정 의료보험(공보험) 제도에 관한 정보 제공을 **요구함**



1991년 베를린 지상철 교량에 걸린 **동독의 국민보험** 슬로건 '대비, 보험, 안심'과 앰블럼

계획된 프로세스 모델의 기본 사항:

1990년 6월부터: 공보험 제도 설립 준비

핵심 사안:

- 고객 확보
- 직원 채용 및 자격 부여
- 서비스 제공자와의 계약 규정 및 자금 조달

신연방주(동독 지역 연방주)의 기존 인프라 개요

건물 및 공간



- 보험 가입자 관리를 위해 추가 인력이 많이 필요했고, 따라서 **추가 공간**을 임대함
- 부동산 **수요가 높아 임대가 매우 힘들고 비쌌음**

기본 업무 장비



- 타자기, 복사기, 딕터폰, 업무에 필요한 물품 등 **기본적인 장비**가 없어 **조달해야 했음**
- **신속 배송은** 경제성 문제에 직면함

통신 수단 및 IT 기준



- 전화기가 몇 대 없었고, **전화 시스템은 구식**이었으며, 팩스 기계는 대부분 생소한 장비였음
- 전화 회선이 부족해 서독 지역으로의 **통화**는 **매우 제한적이었음**
- 전선이 충분히 설치된 건물이 없었음
- 등록 및 정보처리 시스템을 위한 서버 기술과 모니터를 조달해야 했음
- **최신 정보처리 시스템**은 **제한된 범위 내에서만** 적절한 행정 업무를 수행할 수 있었음

신연방주(동독 지역 연방주)의 기존 인프라 개요

프로세스 구성 및 재무 구조



- 우수한 행정 업무를 위해 **필요한 작업 프로세스에 대한 지식 부재**
- **모든 프로세스 단계**(예: 서류 양식 활용 및 고객 컨설팅)의 **집중 연습**이 필요한 상태



- 의료보험이 연금·실업보험료 징수까지 담당하고 있었음
- 구식 은행 시스템으로 인해 은행 간 자금 이체 시 영업일 최대 10일 소요
- 유동성을 유지하기 위해 예방책으로 **은행과 신용 한도를 높게** 책정

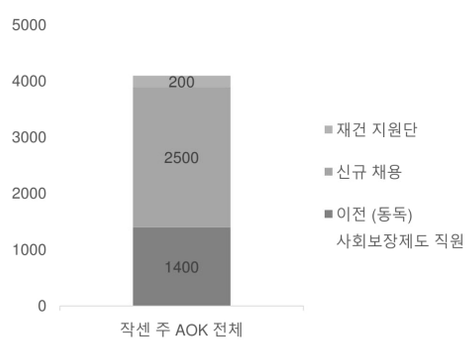
2 1991년 시행 준비

재건 지원단 투입 – 주(州) 파트너 모델

- 작센 주 AOK 설립 당시 **교육을 실시하고 이를 지원하기 위해 바덴-뷔르템부르크 주, 바이에른 주, 라인란트 지역**(주별 파트너 모델)의 **숙련된 직원들을 4~12주간** 투입
- 가장 바쁜 시기에는 **재건 지원단 최대 200명**이 작센 주에 배치됨
- 1991년 중반에는 최소한의 '재건 지원단' 만 투입
- **자체 인력을 통한** 업무 인계로 **보다 일관된** 전체 기업 **관리**가 가능해짐



동독 사회보장제도 인력 수용, 신규 채용, 추가 인력 직무교육



- 1990년 말: 작센 주 내 동독 사회보장제도 **직원 약 1,400명**을 의료보험제도 직원으로 **편입**
- 1991년 초 **인사 수요: 직원 3,900명**(신규 의료보험의 업무범위가 이전에 비해 훨씬 컸음)
- 행정 업무를 위해 **신규 직원 약 2,500명** 추가 고용 및 자격 부여
- 직원들의 의욕은 높았지만, 보험사 직원으로서의 **경력이나 자격은** 갖추지 못했음
- **퇴근 후 및 주말**까지 활용해 **4주간 속성 코스**로 직원 **교육 실시**

출처: SAP Datenbank

경영진 및 기타 임원 선출

- 1990년 중반, 동독 지역 사회부 장관이 **의료보험 설립 대리인단** 임명
- 대리인단은 1991년 1월 1일까지 지역의료보험조합(AOK)이 무리 없이 자리를 잡고 일을 시작할 수 있도록 지원하는 업무 담당
- 이사진과 대리인(임원진)은 1990년 12월 부처에서 임명함

- 동시에 **첫 최고 경영진**과 대부분 **잠정적으로 중간 관리자** 직급이 충원됨
- 임원직을 충원할 때에는 적절한 선발 절차가 따로 없었고, 많은 경우 호감에 따라 혹은 우연히 정해짐



AOK 켐니츠 지부 설립 대리인단

3 1991년 이후 과제

행정 업무 및 보험 가입자 관리 시작

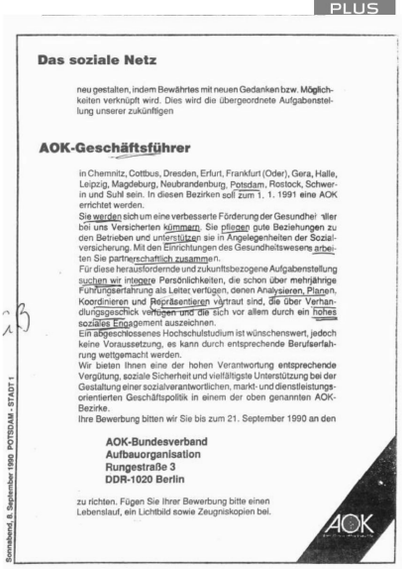
- **업무 프로세스**가 본격적으로 **서독 지역의 프로세스 구조를 취하게 됨**
- 1991년 초부터 의료보험의 모든 유관 분야에서 활동이 시작되어야 했음:
  - 고객 컨설팅, 보험 수당 지급, 보험료 징수, 고객 가입 확정, 계약 당사자 보수 지급
- 보험료를 계산하고 지불하는 납부자로서의 **고용주 교육**
- 모든 의무가 이행되고 모든 요구가 1991년 1월 1일 이전에 관철되었음을 확인
- 1991년 당시 도전과제: 새로운 관할 구역 업무와 동독 사회보장제도 동시 해체

드레스덴 시의 경우 초기에는 23개의 영업점에서 고객 상담 진행



임원진 추가 선출

- 일부 임원은 직무 요구 사항에 제대로 대응하지 못해 교체됨 → **비즈니스 프로세스**에 부분적으로 **큰 장애 발생**(신임 임원이 갓 구축된 프로세스를 변경하는 경우가 많았음)
- 높은 인센티브를 제공해 **서독 연방주에서 자격을 갖춘 전문 인력**을 확보 → 능력이 부족한 경우도 있었고 임원직 충원 시 절충안을 택할 때가 많았음
- **여러 결정 단계에서의 높은 재량권** → 일부 부정행위 및 금품 수수



Das soziale Netz

neu gestalten, indem Bewährtes mit neuen Gedanken bzw. Möglichkeiten verknüpft wird. Dies wird die übergeordnete Aufgabenstellung unserer zukünftigen

AOK-Geschäftsführer

in Chemnitz, Cottbus, Dresden, Erfurt, Frankfurt (Oder), Gera, Halle, Leipzig, Magdeburg, Neubrandenburg, Potsdam, Rostock, Schwerin und Suhl sein. In diesen Bezirken soll zum 1. 1. 1991 eine AOK errichtet werden.

Sie werden sich um eine verbesserte Förderung der Gesundheit aller bei uns Versicherten kümmern. Sie pflegen gute Beziehungen zu den Betrieben und unterstützen sie in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten Sie partnerschaftlich zusammen.

Für diese herausfordernde und zukunftsbezogene Aufgabenstellung suchen wir integere Persönlichkeiten, die schon über mehrjährige Führungserfahrung als Leiter verfügen, denen Analysieren, Planen, Koordinieren und Repräsentieren vertraut sind, die über Verhandlungsgeschick verfügen und die sich vor allem durch ein hohes soziales Engagement auszeichnen.

Ein abgeschlossenes Hochschulstudium ist wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung, es kann durch entsprechende Berufserfahrung wettgemacht werden.

Wir bieten Ihnen eine der hohen Verantwortung entsprechende Vergütung, soziale Sicherheit und vielfältigste Unterstützung bei der Gestaltung einer sozialverantwortlichen, markt- und dienstleistungsorientierten Geschäftspolitik in einem der oben genannten AOK-Bezirke.

Ihre Bewerbung bitten wir Sie bis zum 21. September 1990 an den

AOK-Bundesverband
Aufbauorganisation
Rungestraße 3
DDR-1020 Berlin

zu richten. Fügen Sie Ihrer Bewerbung bitte einen Lebenslauf, ein Lichtbild sowie Zeugniskopien bei.

Sonnabend, 8. September 1990 POTSDAM - STADT 1

직원 추가 채용 및 자격 부여, 직업·보수교육 시작

- 지속적으로 **직원을 추가** 모집하고 **자격을 부여함(본 업무 외에 열정적이고 일에 대한 의욕이 높아** 본 업무 외에 직무교육 진행)
- 사용 공간을 필요한 범위까지만 리모델링(이후 업무 공간 대폭 보수)



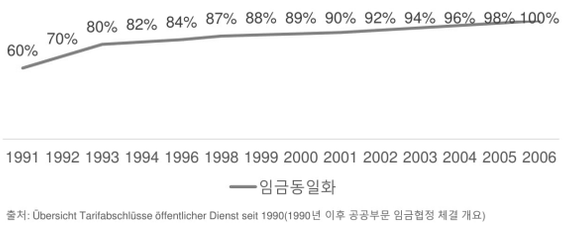
- 청년 직업 교육은 **별도로 임대한 휴양 시설**에서 진행(많은 경우 현대화에 발맞춘 공간과 사무 시설이 구비되어 있었음)
- **보수교육**은 대부분 **직장에서** 이루어짐. 이 업무는 서독에서 파견된 '재건 지원단'이나 이미 자격을 충분히 갖춘 직원이 맡았음

효율적인 커뮤니케이션 체계 구축



- 전산센터와 데이터 라인 구축이 초기 단계의 우선 과제였음
- 노동 생산성과 상담 서비스 품질이 크게 향상됨
- 이를 위해 많은 시간과 노력을 들여 직원 교육을 실시해 이 기술에 익숙해질 수 있도록 함
- 당시 전산 성능이 낮아서 **여러 센터를 운영**해야 했으며, 일부 경우 해당 지역에서 서로 다른 소프트웨어를 사용해야 했음

보수 구조의 추후 발전과 노동조합 및 직원 평의회의 역할

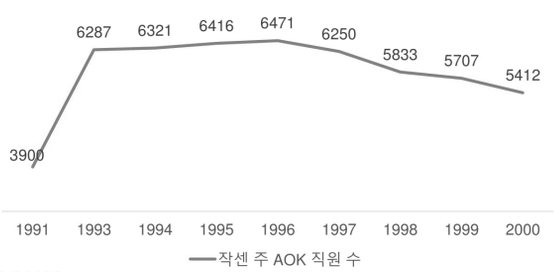


출처: Übersicht Tarifabschlüsse öffentlicher Dienst seit 1990(1990년 이후 공공부문 임금협정 체결 개요)

- **노조에서 임금**과 기타 조건을 서독 수준까지 **끌어올릴 것**을 목표로 선언함
- 그러나 2006년이 되어서야 완전히 동일화 되었음
- 1995년: **기업 노령연금제도** 도입

- **노조와 직원 평의회**에서 직원들의 이익을 대변함
- **참여자들의 건설적 협력이** 의료보험 구축을 **뒷받침**함
- 직원 평의회 위원장들을 임원 회의에 참여시킴 → 협력에 매우 긍정적인 영향을 끼침

인사 수요 조정



1992년은 데이터 없음
출처: SAP Datenbank

- 보험 가입자의 수가 예상보다 훨씬 급감함
- 이후 일부 지역의 근로자 수 감소
- 연수를 받는 실습생이 적고 고용 기회를 얻는 실습생도 매우 적었음
- **이 일자리가 가진 매력** 때문에 **이직**은 거의 발생하지 않음
- 그 결과 직원의 평균 연령이 비교적 빠르게 증가함

4 경험 및 권장사항

법적 규정, 계획 모델, 인프라

§ 법적 규정의 의미	• 목표: 국민 의료 서비스 재정 확보 → 법적 규정은 종종 매우 제한적으로만 활용될 수 있었음 • 기업의 업무능력 성숙도가 높아지고 나서야 법적 토대를 올바르게 구현할 수 있었음 • 성공적인 시작을 위해 중요한 사항: **즉흥적으로 유연하게 대처할 수 있는 능력, 솔루션 지향적 접근 방식**
계획 모델의 한계	• 향후 어떤 **목표 모델**을 추구할 것인지에 대한 명확성, 가장 중요한 과제에 **집중** • 초기에는 즉흥적으로 처리할 수 있는 능력이 매우 요구됨 • 현지 직원에 대한 **높은 신뢰** 필요
인프라 부재로 인한 문제	• 특히 통신, 건물, IT 분야의 절망적인 인프라는 의료보험 구축에 큰 문제를 안겨 주었음 → 높은 즉흥성

인사시스템 구축

고위 경영진 선발

- **우수한 고위 경영진과 임원진**은 의료보험의 성공적인 구축을 보장함
- 이를 위해 탁월한 임원진은 보다 오랜 기간 활용될 수 있어야 함
- 처음부터 **목적이 뚜렷한** 임원진 **선발 절차**
- 높은 인센티브로 인해 적합하지 않은 임원이 주요 리더십 업무에 지원하여 성공적인 발전과정에 큰 지장을 줄 수도 있음

직원 선발

- 직원은 기본적으로 **모든 새로운 업무와 도전과제에 매우 개방적**이어야 함 - 성공적인 구축 프로세스를 위해 매우 중요한 기반
- 직원 선발 시 이전의 정치 체제에 익숙한 사람들을 어떻게 대해야 하는지 명확히 해야 함
- 직원들에게 집중적으로 직무 교육을 시킬 수 있도록 **다양한 리소스 제공**

결론

- 탄탄한 준비도 중요하나, 즉흥적으로 해낼 수 있는 뛰어난 능력도 필요
- 명확한 목표, 우수한 경영, 열정적인 직원, 큰 용기와 인내
- 업무 프로세스 및 구조 설계 초기부터 현지 직원 통합
- 재편 프로세스 중재를 위한 관리자 투입
- 변화 과정이 사회에 미치는 긍정적 영향 소통



”

1990년 9월, 3개월 내에 AOK를 설립하기 위해 즐거운 마음으로 드레스덴에 왔습니다. 그런데 단 하루 만에 환상이 깨졌습니다. 우리는 정말 무(無)에 직면해 있었습니다. 전화 회선은 커녕 의자도 충분하지 않았고, 책상, 종이도 없었죠. 그럼에도 우리는 분명히 공보험 역사상 가장 흥미로운 일을 했습니다.

베르너 가이저, AOK 드레스덴 지부 설립 대리인

Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

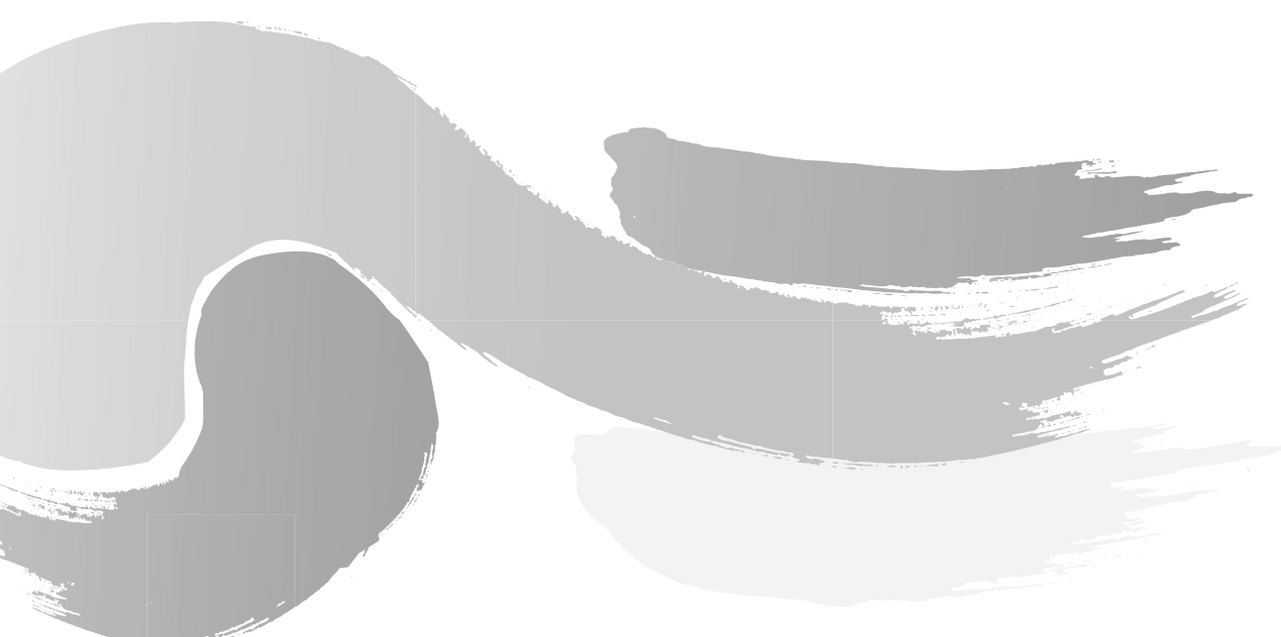
질문을 환영합니다

SESSION 4.
Personalangelegenheiten im Prozess der Integration des Gesundheitswesens und Anwendung auf der koreanischen Halbinsel

SESSION 4-1.

Aufbau der Krankenkassen unter besonderer Beachtung der Personalfragen

Rainer Striebel,
Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS Sachsen und Thüringen



Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Aufbau der Krankenkassen unter besonderer Beachtung der Personalfragen

13. Juni| Pyeongchang | Rainer Striebel

Die AOK PLUS* heute:

Wir sind **viele**:

insgesamt sind über **3,3 Millionen** Menschen bei uns versichert.

130.265 Firmen und deren Mitarbeiter schenken uns ihr Vertrauen.

Wir sind **nah dran**:

von Nordhausen bis Görlitz, von Suhl bis Torgau flächendeckend in über **140 Filialen** vor Ort.

Wir sind **stark**:

unser Haushalt beträgt **fast 15 Mrd. Euro** – bei einem Beitragssatz von 15,2 Prozent.

Wir sind ein **großer Arbeitgeber**:

6.900 **Mitarbeiter/innen** und 308 Auszubildende kümmern sich um die Versicherten.

Wir sind ein **Partner in der Region:**

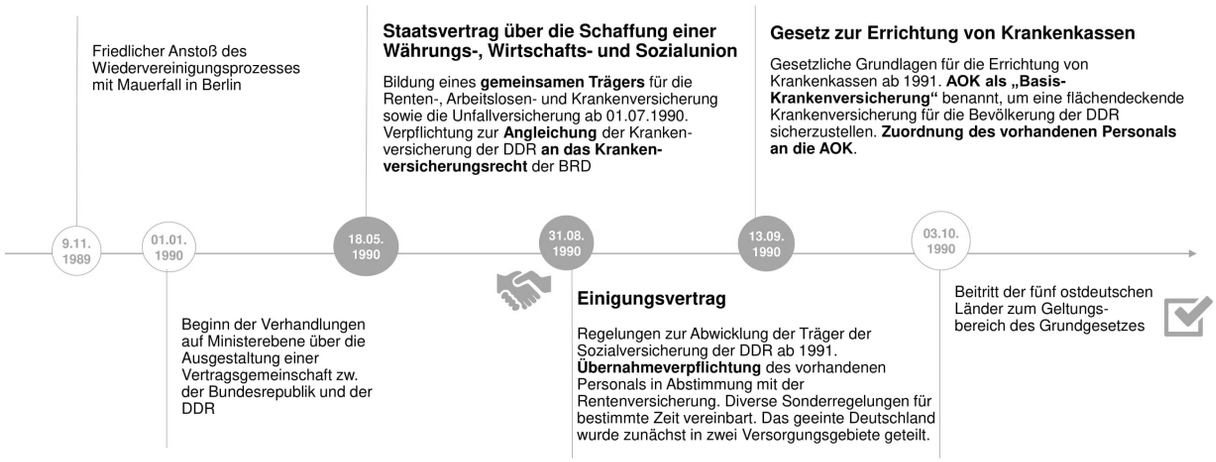
Mit rund 39.000 Gesundheitspartner kümmern wir uns gemeinsam um die Gesundheit unserer Versicherten



*Fusion AOK Sachsen und AOK Thüringen 2008

1 Herausforderungen vor 1991

Rechtliche Grundlagen mussten geschaffen werden



Die unterschiedlichen Systeme der Krankenversicherung mussten verstanden werden.

- Die Krankenversicherung der DDR war nach **völlig anderen Grundsätzen** organisiert wie im Westteil der Bundesrepublik Deutschland
- **Hoher Bedarf der Bevölkerung an Informationen** zum neuen System der Gesetzlichen Krankenversicherung



Das Motto „Vorsorgen - versichern - gesichert sein" und das Emblem der **Staatlichen Versicherung der DDR** an einer S-Bahn-Brücke in Berlin, 1991

Grundlagen des geplanten Vorgehensmodell:

Ab Juni 1990: Vorbereitungen für den Aufbau einer Gesetzlichen Krankenversicherung

Zentrale Fragen:

- Aufbau eines Mitgliederbestandes
- Einstellung und Qualifizierung von Personal
- vertragliche Regelungen mit den Leistungserbringern sowie deren Finanzierung

Überblick zu der vorhandenen Infrastruktur in den neuen Bundesländer

Gebäude und Räume



- Anmietung **zusätzlicher Räume** aufgrund hohen zusätzlichen Personalbedarfs für die Versichertenbetreuung
- **Anmietung** sehr **schwierig und teuer** aufgrund der **starken Nachfrage** nach Immobilien

grundlegende Arbeitsmittel



- **Grundlegende Arbeitsmittel** wie Schreibmaschinen, Kopiergeräte, Diktiergeräte und Arbeitsmobiliar waren nicht vorhanden und **mussten beschafft werden**
- **Schnelle Lieferfähigkeit** stand vor der Frage der Wirtschaftlichkeit

Kommunikationsmittel und IT-Standards



- geringe Anzahl von Telefonen und **veraltete Telefonanlagen,** Telefaxgeräte weitgehend unbekannt
- **Telefonate** in den Westteil der BRD waren aufgrund fehlender Telefonleitungen **nur sehr eingeschränkt möglich**
- Kein Gebäude verfügte über eine ausreichende Verkabelung
- Servertechnik und Bildschirme für Erfassungs- und Auskunftssysteme mussten beschafft werden
- **Moderne Auskunftssysteme** standen für eine sachgerechte Verwaltungsarbeit **nur sehr eingeschränkt** zur Verfügung

Überblick zu der vorhandenen Infrastruktur in den neuen Bundesländer

Prozessorganisation und Finanzstruktur

- **Notwendige Kenntnisse von Arbeitsabläufen** für eine gute Verwaltungsarbeit waren **nicht vorhanden**
- **Sämtliche Prozessschritte**, wie z.B. das Verwenden von Formularen sowie die Beratung von Versicherten mussten **intensiv geübt** werden

- Die Krankenversicherung wurde auch für den Einzug der Beiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung zuständig
- Aufgrund eines veralteten Bankensystems dauerte die Überweisung von Geldbeträgen zwischen den Banken bis zu 10 Arbeitstage
- Um liquide zu bleiben, wurden vorsorglich **hohe Kreditlinien mit Banken** vereinbart

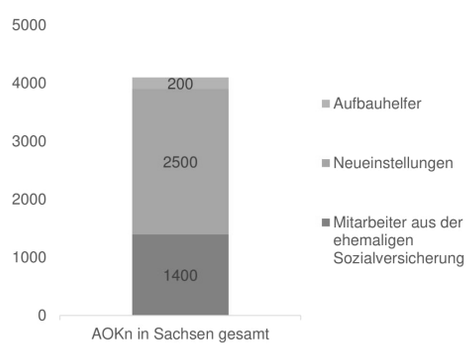
2 Vorbereitungen auf den Start 1991

Einsatz von Aufbauhelfern - Landespartnermodell

- **Erfahrene Mitarbeiter** aus den **Ländern Baden-Württemberg, Bayern** und dem **Rheinland** (Länderpartnermodell) wurden für die Dauer **von 4 bis 12 Wochen zur Schulung und Unterstützung** beim Aufbau der AOK in Sachsen eingesetzt
- In Spitzenzeiten waren bis **zu 200 Aufbauhelfer** in Sachsen im Einsatz
- Mitte 1991 wurde der Einsatz von „Aufbauhelfern“ auf ein Minimum reduziert
- Durch die Übernahme dieser Aufgaben **durch eigenes Personal** wurde eine **einheitlichere Steuerung** für das gesamte Unternehmen möglich



Übernahme von Personal der Sozialversicherung der DDR sowie Neueinstellungen und Qualifikation von weiteren Arbeitskräften



- Ende 1990: **Übernahme** von rund **1.400 Beschäftigte** der Sozialversicherung der DDR in Sachsen zur Krankenversicherung
- **Personalbedarf** für Beginn 1991: **3.900 Beschäftigte** (Aufgabenumfang der neuen Krankenkassen waren deutlich größer als bisher)
- Rund **2.500 neue Mitarbeiter** für die Veraltungsaufgaben zusätzlich eingestellt und qualifiziert
- Hoch motivierte Mitarbeiter, hatten **aber keine Erfahrungen** und **Qualifikationen** als Krankenkassenmitarbeiter
- **Schulungen** der Beschäftigten in **4wöchigen Schnellkursen sowie** nach **Feierabend** und **am Wochenende**

Quelle: SAP Datenbank

Auswahl der Geschäftsführungen und weiteren Führungskräfte

- Mitte 1990 wurden durch den Sozialminister für die Bezirke der DDR **Errichtungsbeauftragte** ernannt
- Sie hatten insbesondere die **Aufgabe**, **die Arbeitsfähigkeit** der AOKen bis zum 01.01.1991 **herzustellen**
- Die Geschäftsführer und deren Stellvertreter wurden noch im Dezember 1990 durch das Ministerium eingesetzt



Errichtungsbeauftrage für die AOK Chemnitz

- Parallel wurden **erste Positionen des TOP-Managements** und weitgehend **kommissarisch** die Positionen **für das mittlere Management** besetzt
- Für die Besetzung von Führungspositionen fanden **keine geeigneten Auswahlverfahren** statt, Besetzung oftmals **nach Sympathie und Zufall**

3 Herausforderungen ab 1991

Beginn der Verwaltungsarbeit und Versichertenbetreuung

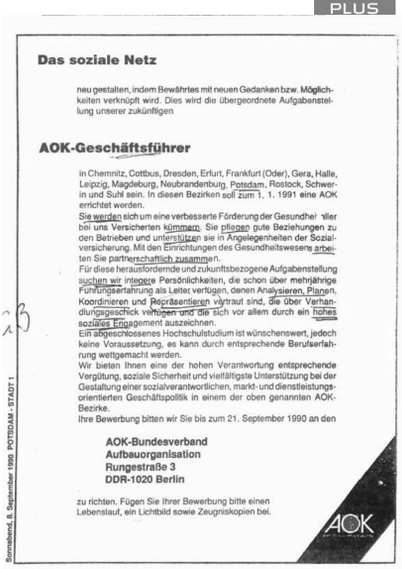
- Die **Arbeitsprozesse** wurden weitgehend **den bekannten Strukturen in den westlichen Bundesländern nachgebildet**
- Ab Beginn des Jahres 1991 mussten alle relevanten Bereiche einer Krankenkasse funktionieren:
  - Kundenberatung, die Auszahlung von Geldleistungen, der Einzug der Beiträge, die Feststellung von Mitgliedschaften sowie die Zahlung der Honorare an die Vertragspartner
- **Schulung der Arbeitgeber** als Beitragszahler für die Berechnung und Abführung der Beiträge an die Krankenversicherung
- Sicherstellung, dass alle Verbindlichkeiten erfüllt und alle Forderungen vor dem 01.01.1991 geltend gemacht wurden
- Im Jahr 1991 Herausforderung: Aufgaben des neuen Rechtskreises und gleichzeitige Abwicklung der Sozialversicherung der DDR

23 Geschäftsstellen stehen zu Beginn im Regierungsbezirk Dresden für die Beratung der Kunden zur Verfügung



Weitere Auswahl von Führungskräften

- Ein Teil der Führungskräfte wurde ausgewechselt, da sie den Anforderungen an Ihre Aufgaben nicht gewachsen waren → teilweise **erhebliche Störungen in den Geschäftsabläufen (**neue Führungskräfte veränderten oftmals die gerade aufgebauten Prozesse nochmals)
- Gewinnung **qualifiziertes Fachpersonal aus den westlichen Bundesländern** mit hohen finanziellen Anreizen → teilweise **keine ausreichenden Fähigkeiten vorhanden** und Besetzung von Führungspositionen oftmals nur Kompromisslösung
- **Hohe Freiheitsgrade bei vielen Entscheidungen** → teilweise betrügerische Handlungen und Vorteilsnahme



Das soziale Netz

neu gestalten, indem Bewährtes mit neuen Gedanken bzw. Möglichkeiten verknüpft wird. Dies wird die übergeordnete Aufgabenstellung unserer zukünftigen

AOK-Geschäftsführer

in Chemnitz, Cottbus, Dresden, Erfurt, Frankfurt (Oder), Gera, Halle, Leipzig, Magdeburg, Neubrandenburg, Potsdam, Rostock, Schwerin und Suhl sein. In diesen Bezirken soll zum 1. 1. 1991 eine AOK errichtet werden.

Sie werden sich um eine verbesserte Förderung der Gesundheit aller bei uns Versicherten kümmern. Sie pflegen gute Beziehungen zu den Betrieben und unterstützen sie in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten Sie partnerschaftlich zusammen.

Für diese herausfordernde und zukunftsbezogene Aufgabenstellung suchen wir integere Persönlichkeiten, die schon über mehrjährige Führungserfahrung als Leiter verfügen, denen Analysieren, Planen, Koordinieren und Repräsentieren vertraut sind, die über Verhandlungsgeschick verfügen und die sich vor allem durch ein hohes soziales Engagement auszeichnen.

Ein abgeschlossenes Hochschulstudium ist wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung, es kann durch entsprechende Berufserfahrung wettgemacht werden.

Wir bieten Ihnen eine der hohen Verantwortung entsprechende Vergütung, soziale Sicherheit und vielfältigste Unterstützung bei der Gestaltung einer sozialverantwortlichen, markt- und dienstleistungsorientierten Geschäftspolitik in einem der oben genannten AOK-Bezirke.

Ihre Bewerbung bitten wir Sie bis zum 21. September 1990 an den

AOK-Bundesverband
Aufbauorganisation
Rungestraße 3
DDR-1020 Berlin

zu richten. Fügen Sie Ihrer Bewerbung bitte einen Lebenslauf, ein Lichtbild sowie Zeugniskopien bei.

Sonnabend, 8. September 1990 POTSDAM - STADT 1

Weitere Einstellung und Qualifizierung von Mitarbeitern und Beginn von Ausbildung und Weiterbildung

- kontinuierlich **weitere Beschäftigte** eingestellt und **qualifiziert** (Qualifikation **neben der eigentlichen Arbeit durch hohe Motivation und Arbeitsbereitschaft** geleistet)
- Sanierung der verfügbaren Räumlichkeiten zunächst nur im notwendigsten Umfang (später erfolgten grundlegende Sanierungen der Arbeitsräume)



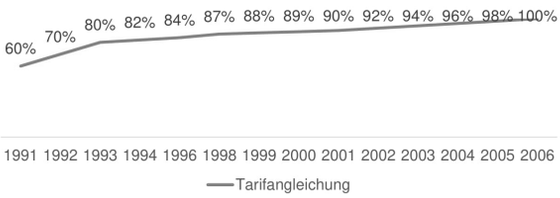
- Die Ausbildung von jungen Menschen in **eigens angemieteten Ferienheimen**, (deren räumliche und sächliche Ausstattung oftmals unter den modernen Ansprüchen)
- Die **Weiterbildung** fand meistens **am Arbeitsplatz** statt. Diese Aufgaben übernahmen „Aufbauhelfer“ aus dem Westen oder bereits hinreichend qualifizierte Mitarbeiter

Aufbau von leistungsfähigen Kommunikationsstrukturen



- Aufbau eines Rechenzentrums sowie der Datenleitungen war eine prioritäre Aufgabe in der Anfangsphase
- Die Arbeitsproduktivität sowie die Qualität der Beratungsleistungen konnte deutlich verbessert werden
- Dies erforderte einen **hohen Schulungsaufwand**, um die Beschäftigten mit dieser Technik vertraut zu machen
- Aufgrund der damals niedrigen Rechenleistungen mussten **mehrere Rechenzentren betrieben** und teilweise unterschiedliche Software in den Regionen eingesetzt werden

Weiterentwicklung der Vergütungsstruktur und Rolle der Gewerkschaften und Personalräte

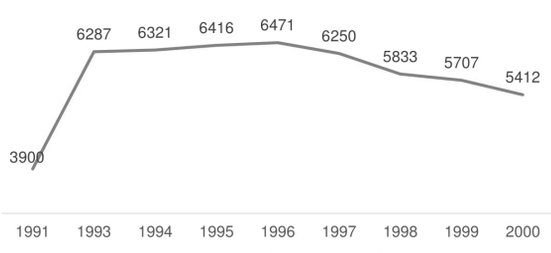


Quelle: Übersicht Tarifabschlüsse öffentlicher Dienst seit 1990

- Die **Angleichung der Vergütung** und der sonstigen Bedingungen an das Westniveau war sehr bald ein **erklärtes Ziel der Gewerkschaften**
- Die vollständige Angleichung war allerdings erst im Jahr 2006 verwirklicht
- 1995: Einführung **betrieblicher Altersversorgung**

- **Gewerkschaften und Personalvertretungen** nahmen die Interessenvertretung der Beschäftigten wahr
- **Zusammenarbeit der Beteiligten war konstruktiv und unterstützte** den Aufbau der Krankenkassen
- Aufnahme der Vorsitzenden des Personalrates in die Führungsrunde → Zusammenarbeit wurde sehr positiv beeinflusst

Anpassung des Personalbedarfs



Für 1992 liegen keine Daten vor
Quelle: SAP Datenbank

- Versichertenbestand entwickelte sich deutlich stärker zurück als erwartet
- Reduktion der Zahl der Arbeitskräfte in einigen Regionen zu einem späteren Zeitpunkt
- Auszubildende wurden in einem deutlich geringeren Maße ausgebildet bzw. in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen
- Aufgrund der **Attraktivität der Arbeitsplätze** fand fast **keine Personalfluktuation** statt
- In der Folge erhöhte sich der Altersdurchschnitt der Beschäftigten relativ schnell

4 Erfahrungen und Empfehlungen

Rechtliche Regelungen, Planungsmodelle und Infrastruktur

§ Bedeutung von rechtlichen Regelungen	• Ziel: Finanzierung der medizinischen Leistungen für die Bevölkerung sichern →Gesetzliche Regelungen konnten oftmals nur sehr begrenzt angewendet werden • Erst mit einem zunehmenden Reifegrad des Unternehmens ließen sich die rechtlichen Grundlagen sachgerecht umsetzen • Entscheidend für einen erfolgreichen Start: **Fähigkeit zur Improvisation und zur lösungsorientierten Vorgehensweise**
Limitation von Planungs-modellen	• Klarheit, welches **Zielmodell** perspektivisch angestrebt wird und **klare Fokussierung** auf die wichtigsten Aufgaben • In der ersten Phase ist ein hohes Improvisationstalent notwendig • Den einheimischen Beschäftigten ist ein **hohes Maß an Vertrauen** entgegenzubringen
Probleme durch nicht vorhandene Infrastruktur	• Desolate Infrastruktur insbesondere im Kommunikationsbereich, der Bausubstanz sowie der IT-Infrastruktur führten zu massiven Problemen beim Aufbau einer Krankenkasse → hohes Maß an Improvisation

Personalaufbau

Auswahl des TOP-Managements

- **Gutes TOP-Management** und **gute Führungskräfte** garantieren den erfolgreichen Aufbau einer Krankenversicherung
- Hierfür müssen **für einen längeren Zeitraum die besten Führungskräfte** zur Verfügung gestellt werden
- **Gezielte Auswahlverfahren** für Führungskräfte von Beginn an
- Große Gefahr, dass sich nicht geeignete Führungskräfte, aufgrund hoher finanzieller Anreize, für wichtige Führungsaufgaben bewerben und einen erfolgreichen Entwicklungsprozess massiv behindern

Auswahl von Mitarbeitern

- Mitarbeiter grundsätzlich **allen neuen Aufgaben und Herausforderungen sehr aufgeschlossen** - eine sehr wichtige Grundlage für einen erfolgreichen Aufbauprozess
- Bei Auswahl der Beschäftigten muss geklärt werden, wie mit Menschen umgegangen wird, die eine große Nähe zum bisherigen politischen System hatten
- **Bereitstellung umfangreicher Ressourcen**, um die Beschäftigten intensiv für ihre neuen Aufgaben zu qualifizieren.

Fazit

- Gute Vorbereitung wichtig, jedoch auch eine ausgeprägte Fähigkeit zur Improvisation notwendig
- Klares Ziel, gutes Management, motivierte Mitarbeiter und viel Mut und Ausdauer
- Einheimische Beschäftigte von Beginn an in die Gestaltung der Arbeitsprozesse und der Strukturen einbeziehen
- Einsatz eines Supervisor für Moderation des Umgestaltungsprozess
- Positive Auswirkung des Veränderungsprozesses auf die Gesellschaft kommunizieren



Wir kamen im September 1990 optimistisch nach Dresden, um binnen eines Vierteljahres eine AOK zu errichten. Doch schon nach einem Tag war die Ernüchterung groß. Wir standen praktisch vor dem Nichts. Es gab weder ausreichend Stühle, noch Tische, kein Papier, von Telefonanschlüsse ganz zu schweigen. Trotzdem hatten wir mit Sicherheit die interessanteste Arbeit in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Werner Gaiser, Errichtungsbeauftragter der AOK Dresden

Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

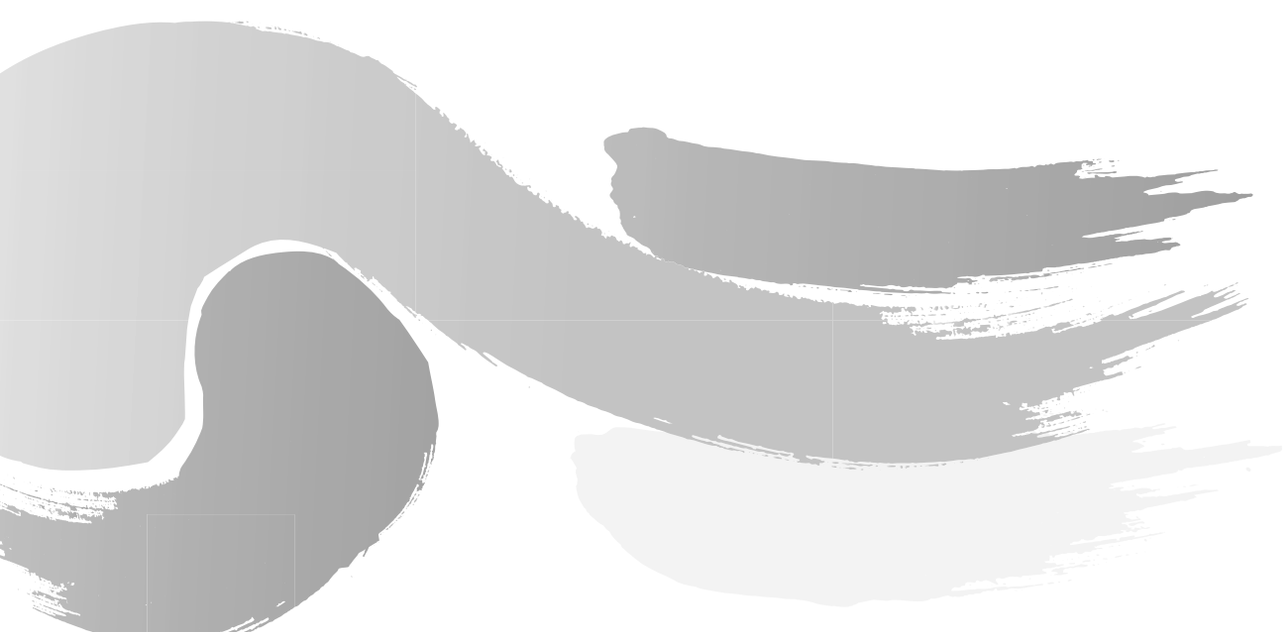
Ich freue mich über Ihre Fragen

SESSION 4.
인사관리를 중심으로 본 보건분야 통합 과정 및 한반도 적용

SESSION 4-2.

인사관리를 중심으로 본 보건관청 구축

하인츠-발터 크나크무스,
연방공중보건의협회 부회장



보건소 구조 – 인사문제를 중심으로

하인츠-발터 크나크무스(Heinz-Walter Knackmuß)
독일 브란덴부르크주 하벨란트 크라이스 라테나우시 보건소 소속 의사 및 소장(1990~2006)

1. 동서독 행정체제의 비교

서독은 10개의 주(Land)와 서베를린으로 이루어져 있었으며, 대부분이 지역 행정청(Regierungspräsidum)과 란트크라이스(Landkreis) 로 나뉘었다. 슐레스비히-홀슈타인주와 자를란트주에는 주정부관구(Regierungsbezirk)가 없었다. 서베를린, 함부르크, 브레멘 등 도시이자 동시에 주로서의 지위를 가진 도시주(Stadtstaat)의 구성은 다소 달랐다. 동독은 14개의 관구(Bezirk)로 이루어져 있었으며, 218개의 크라이스(Kreis)로 세분화되어 있었다. 그외에 동독의 수도인 동베를린도 있었다. 218개의 크라이스 중에 191개는 란트크라이스, 27개는 시크라이스(Stadtkreis)였다. 1990년 당시에 서독 인구는 6364만 명, 동독 인구는 1611만 명이었다.



그림 1
서독과 동독의 행정구역(1990)

서독 – 10개의 연방주 + 서베를린

동독 – 14개의 관구 + 동베를린

1

1 크라이스(Kreis)에는 란트크라이스(Landkreis)와 시크라이스(Stadtkreis)가 있는데, 란트크라이스가 일반적인 개념이다. 크라이스는 기능면에서 한국의 광역자치단체인 도(道)와 비슷하나 그 규모는 작다.

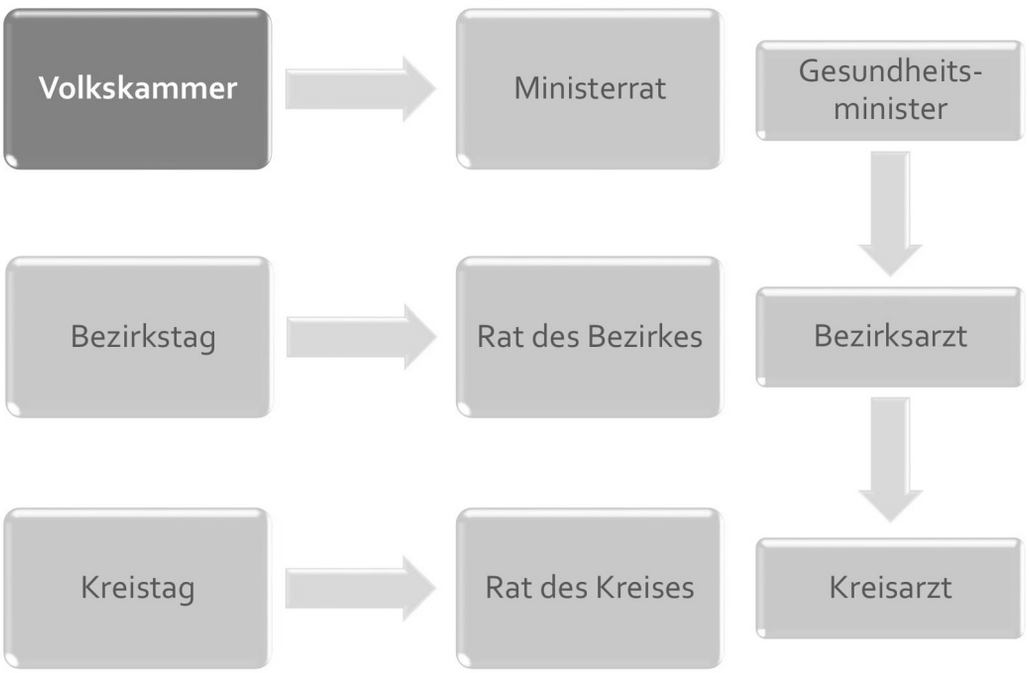


그림 2
동독의 행정체제
인민회의(Volkskammer)가 동독의 입법부였다.
© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

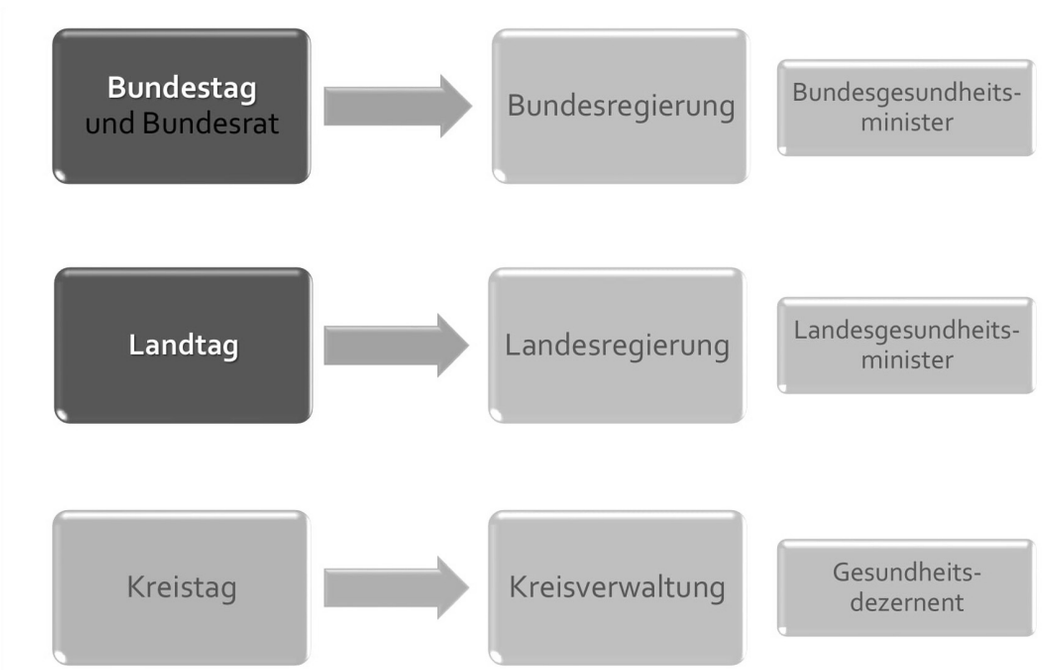


그림 3
서독의 행정체제
연방의회(Bundestag)와 주의회(Landtag)가 입법기관이었다.
© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

동독의 행정구조가 훨씬 더 세분화되어 더 효율적인 감시가 가능했다는 것을 알 수 있다. 위 그림의 행정체제에서 볼 수 있듯이 인민회의가 동독의 유일한 입법기관이었지만, 서독에서는 연방제로 인해 주의회도 입법적 권한을 부여받았다.

2. 보건의료 분야의 구조

동독과 서독에 유사한 구조도 물론 있었다. 입원 및 외래 진료, 공공의료 등 보건의료서비스의 3대 축은 기본적으로 동서독 양국에 존재했다.



© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

2.1. 동독의 입원 분야

동독의 모든 병원은 국영 병원이었다. 그외에 병원 운영주체는 교회 뿐이었다. 교회가 병원을 운영하는 것이 허용되었지만 병원 건물을 소유하는 것만을 의미했다. 국가 및 보험사와의 정산은 국영 병원과 동일했다. 모든 개인병원은 국영화되었다. 병원도 행정체제와 마찬가지로 엄격한 계급 구분이 있었다. 대학병원(Universitätskrankenhaus), 간부를 위한 병원(Regierungskrankenhaus), 관구병원 (Bezirkskrankenhaus), 크라이스병원(Kreiskrankenhaus) 등이 있었으며, 그밖에 특정 작업장의 병원이 있었다. 의사, 간호사, 기타 병원 인력 등이 항상 부족한 상황이었다. 의사 또는 간호사가 선망의 직업이었음에도 불구하고 인력이 부족했다.

2.2. 서독의 입원 분야

서독에는 대학병원이 있었고, 지자체 소속 병원도 물론 있었다. 여러 자선단체와 교회가 다수의 병원을 운영했다. 인력 부족 문제, 특히 간호사 부족 문제는 외국에서 전문인력을 모집하여 완화했다.

2.3. 동독의 외래 분야

동독에는 다수의 전문의를 보유한 폴리클리닉(Poliklinik, 모든 진료과목이 모여 있는1차 외래중심 진료기관), 농촌 외래진료소, 국영의원 등이 있었다. 폴리클리닉에는 당뇨병 환자 및 임산부를 위한 포괄적인 디스펑세르 진료시스템(Dispensaire-System)이 마련되어 있었다.
보험의는 사라지는 추세였다. 개인의원은 거의 모두 장기적으로 국영의원으로 전환되었다.

2.4. 서독의 외래 분야

서독에는 거의 보험 개원의 밖에 없었다. 폴리클리닉은 대학병원에서만 볼 수 있었다.

2.5. 동독 공공의료보건 서비스

동독은 소련 제도를 본보기로 삼아 관구 및 란트크라이스에 위생감독청을 설립하였다. 각각 관구 위생의사 및 크라이스 위생의사가 담당했으며 전염병, 식품(식수 포함), 환경 등을 점검하는 위생감독관들을 관리했다. 수의사가 담당하는 동물위생감독청도 있었으며, 주로 동물성 식품을 검사했다.

또한 작업장위생검역소(Arbeitshygieneinspektionen, AHI)와 관구 및 란트크라이스에 약국관리청이 있었다. 크라이스의 작업장위생검역소는 작업장 사람들의 건강을 감독하고 모든 작업장의 건강상 위험요소를 평가했다. 크라이스 약사는 해당 크라이스의 약국들을 감독했다. 란트크라이스 감독청의 전문적인 감독은 관구 감독청의 의무였으며, 관구 감독청은 동독 보건부의 지시 및 통제 하에 있었다. 관구에만 스파 및 보양지, 관구 헌혈센터, 그리고 모든 의료통계를 처리하는 사회위생사무소가 있었다.

크라이스에는 의료자문위원회를 감독하는 크라이스 판정인이 있었다. 크라이스 판정인은 크라이스 행정에 고용된 판정인으로서 크라이스 의사에 종속되어 있었다. 전문적인 지침은 관구 판정인으로부터 내려왔다.

의사자문위원회는 의사로 이루어진 여러 팀으로 구성되었으며, 병가가 오래 지속되었을 때 업무 복귀를 위해 가장 필요한 재활치료가 무엇인지 또는 퇴직을 결정해야하는지를 판단했다. 폴리클리닉 소속 의사에게 발급받은 병결진단서를 의사자문위원회가 취소할 수 있는 권한을 가지고 있었기 때문에 사람들 사이에서 위원회에 대한 인식이 좋지 않았다. 크라이스와 독립자치시에만 당뇨환자 및 임산부를 위한 디스펑세르 진료, 아동보육시설, 양로원 등이 정착되어 있었다.

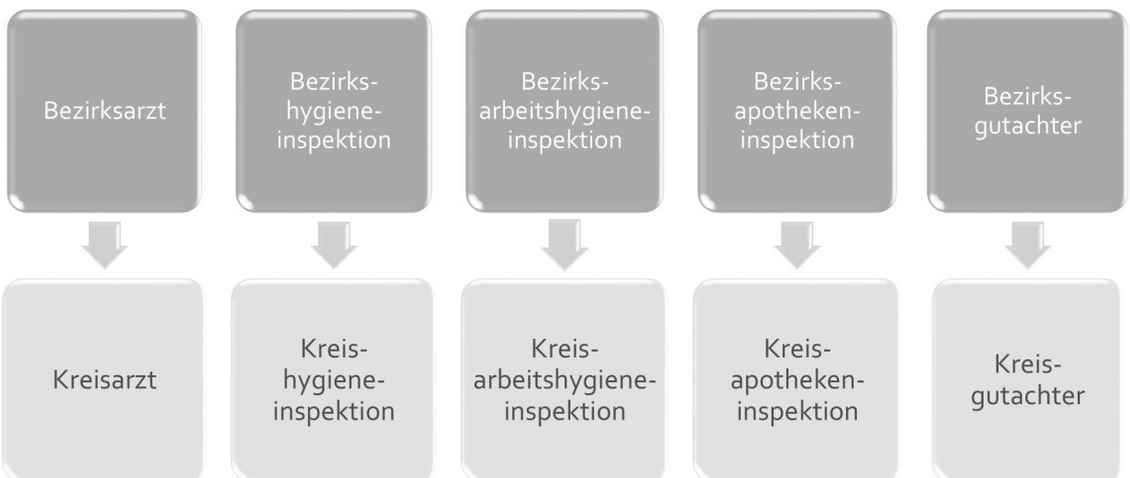


그림 4
동독의 크라이스 및 관구 구조
(완전한 목록이 아님)

© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

2.6. 서독 공공의료보건 서비스

서독 북부 연방주의 란트크라이스 및 시 소속 보건소는 대부분 지자체 운영이었다. 즉, 란트크라이스나 시 행정에 소속되어 있었다. 남부 연방주의 보건소도 국영이었는데 지자체에 소속으로 전환되는 추세가 분명했다.

이에 대한 법적 근거는 1934년의 공공보건의료 통합법으로, 나치 시대의 인종주의적 조항이 삭제되었다. 1934년 보건감독과 사회의료 서비스가 하나의 법률에 통합되어 모든 서독 연방주에 주법률로서 적용되었다. 각 주가 자체 법률에 따라 공공의료보건 서비스의 범위와 형태를 규정했기 때문에 주마다 구조가 달랐다. 몇몇 연방주에서는 주의회가 이미 공공보건의료 서비스를 위한 자체 보건의료법과 주병원법, 정신질환법 등을 제정했다. 연방정부는 연방전염병예방법(Bundesseuchengesetz, 2001년부터 'Infektionsschutzgesetz'), 연방식수법령, 성병예방법 등 몇 가지의 개관법을 통해서만 영향력을 행사할 수 있었다. 독일연방공화국 기본법 제74조에 의하면 특히 의료보건 분야에서 연방과 주가 법적 경쟁구도에 있다. 즉, 연방정부가 법을 제정하지 않으면 주의회가 입법할 수 있다.

3. 1990년 동독 공공보건의료 서비스에 대한 법령

마지막 동독 정부는 동서독의 이질적인 공공보건의료 체계로 인해 통일 후 통합이 어렵다는 것을 깨달았다. 따라서 정부는 1990년 8월 8일 란트크라이스와 독립자치시 보건소의 공공보건의료 서비스 및 업무에 대한 법령을 결의했다.

Damit wurden alle Kreise in der DDR aufgefordert schon vor der Einheit Deutschlands am 03.10.1990 und vor der Neugliederung der Bezirke in fünf neue Bundesländer Gesundheitsämter aufzubauen, die den Kommunalen Gesundheitsämtern in den westlichen Bundesländern vergleichbar sein sollten und die entsprechenden Aufgaben nahtlos übernehmen konnten.
Nach diesem Gesetz wurden die Strukturen der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern festgeschrieben.
이로써 동독의 모든 크라이스는 1990년 10월 3일 독일 통일과 동독 관구가 5개의 신연방주로 개편되기 전부터, 서독 지자체 보건소와 유사하며 해당 업무를 원활하게 인수인계 받을 수 있는 보건소를 설립하라는 요구를 받았다. 법규를 통해을 통해 신연방주 보건소의 구조가 명시되었다.

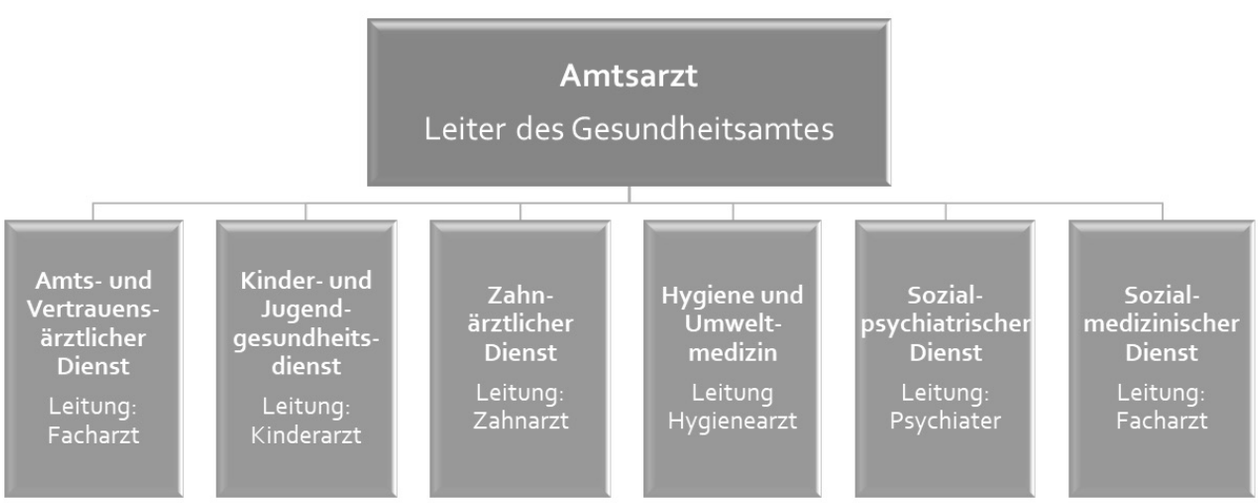


그림 5
통일 이후 구동독의 보건소 구조

© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

법률에 규정된 업무는 서독의 모든 구조에 상응해야 했고, 이로써 통일 후 원활한 인수인계를 가능하게 해야했다.

보건소 소속 의사 업무

1. 보건소의 새로운 구조 구축, 시 및 크라이스 행정의 보건 담당자와의 소통
2. 보건소 예산

보건소 및 의료보험 소속 의사 업무

1. 의사, 치과의사, 약사, 치료사 등의 감독
2. 공무원 및 직원 평가
3. 사망 진단서 관리
4. 란트크라이스의 보건 문제에 대한 통계 및 보건 보고서 작성

아동 및 청소년 의료 서비스 업무

1. 보육시설에서 아동 진료
2. 입학 전 진료
3. 재학 중 진료
4. 장애아동 조기치료
5. 스포츠 진료
6. 예방 접종
7. 임산부 상담
8. 졸업 전 청소년 업무 적합성 평가
9. 통계자료 익명 수집 및 주정부에 전달

치과 의료 서비스 업무

1. 보육시설 및 학교에서 아동 치과진료
2. 보험사를 위한 의치 보험적용여부 평가
3. 단체 예방 (보육시설 및 학교에서 강의)
4. 진료 결과에 대한 통계자료 익명 수집 및 주정부에 전달

위생 및 환경의학 서비스 업무

1. 병원, 요양클리닉, 응급의료, 헌혈기관, 학교, 보육시설, 체육관, 수영장, 놀이터, 식수공급시설, 하수처리시설, 매립지, 호텔, 호스텔, 야영장, 운동장, 캠핑장, 공항, 한구, 장례식장 등의 위생감독
2. 식품거래의 감독 및 통제
3. 전염병 검출 및 퇴치

정신건강 의료 서비스 업무

1. 중독자와 정신질환자 및 가족 상담 (의사 및 사회복지사)
2. 법원을 통한 정신질환자 강제입원
3. 심리 상담
4. 보건소에 아동을 대상으로 정신건강 서비스가 제공되어야 했었다. 그러나 해당 전문의가 없었다.

사회의료 서비스 업무

1. 장애인 상담
2. 종양 상담
3. 당뇨병 환자 상담
4. 결혼 및 가족 문제, 성 문제, 임신 및 임신 갈등 상담
5. 결핵 상담
6. 에이즈 상담
7. 여행 상담

4. 신연방주에서의 보건소장 교육

크라이스에서는 보건소를 설치하고 소속 의사로서 보건소를 이끌 의사를 바로 고용했다. 서독 법률에 따른 보건소 소속 의사의 교육은 1990년 5월 28일부터 뒤셀도르프 공공보건의료아카데미에서, 1990년 10월 4일부터 메클렌부르크-포어포메른주, 브란덴베르크주, 동베를린, 작센-안할트주의 교육은 베를린과 뮌헨 공공보건의료아카데미에서, 작센주와 튀링겐주의 교육은 에르푸르트에서 이루어졌다. 이로써 신연방주의 모든 크라이스에서 독일연방공화국의 법률에 대해 교육을 받은 의사를 양성했다. 대부분은 크라이스 위생의사였다. 그러나 모든 의료분야에서 전문의가 보건소 소속 의사로 고용되기도 했다. 교육은 직업과 병행하여 계속되었으며 1993년 공공보건의료 전문의 시험으로 마무리 되었다.

5. 인력 상황

신연방주의 보건소 인력에 대한 지침은 없었다. 그보다도 1990년 12월 31일에 동독의 모든 자금조달이 만료되어 서독 법률에 따라 보험사가 지급하지 않은 보험금이 보건소로 넘어간 것이다. 임산부 상담소와 청소년 의료 서비스 소속 의사, 사회복지사, 소아과 간호사 등, 청소년 치과 클리닉 소속 의료인 등이 보건소 직원이 된 것이다. 반면에 크라이스 위생감독청 직원들은 이미 크라이스의 행정 직원이었기 때문에 보건소 직원이 되는 것은 당연한 일이었다.

작업장위생검역소는 해체되었다. 해체된다는 것은 통일과정 중에서 폐지되는 것을 의미했다. 인력이 너무 많다고 생각하여 고용을 제한했다. 그러나 보건소에서 많은 의사들이 개원을 했으며 간호사와 함께 보건소를 떠나게 되면서 인력부족 문제가 곧 발생했다.

서독 주민들에게는 의사가 식품을 검사하는 것이 매우 낯설었다. 이러한 구조는 가급적 빨리 바뀌었다. 당시에 빵이나 와인과 같이 동물성 식품이 아니어도, 식품 검사는 수의사만 진행했다. 주정부는 이러한 이유로 식품 감독원을 보건소의 동물감독청과 식품감독청에 보내야겠다고 결정했다. 소수의 보건소에서는 동물감독청과 식품감독청이 보건소에 통합되었다.

거의 모든 신연방주에서 주정부가 약국관리청도 인수했다. 서독 연방주에서 수년간 적용되었던 주법률이 신연방주에는 없었다. 따라서 법적 규정이 없는 상황이 발생하기도 했다. 그러나 이 문제를 해결하기 위해 매우 현명한 방법을 택했는데, 바로 자문 역할을 수행하고 모범이 될 수 있는 신연방주를 지정하는 것이었다.

Ostdeutschland	Westdeutschland
Berlin-Ost	Berlin-West
Brandenburg	Nordrhein-Westfalen
Mecklenburg-Vorpommern	Schleswig-Holstein
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen
Sachsen	Bayern
Thüringen	Hessen

그림 6
동독의 신연방주와 서독의 파트너 연방주
© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

독일 서부 지역은 수년간 신연방주에서 고문으로 근무하기를 원했던 공무원을 파견했다. 이렇게 자원한 공무원들은 동독 주민이 가질 수 없는 풍부한 경험을 가지고 있었으며, 후한 보상을 받았다. 좋은 해결책이 아니었다고 생각한다. 시장이나 부서장과 같은 최고의 공무원을 3~5년 동안 의무적으로 신연방주에 파견했어야 했다. 자격을 충분히 갖추면서 열정으로 이 업무를 맡은 사람은 드물었다. 서부 지역이 원하지 않았던 많은 사람들이 동부 지역에서 고위직책을 맡았다. 하지만 우리는 최고의 인력이 필요했다. 개인적인 생각이다.

브란덴부르크주를 예로 들어 보건소의 인력 상황을 소개하고자 한다.
보건소는 평균 35~40명의 인력을 보유했다.

보건소 소속 의사(소장) 1명
보건소 소속 의사(부소장) 1명
소아과 의사 3~4명
치과 의사 2~4명
정신과 의사 1명
심리학 의사 1명
위생 및 환경의학 전문의 1명
일반의 또는 다른 분야 전문의 1명
사회복지사 9명
소아과 간호사 8명
치과 간호사 6명
행정 직원 1명
통계 직원 1명
비서 1명
위생감독관 및 위생엔지니어 4~6명

Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern des Landes Brandenburg			
Landkreis/Kreisfreie Stadt	Einwohner	1996	1996 pro 100.000 EW
Brandenburg an der Havel	85.994	44	51
Cottbus	123.214	62	50
Frankfurt (Oder)	80.807	32	40
Potsdam	136.619	58	42
Barnim	151.783	35	23
Dahme-Spreewald	144.990	40	28
Elbe-Elster	136.889	44	32
Havelland	131.381	45	34
Märkisch-Oderland	172.577	54	31
Oberhavel	170.505	45	26
Oberspreewald-Lausitz	156.758	59	38
Oder-Spree	190.839	63	33
Ostprignitz-Ruppin	116.005	42	36
Potsdam-Mittelmark	180.324	45	25
Prignitz	101.421	45	44
Spree-Neiße	153.493	49	32
Teltow-Fläming	148.133	69	47
Uckermark	160.310	61	38
Land Brandenburg	**2.542.042**	**891**	**35**

그림 7
브란덴부르크 보건소 인력 수 1996년
© 2019 하인츠-발터 크나크무스, 독일 라테노프

6. 2019년 현황

오늘날 보건소는 의사가 더 이상 없어 위태로운 상황에 처해있다. 외래 및 입원 의사들이 단체 교섭을 통해 시 및 크라이스 행정에서 지불할 의향이 없는 급여범주를 결정했다. 타협점을 찾지 못한다면 나머지 전문인력도 모두 잃게 될 것이다.

Dr. med. Heinz-Walter Knackmuß(하인츠-발터 크나크무스)
Röntgenstraße 13, D-14712 Rathenow, Deutschland(독일 라테노프)
Tel: +49 33855 200224
Handy: +49 179 2670245
E-Mail: knackmuss@online.de

평창 2019년 6월 13일

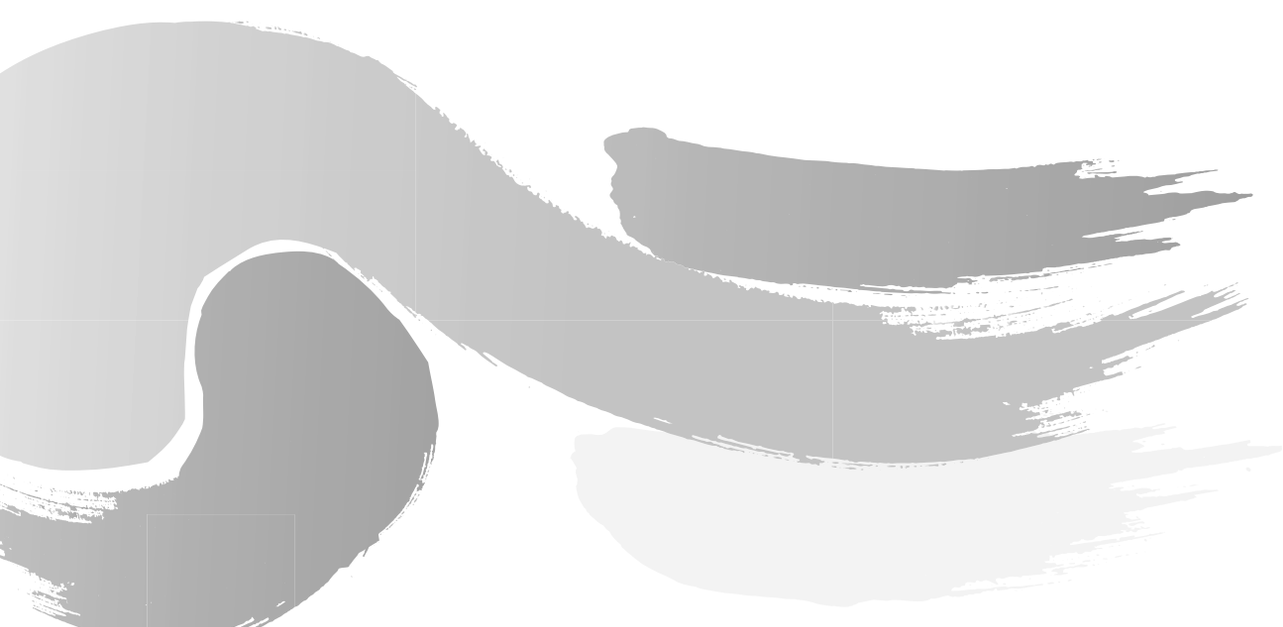
MEMO.

SESSION 4.
Personalangelegenheiten im Prozess der Integration des Gesundheitswesens und Anwendung auf der koreanischen Halbinsel

SESSION 4-2.

Aufbau der Gesundheitsämter unter besonderer Beachtung der Personalfragen

Heinz-Walter Knackmuß,
Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes
der ärzte des Öffentlichen Gesundheitdienstes



Aufbau der Gesundheitsämter unter besonderer Beachtung der Personalfragen

von Dr. med. Heinz-Walter Knackmuß

Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamtes in Rathenow, Landkreis Havelland, Land Brandenburg von 1990 – 2006

1. Unterschiede zwischen der Verwaltung in Ost und West

Es gab in Westdeutschland (Bundesrepublik Deutschland) zehn Bundesländer und Berlin-West, die meistens in Regierungspräsidien und in Landkreise untergliedert waren. Schleswig-Holstein und das Saarland hatten keine Regierungsbezirke. Die Stadtstaaten Berlin-West, Hamburg und Bremen hatten etwas andere Strukturen. In Ostdeutschland (Deutsche Demokratische Republik) gab es vierzehn Bezirke, die in 218 Kreise untergliedert waren. Dazu kam noch Berlin-Ost als Hauptstadt. Von den 218 Kreisen waren 191 Landkreise und 27 Stadtkreise. 1990 hatte Westdeutschland 63,64 Millionen Einwohner und Ostdeutschland 16,11 Millionen Einwohner.



Abbildung 1
Verwaltungsstrukturen in West- und Ostdeutschland 1990

10 Bundesländer in der Bundesrepublik Deutschland (Westdeutschland) + Westberlin
14 Bezirke in der Deutschen Demokratischen Republik (Ostdeutschland) + Ostberlin

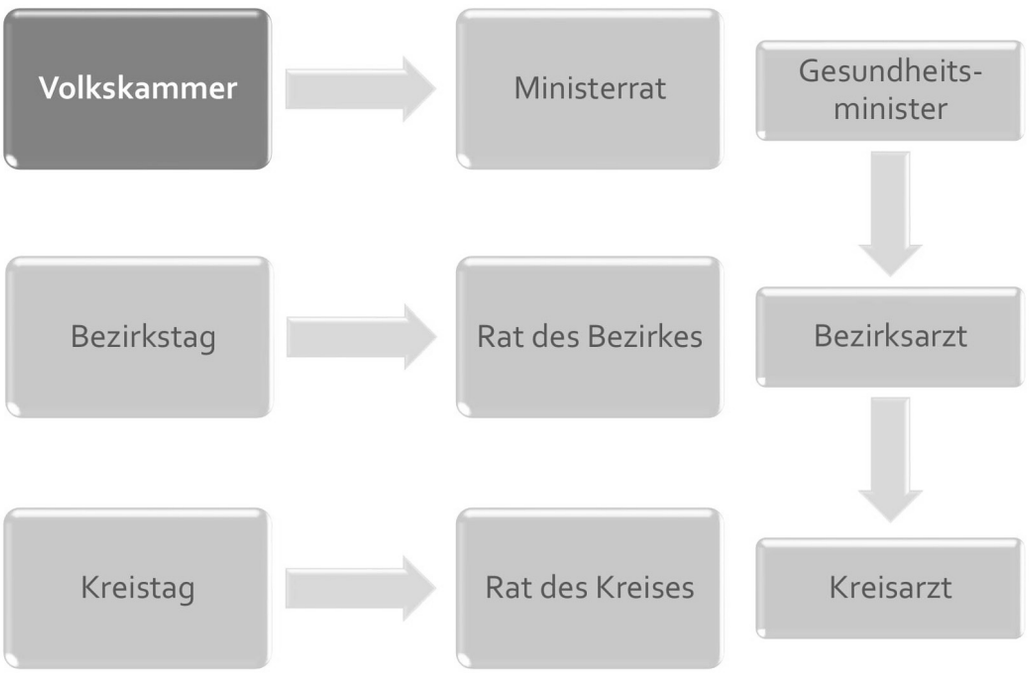


Abbildung 2

Verwaltungsstrukturen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR)

Die Volkskammer war das gesetzgebende Parlament.

© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

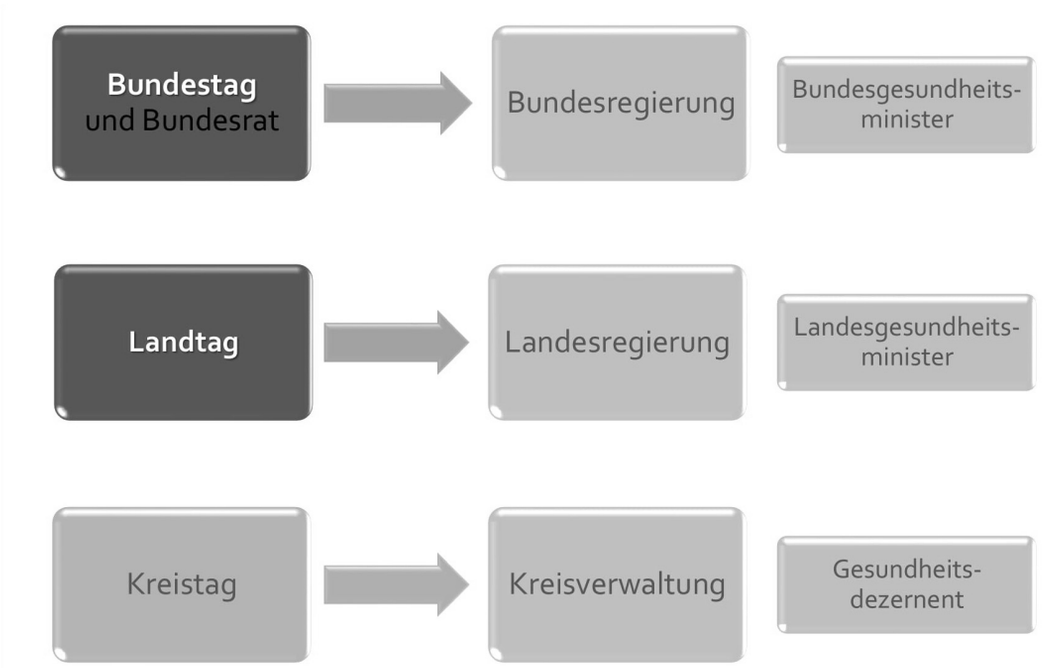


Abbildung 3

Verwaltungsstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)

Der Bundestag und die Landtage

waren die gesetzgebenden parlamentarischen Gremien.

© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

Schon daran erkennt man, dass die Verwaltungsstruktur im Osten viel kleinteiliger war und eine bessere Überwachung ermöglichte. Wie man aus den oben abgebildeten Verwaltungs-strukturen erkennen kann, war in der DDR nur die Volkskammer als Gesetzgeber tätig, während im Westen durch die föderale Landesstrukturen auch die Landesparlamente Gesetzgebungskompetenz hatten.

2. Die Strukturen im Gesundheitswesen

Es gab natürlich ähnliche Strukturen in Ost und West. Die drei Säulen des Gesundheits-wesens, wie Stationär, Ambulant und Öffentlicher Gesundheitsdienst existierten im Prinzip sowohl im Osten wie auch im Westen.



© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

2.1. Der stationäre Bereich in der DDR

Die Krankenhäuser in der DDR waren ausschließlich staatlich. Es gab keine Privat-unternehmer in der Krankenhauslandschaft in Ostdeutschland außer Kirchen. Denen wurde der Betrieb von Krankenhäusern gestattet. Das bedeutete aber nur, dass die Gebäude der Kirche gehörten. Die Abrechnungen mit dem Staat und den Krankenkassen waren völlig identisch mit den staatlichen Krankenhäusern. Die privaten Kliniken waren alle verstaatlicht worden. Die Hierarchie der Krankenhäuser war genauso streng aufgebaut, wie die Verwaltung. Es gab die Universitätskrankenhäuser, Regierungskrankenhäuser, Bezirkskrankenhäuser und Kreiskrankenhäuser. Daneben gab es noch Krankenhäuser in speziellen Betrieben. An Ärzten, Schwestern und anderem Personal gab es immer einen Mangel. Obwohl beide Berufe ein hohes Ansehen in der Bevölkerung hatten

2.2. Der Stationäre Bereich in Westdeutschland

Im Westen gab es Universitätskliniken, natürlich auch Kommunale Krankenhäuser. Viele Wohlfahrtsverbände und Kirchen unterhielten eine Unzahl von Krankenhäusern. Personalmangel besonders bei Schwestern wurde durch Anwerbung von ausländischem Fachpersonal gemildert

2.3. Ambulanter Bereich in der DDR

In Ostdeutschland gab es Polikliniken mit vielen Fachärzten, Landambulatorien und Staatliche Arztpraxen. Es gab ein umfangreiches Dispensaire-System für Diabetiker und Schwangere.
Der Kassenarzt war ein Auslaufmodell. Fast alle Privatpraxen wurden langfristig in Staatliche Stellen umgewandelt.

2.4. Ambulanter Bereich in Westdeutschland

In Westdeutschland gab es fast nur niedergelassenen Kassenärzte. Polikliniken waren nur an Universitätskliniken bekannt.

2.5. Öffentlicher Gesundheitsdienst in der DDR

In Ostdeutschland hatte man neue Strukturen nach russischem Vorbild geschaffen und Bezirks- und Kreishygieneinspektionen in den Bezirken und Landkreisen eingerichtet, die von einem Bezirkshygienearzt und einem Kreishygienearzt geleitet wurden und die Hygiene-inspektoren zur Kontrolle der Infektionskrankheiten, der Lebensmittel (einschließlich Trink-wasser) und der Umwelt übernahmen. Außerdem gab es noch Veterinärhygieneinspektionen, die von einem Tierarzt geleitet wurden und die hauptsächlich tierische Lebensmittel kontrollierten.

Dann gab es eine Arbeitshygieneinspektion, eine Apothekeninspektion im Bezirk und in den Landkreisen. Die Arbeitshygieneinspektionen (AHI) in den Kreisen überwachten die Gesund-heit der Menschen in den Betrieben und beurteilten die gesundheitlich relevanten Risiken in allen Betrieben. Der Kreisapotheker überwachte Apotheken seines Kreises. Die fachliche Aufsicht der Inspektionen der Landkreise oblag den Bezirksinspektionen, die vom Gesund-heitsministerium der DDR kontrolliert angeleitet wurden. Nur in den Bezirken gab es eine Abteilung Kur- und Bäder-

wesen, die Bezirksblutspendezentrale und das Büro für Sozialhygiene, das die gesamte Medizinalstatistik bearbeitete.

In den Kreisen gab es Kreisgutachter, die die Ärzteberatungskommissionen überwachten. Der Kreisgutachter war in den Kreisverwaltungen als Gutachter angestellt und war dem Kreisarzt unterstellt. Die fachliche Anleitung erfolgte über Bezirksgutachter.

Ärzteberatungskommissionen waren Teams von Ärzten, die bei langen Krankschreibungen der Menschen prüften, welche Rehabilitationsmaßnahmen am besten geeignet wären, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen oder ob eine Berentung eingeleitet werden müsste. Bei den Menschen waren die Ärzteberatungskommissionen nicht beliebt, weil sie die Krankschreibungen der Poliklinikärzte aufheben konnten. Nur in den Kreisen und kreisfreien

Städten waren die Diabetes- und Schwangeren-Dispensaire-Beratungen, Kindertagesstätten sowie Alters- und Pflegeheime angesiedelt.

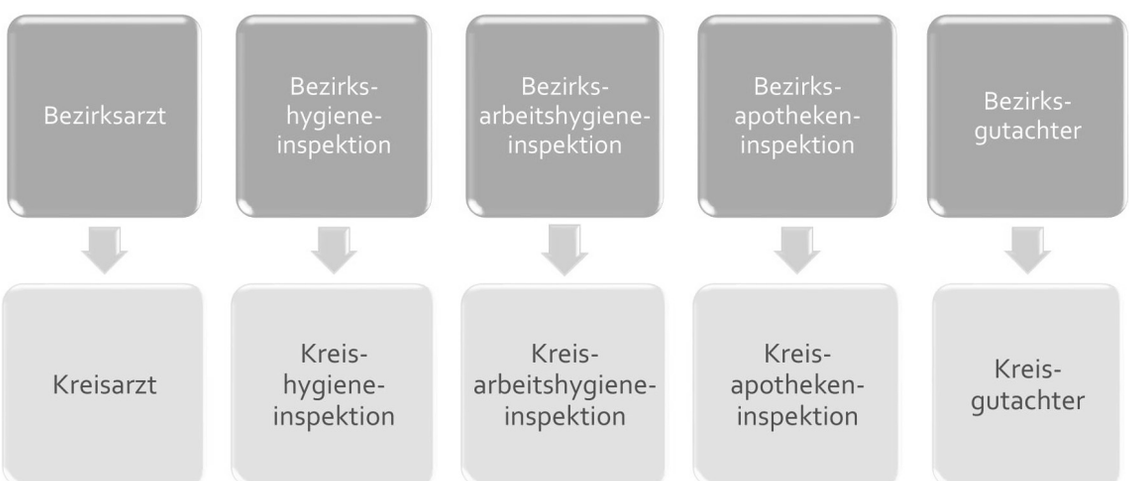


Abbildung 4
Bezirks- und Kreisstrukturen in der DDR
(die Auflistung ist nicht vollständig)
© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

2.6. Der öffentliche Gesundheitsdienst in Westdeutschland

Die Gesundheitsämter der Landkreise und der Städte waren in den nördlichen Bundesländern überwiegend kommunal, das heißt, den Landkreisen oder den Stadtverwaltungen angegliedert und in den südlichen Bundesländern auch staatlich, wobei die Entwicklung eindeutig zur Angliederung an die Kommunen ging.

Ihre gesetzliche Grundlage bildete das Vereinheitlichungsgesetz von 1934, dass von rassistischen Bestimmungen aus der Nazi-Zeit bereinigt worden war. 1934 waren Gesundheitsaufsicht und Sozialmedizinische Betreuung in einem Gesetz zusammengefasst worden und galt nun als Landesrecht in allen westdeutschen Bundesländern. Die Strukturen waren insofern

unterschiedlich als der Öffentliche Gesundheitsdienst von den Ländern in Größe und Form durch eigene Gesetze festgeschrieben wurden. Landesparlamente hatten in einigen Bundesländern schon eigene Gesundheitsdienstgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erlassen sowie Landeskrankenhausgesetze und Psychischkrankengesetze. Die Bundesregierung hatte nur mit einigen Rahmengesetzen Einflussmöglichkeiten, wie das Bundesseuchengesetz (ab 2001 Infektionsschutzgesetz), die Bundestrinkwasserverordnung und das Geschlechtskrankengesetz usw. Nach Artikel 74 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland gibt es eine konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern gerade im Bereich der Gesundheit. Das heißt, wenn der Bund keine Gesetzte erlässt, kann das Landesparlament Gesetze erlassen.

3. Die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst der DDR von 1990

Der letzten DDR-Regierung war deutlich geworden, dass nach der Einheit Deutschlands die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Ost und West nicht kompatibel waren. Deshalb erließ die Regierung die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten
vom 8. August 1990 (GBI. I Nr. 53 S. 1068).
Damit wurden alle Kreise in der DDR aufgefordert schon vor der Einheit Deutschlands am 03.10.1990 und vor der Neugliederung der Bezirke in fünf neue Bundesländer Gesundheitsämter aufzubauen, die den Kommunalen Gesundheitsämtern in den westlichen Bundesländern vergleichbar sein sollten und die entsprechenden Aufgaben nahtlos übernehmen konnten.
Nach diesem Gesetz wurden die Strukturen der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern festgeschrieben.

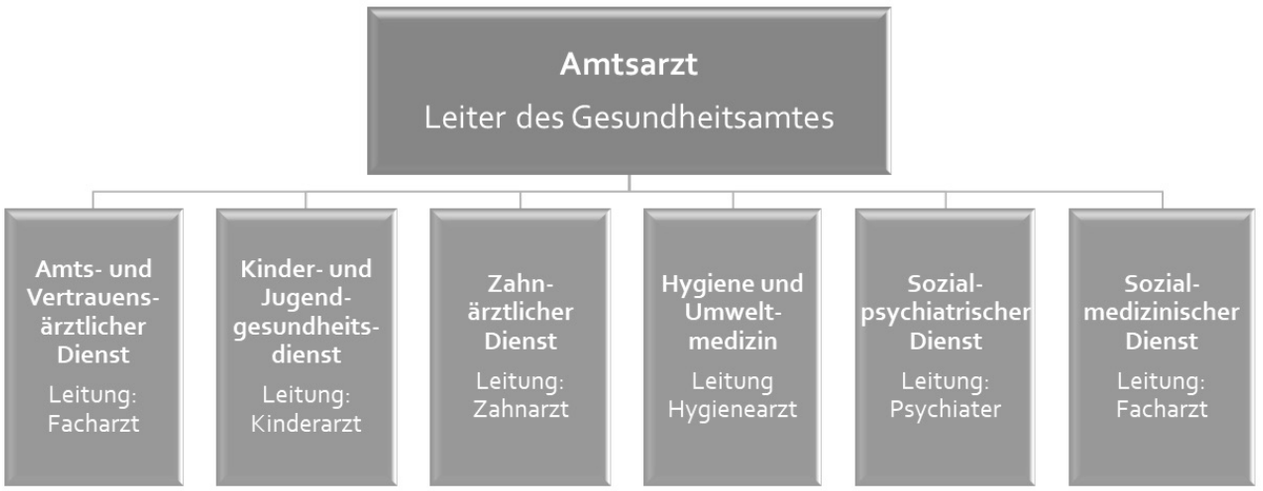


Abbildung 5

Strukturen der Gesundheitsämter in Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung

© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

Die Aufgaben nach dem Gesetz sollten nun alle Strukturen in Westdeutschland entsprechen und damit einen nahtlosen Übergang nach der Wiedervereinigung ermöglichen.

Aufgaben des Amtsarztes

1. Aufbau der neuen Strukturen eines Gesundheitsamtes und Kommunikation mit dem Gesundheitsdezernenten in der Kreisverwaltung bzw. Stadtverwaltung
2. Haushalt des Gesundheitsamtes

Aufgaben des Amts- und Vertrauensärztlichen Dienstes

1. Aufsicht über die Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Heilpraktiker
2. Begutachtung der Beamten und Angestellten
3. Kontrolle der Totenscheine
4. Statistik über die Gesundheitlichen Belange im Landkreis und Erstellung von Gesundheitsberichten

Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

1. Untersuchungen der Kinder in den Kindertagesstätten (Kita)
2. Untersuchung vor der Einschulung
3. Untersuchung der Kinder in den Schulen
4. Frühförderung von Kindern mit Einschränkungen
5. Sportärztliche Untersuchungen
6. Schutzimpfungen
7. Mütterberatungen
8. Untersuchungen der Jugendlichen vor Verlassen der Schulen mit Einschätzung der Tauglichkeit für Berufe (oder Einschränkungen)
9. Statistische Erfassung der Daten in anonymisierte Form und Weiterleitung an die Landesregierung

Aufgaben des Zahnärztlicher Dienst

1. Zahnärztliche Untersuchungen der Kinder in den Kindertagesstätten (Kita) und Schulen
2. Begutachtungen für Krankenkassen bei Zahnersatz
3. Gruppenprophylaxe (Vorträge in Kitas und Schulen)
4. Statistische Erfassung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form und Weiterleitung an die Landesregierung

Aufgaben der Hygiene und Umweltmedizin

1. Hygieneüberwachung der Krankenhäuser, der Kurkliniken, der Rettungsdienste, der Blutspendeeinrichtungen, der Schulen, Kindertagesstätten, der Sportstätten, Schwimmbäder, Kinderspielplätze, der Trinkwasseranlagen und Abwasserbehandlungsanlagen, der Mülldeponien, der Hotels, Herbergen, Zeltplätzen, Sportplätze, Campingplätzen, Flughäfen, Häfen und Bestattungseinrichtungen
2. Überwachung und Kontrolle des Verkehrs mit Lebensmitteln
3. Erfassung von Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung

Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

1. Beratung von Suchtkranken und psychisch Kranken sowie ihren Angehörigen (Ärzte und Sozialarbeiter)
2. Einleitung Zwangseinweisung von psychisch Kranken durch die Gerichte
3. Psychologische Beratung
4. Es sollte in den Gesundheitsämtern auch eine kinderpsychiatrische Beratung angeboten werden. Die Fachärzte dafür standen aber nicht zur Verfügung.

Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes

1. Behindertenberatung
2. Geschwulstberatung
3. Diabetikerberatung
4. Ehe-, Familien-, Sexual-, Schwangeren- und Schwangerenkonfliktberatung
5. Tuberkuloseberatung
6. Aidsberatung
7. Reiseberatung

4. Ausbildung der Leiter der Gesundheitsämter in den neuen Bundesländern

Die Kreise stellten auch sofort einen Arzt an, der das Gesundheitsamt aufbauen sollte und als Amtsarzt das Gesundheitsamt zu leiten hatte. Die Ausbildung nach westdeutschem Recht erfolgte für alle Amtsärzte in den neuen Bundesländern durch die Akademie für den Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ab dem 28.05.1990 in Berlin für die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin-Ost und Sachsen-Anhalt und durch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in München ab dem 04.10.1990 in Erfurt für die Länder Sachsen und Thüringen. So wurde in allen Kreisen der neuen Bundesländer ein Arzt fortgebildet, der mit dem Gesetzeskanon der Bundesrepublik vertraut war. Meist waren es die Kreishygieneärzte. Es gab aber auch Ärzte aus allen Facharztrichtungen, die als Amtsarzt eingestellt wurden. Die Ausbildung wurde berufsbegleitend fortgesetzt und endete 1993 mit der Facharztprüfung für Öffentliches Gesundheitswesen.

5. Personalschlüssel

Vorgaben für das Personal in den Gesundheitsämtern in den neuen Bundesländern gab es nicht. Es war vielmehr so, dass am 31.12.1990 alle Finanzierungsmodelle der DDR ausliefen und alles, was nicht nach westdeutschem Recht von den Krankenkassen bezahlt wurde, im Gesundheitsamt landete. Die Ärzte, Sozialarbeiter und Kinderkrankenschwestern der Mütterberatung und des Jugendärztlichen Dienstes, sowie die Mitarbeiter der Jugendzahnkliniken waren plötzlich Mitarbeiter der Gesundheitsämter. Für die Mitarbeiter der Kreishygieneinspektion war das selbstverständlich. Sie waren ja auch schon vorher Mitarbeiter der Kreisverwaltung gewesen.

Die Arbeitshygieneinspektionen wurden abgewickelt. Abwicklung war der Fachbegriff für die Auflösung von Strukturen im Einigungsprozess. Es wurde am Personal gespart, weil man dachte, es wäre zu viel. Aber viele der Ärzte aus den Gesundheitsämtern gingen in die Niederlassung und nahmen Krankenschwestern mit, sodass sich das Personal sehr schnell verminderte.

Für die Westdeutschen war auch die Lebensmittelkontrolle durch Ärzte sehr befremdlich. Und diese Struktur wurde sobald als möglich verändert. Die Landesregierung legte fest, dass die Mitarbeiter der Lebensmittelüberwachung von den Gesundheitsämtern an die Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsämter abgegeben wurden mussten, wo ausschließlich die Lebensmittel von Tierärzten kontrolliert wurden, obwohl Brot und Wein keine tierischen Lebensmittel sind. In weni-

gen Gesundheitsämtern wurden die Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsämter in die Gesundheitsämter integriert.

Sehr bald wurde auch die Apothekenaufsicht in fast allen neuen Bundesländern von den Landesregierungen übernommen. Was in den neuen Bundesländern fehlte, war der große Kanon der Landesgesetzgebung, wie er in den westlichen Bundesländern seit vielen Jahren angewendet wurde. Es gab Situationen, wo es keine Regelung gab. Da hatte man aber eine sehr weise Entscheidung getroffen, nämlich dass den neuen Bundesländern alte Bundesländer als Beratungsländer und Vorbildländer zugewiesen wurden.

Ostdeutschland	Westdeutschland
Berlin-Ost	Berlin-West
Brandenburg	Nordrhein-Westfalen
Mecklenburg-Vorpommern	Schleswig-Holstein
Sachsen-Anhalt	Niedersachsen
Sachsen	Bayern
Thüringen	Hessen

Abbildung 6
Zuordnung der neuen Bundesländer in Ostdeutschland zu Partnerländern in Westdeutschland
© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

Die Länder im westlichen Teil Deutschlands stellten Beamte ab, die als Berater in die neuen Bundesländer für Jahre arbeiten wollten und damit einen Erfahrungsschatz mitbrachten, den kein Ostdeutscher haben konnte. Es war ein freiwilliger Einsatz von Beamten, der sehr hoch vergütet wurde. Nach meiner Meinung war das keine gute Lösung. Man hätte die besten Beamte, wie Bürgermeister und Fachbereichsleiter für drei bis fünf Jahre zwangsverpflichtend in die neuen Bundesländer schicken sollen. Es gab wenig gute Leute, die aus Enthusiasmus diese Aufgabe wahrnahmen. Aber eine Vielzahl von Menschen kamen im Osten in Führungspositionen, die man im Westen nicht haben wollte. Wir hätten aber die Besten gebraucht. Das ist meine persönliche Auffassung.

Ich möchte Ihnen den Personalschlüssel der Gesundheitsämter des Landes Brandenburg beispielhaft vorstellen

Die Gesundheitsämter hatten durchschnittlich 35-40 Mitarbeiter:

1 Amtsarzt
1 Stellv. Amtsarzt
3-4 Kinderärzte
2-4 Zahnärzte
1 Psychiater
1 Psychologen
1 Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
1 Facharzt für Allgemeinmedizin oder andere Fachrichtung
9 Sozialarbeiter
8 Kinderkrankenschwestern
6 Zahnärztliche Schwestern
1 Verwaltungsangestellte
1 Mitarbeiter für Statistik
1 Sekretärin
4-6 Hygieneinspektoren und Hygieneingenieure

Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern des Landes Brandenburg			
Landkreis/Kreisfreie Stadt	Einwohner	1996	1996 pro 100.000 EW
Brandenburg an der Havel	85.994	44	51
Cottbus	123.214	62	50
Frankfurt (Oder)	80.807	32	40
Potsdam	136.619	58	42
Barnim	151.783	35	23
Dahme-Spreewald	144.990	40	28
Elbe-Elster	136.889	44	32
Havelland	131.381	45	34
Märkisch-Oderland	172.577	54	31
Oberhavel	170.505	45	26
Oberspreewald-Lausitz	156.758	59	38
Oder-Spree	190.839	63	33
Ostprignitz-Ruppin	116.005	42	36
Potsdam-Mittelmark	180.324	45	25
Prignitz	101.421	45	44
Spree-Neiße	153.493	49	32
Teltow-Fläming	148.133	69	47
Uckermark	160.310	61	38
Land Brandenburg	**2.542.042**	**891**	**35**

Abbildung 7

Anzahl der Mitarbeiter der Gesundheitsämter in Brandenburg 1996

© Dr. Heinz-Walter Knackmuß, Rathenow, 2019

6. Aktuelle Situation 2019

Die Gesundheitsämter stehen heute vor der prekären Situation, dass sie keine Ärzte mehr haben. Die Tarifverhandlungen bei den stationär und ambulant tätigen Ärzten haben eine Gehaltskategorie erreicht, die die Kreis- und Stadtverwaltung ihren Ärzten nicht zahlen wollen. Wenn man da keine Angleichung schafft, werden die Gesundheitsämter fachlich ausbluten.

Dr. med. Heinz-Walter Knackmuß
Röntgenstraße 13, D-14712 Rathenow, Deutschland
Tel:+4933855200224
Handy:+491792670245
E-Mail: knackmuss@online.de
13.06.2019 Pyeongchang (Korea)

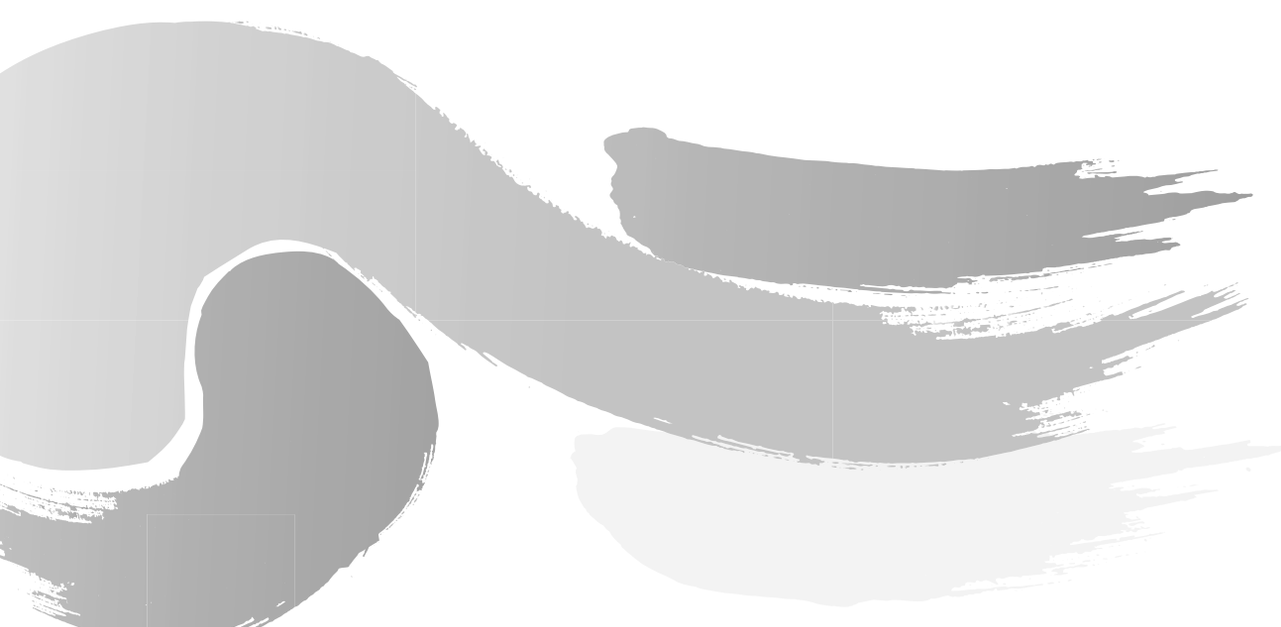
MEMO.

SESSION 4.
인사관리를 중심으로 본 보건분야 통합 과정 및 한반도 적용

SESSION 4-3.

남북한 통일 이후 국가행정조직 재설계 방향(인사 중심)

정창화, 단국대학교 행정학과 교수



■ 제9차 한독통일자문회의 발표자료 (2019.6.13)

남북한 통일 이후 국가행정조직 재설계 방향

정창화교수
(단국대)

목차

I. 문제제기 ---- 3

1. 남북관계 상황 변화 ---- 4
2. 연구범위 ---- 5
3. 연구방법 ---- 8

II. 남북한 국가행정조직 비교 ---- 12

1. 북한의 국가행정조직 ---- 13
2. 한국의 국가행정조직 ---- 16

III. 통일독일 행정조직 통합·개편 ---- 19

1. 중앙행정조직 개편 ---- 21
2. 인사행정조직 개편 ---- 25
3. 동서독 관료제 통합(**인사**) ---- 27

IV. 남북 통일이후 행정조직 재설계 방향 ---- 30

1. 통일한국의 정부형태 ---- 32
2. 국가행정조직 재설계 방향 ---- 35
3. 통일한국 관료제 재설계 방향 ---- 41

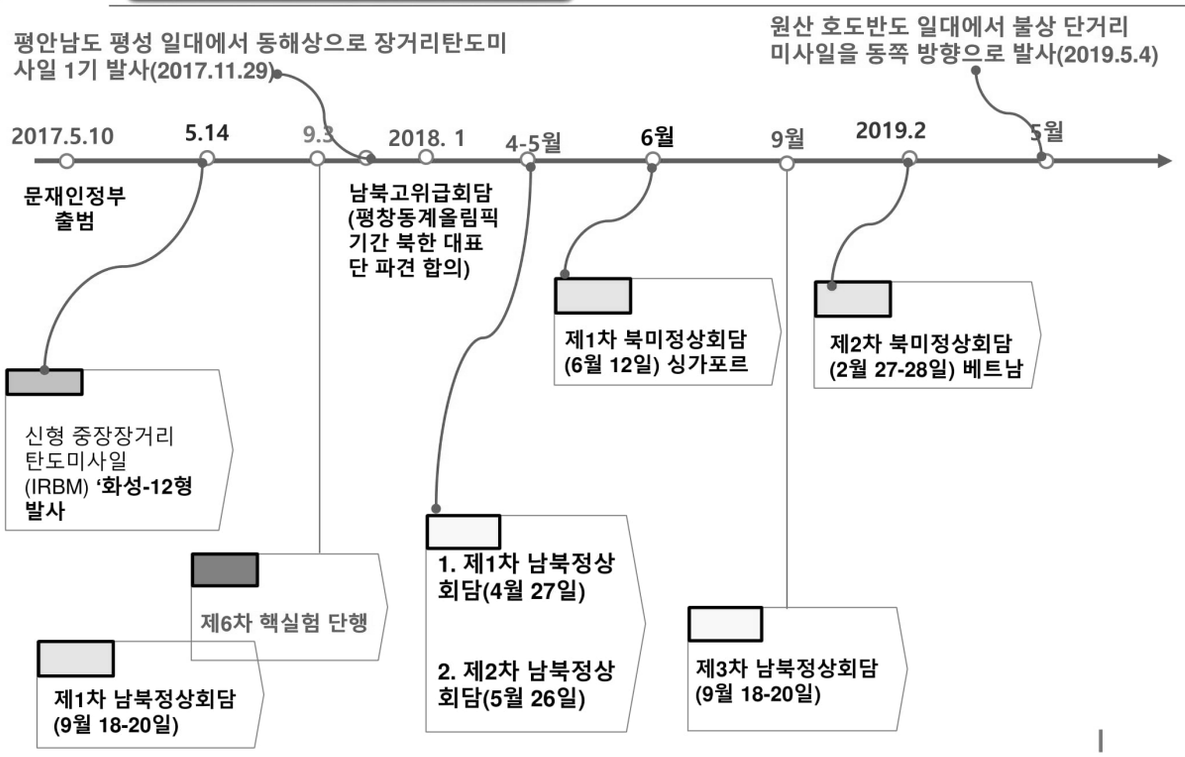
V. 정책적 시사점 ---- 40

• 정책적 시사점 ---- 45

I. 문제제기

1. 남북관계 상황 변화

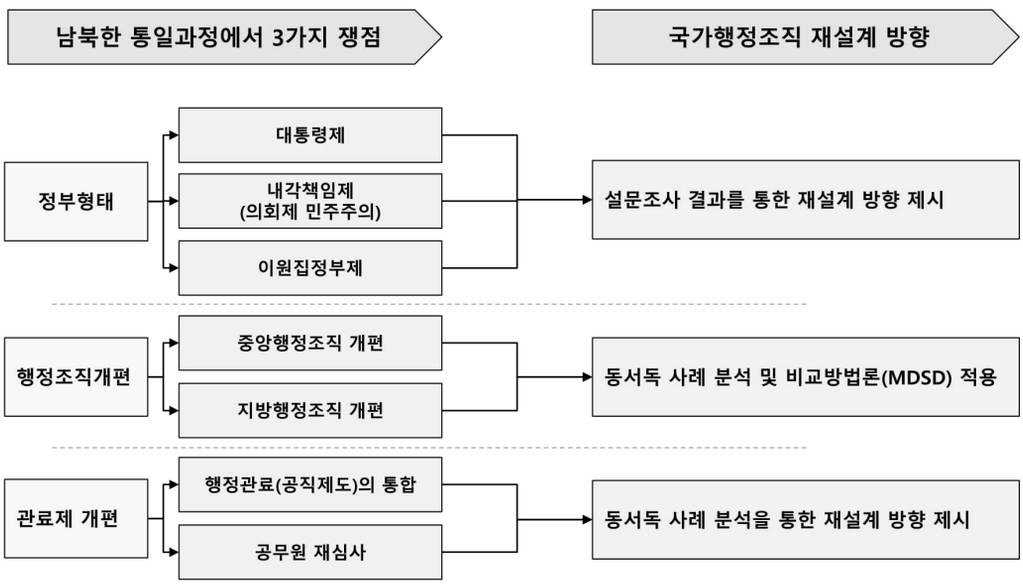
1. 남북관계 상황 변화



2. 연구범위

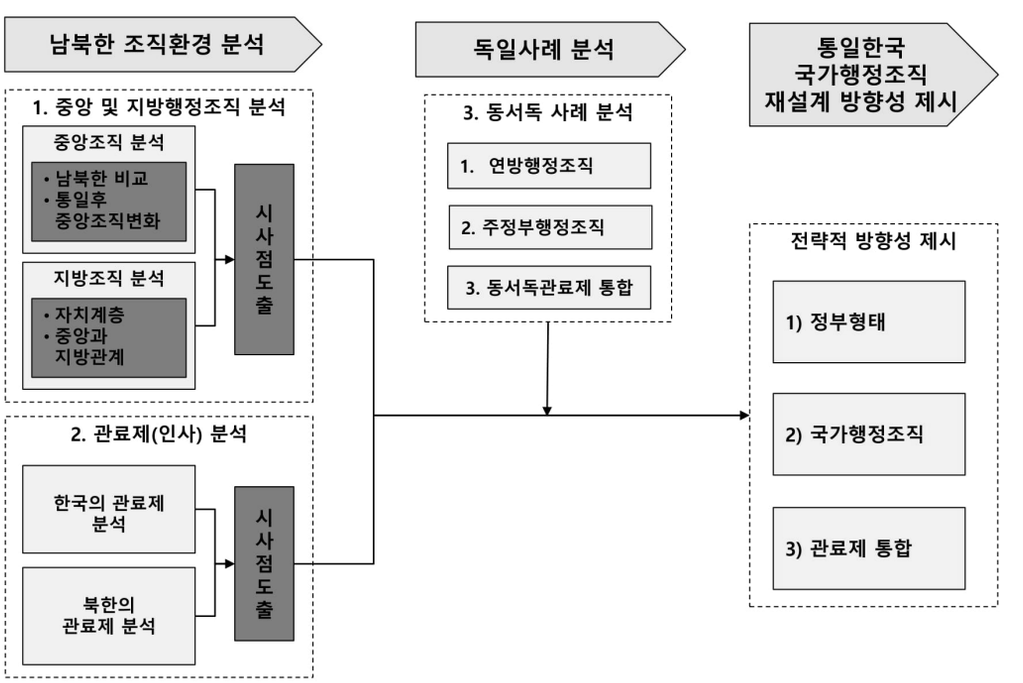
6

2. 연구범위



6

2. 연구분석 과정

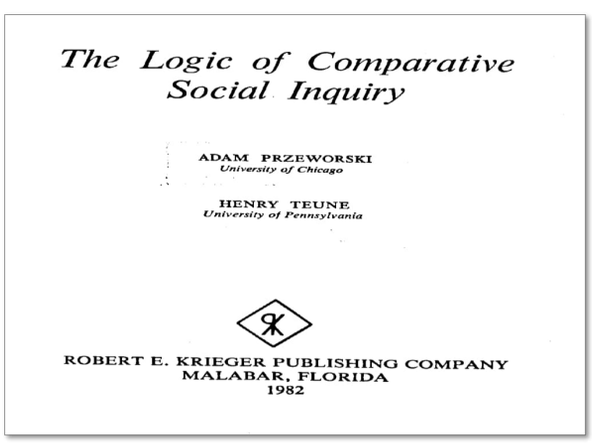


7

3. 연구방법

10

3. 연구방법론-비교방법


The Logic of Comparative Social Inquiry

ADAM PRZEWORSKI
University of Chicago

HENRY TEUNE
University of Pennsylvania

ROBERT E. KRIEGER PUBLISHING COMPANY
MALABAR, FLORIDA
1982

비교 방법론

- **최대유사체계분석디자인(Most Similar Systems Design)**
- **최대상이체계분석디자인(Most Different Systems Design)**

9

3. 연구방법론-비교방법

■ 최대상이체계분석디자인(MDSD)의 일치법

■ 최대상이체계분석디자인(MDSD)의 일치법

Case 1	Case 2	
a	***not*** *a*	overall similarities
b	***not*** *b*	
c	***not*** *c*	
x	*x*	crucial difference
y	*y*	

x = Causal Variable

y = Phenomenon to be explained

출처: A. Przeworski and H. Teune, *The Logic of Comparative Social Inquiry* (Malabar: Robert E. Kriegar Publishing Company, 1982), pp. 37- 재구성

MDSD

- 최대유사체계분석기법이 설명변수로서 적절한 체계속성을 선별해내려는 전략인 반면, **최대상이체계 분석기법(MDSD)은 "부적절한 체계속성을 소거"하는 데 목적**
- 체계 이하의 수준"에서 상정된 독립변수와 종속변수간의 관계에 대한 가설이 경험적 검증을 통해 확증된다면, 이는 "**체계속성으로부터 자유로운 통칙**"(Przeworski and Teune, 1970: 39), 즉, **보편적 적용성이 대단히 큰 통칙**이 될 수 있음

3. 연구방법론-비교방법

□ MSSD 및 MDSD

Most similar systems

Variables		Cases				
		1	2	3	4	5
	X1	0	0	0	x	x
	X2	0	0	0	0	0
	X3	0	0	0	0	0
	X4	x	x	x	x	x
	X5	x	x	x	x	x
	Y	0	0	0	x	x

Most different systems

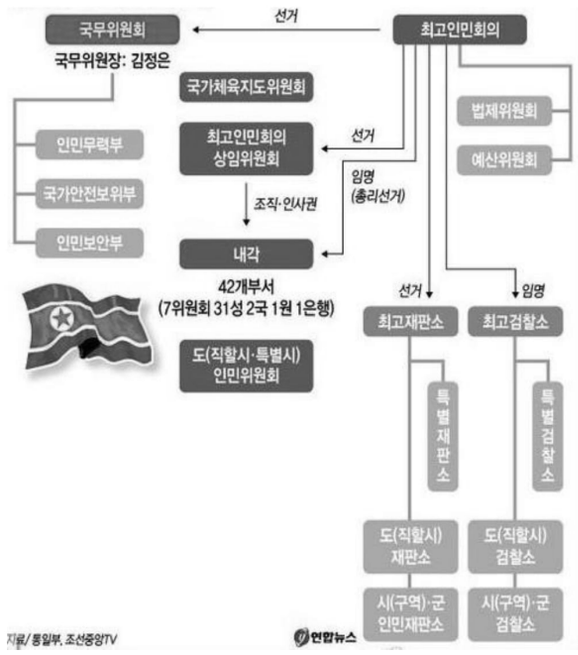
Variables		Cases				
		1	2	3	4	5
	X1	x	x	x	x	x
	X2	x	x	0	0	0
	X3	0	x	x	x	0
	X4	0	0	0	x	x
	X5	x	0	x	0	x
	Y	x	x	x	x	x

II. 남북한 국가행정조직 비교

1. 북한의 국가행정조직

1. 북한의 국가행정조직

북한 정부조직 권력기구도



출처: http://oh.yna.co.kr/publish/2016/06/30/YNO20160630193600039.html

① 최고인민회의

- 헌법상 국가최고주권기관으로서 입법권을 지니는 입법기관
- **최고인민회의 상임위원장**은 헌법에 따른 명목상의 **국가수반**

② 국무위원회

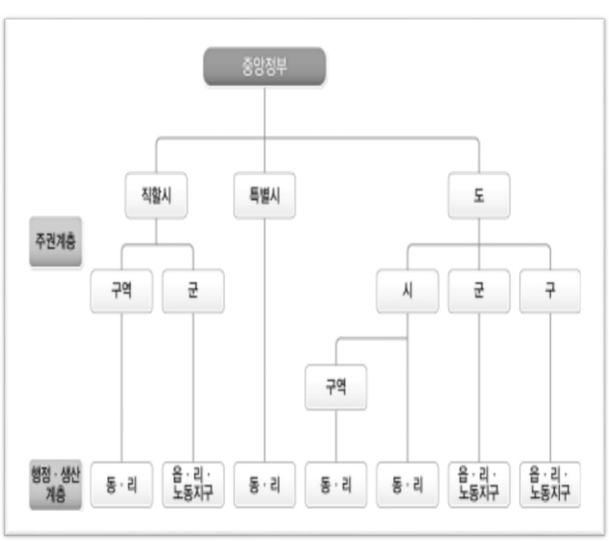
- 사회주의 헌법에 명시된 조항을 심의하는 헌법상의 심의기관
- 정부의 권한에 속하는 중요정책을 심의하는 최고 정책 심의기관, 행정 관리 기관

③ 내각

- 북한 최고주권의 행정집행기관
- 1998년 9월에 '정무원'에서 내각으로 명칭을 변경
- 43개 부서(8위원회, 31성, 1원, 1은행, 2국(2019.5월 현재)

1. 북한의 국가행정조직

■ 북한의 지방행정 계층구조



출처: 양현모(2014), p.133

■ 북한 지방행정은 1972년 이후 지방주권 **자치2계층**(도, 특별시, 직할시, 시·군·구역) 및 행정·생산 1계층(읍, 리, 동, 노동지구)의 총 3계층을 기본으로 구성

■ 북한의 행정구역은 1직할시, 2특별시, 9도로 크게 나눌 수 있음. 하부 행정구역으로는 시, 군, 구역, 구, 지구, 읍, 리, 동, 노동자구가 있음

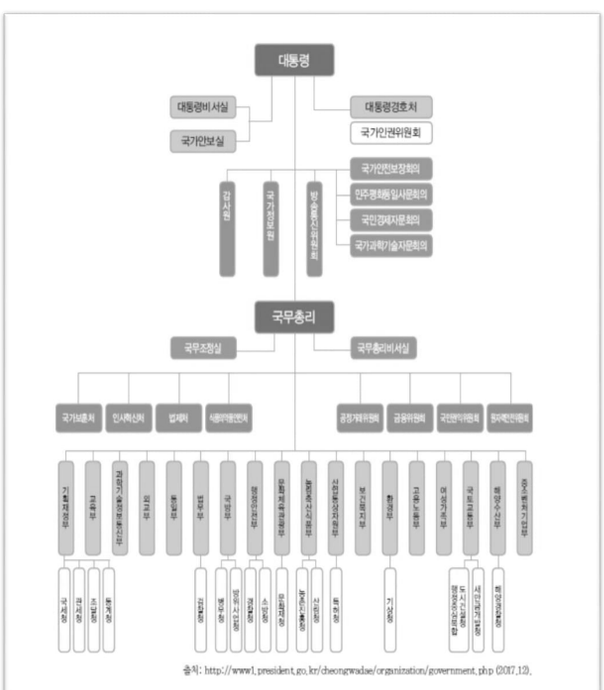
■ 북한의 지방행정기관은 지난 1998년이후부터 의결기관인 **지방인민회의**와 집행기관인 **지방인민위원회**의 2원형 구조가 착근됨

■ 지방인민회의와 지방인민위원회는 노동당의 지방조직으로 영향을 많이 받음

2. 한국의 국가행정조직

17

1. 한국의 국가행정조직



출처: http://www1.president.go.kr/cheongwadae/organization/government.php (2017.12).

① 삼권분립

- 국가권력의 작용을 입법·행정·사법으로 나누고, 이를 각각 별개의 독립된 기관에 분담시켜 상호간에 견제와 균형을 유지

② 중앙행정기관

- **중앙행정기관**은 국가의 행정사무를 담당하기 위하여 설치된 행정기관으로서 그 관할권의 범위가 전국에 미치는 행정기관임
- 대통령을 수반으로 중앙행정기관은 18부처 5처 17청, 2원 4실 6위원회(총 52개)로 구성

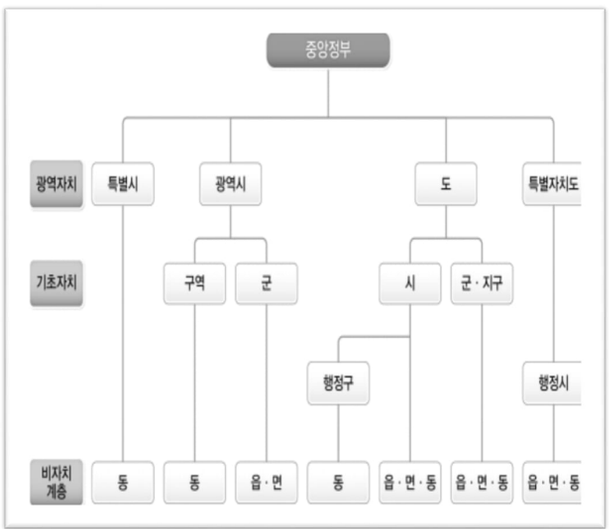
③ 국무회의

- 정부의 권한에 속하는 중요정책을 심의하는 최고정책심의기관
- 국무회의의 의장은 대통령이, 부의장은 국무총리가 겸직

17 | 17

1. 한국의 국가행정조직

■ 한국의 지방행정 계층구조



출처: 양현모(2014), p.119

■ 지방자치단체의 종류를 법률로 정하며, 지방자치법 제2조(지방자치단체의 종류)에 따르면 대한민국의 지방자치단체는 **광역지방자치단체**와 **기초지방자치단체**로 구성. **자치계층은 2계층**으로 구성(행정계층은 3계층, 4계층 등로 구성)

■ 지방자치단체는 17개 광역자치단체와 **226개**(75**자치**시, 82**자치**군, 69자치구) 기초자치단계로 구성

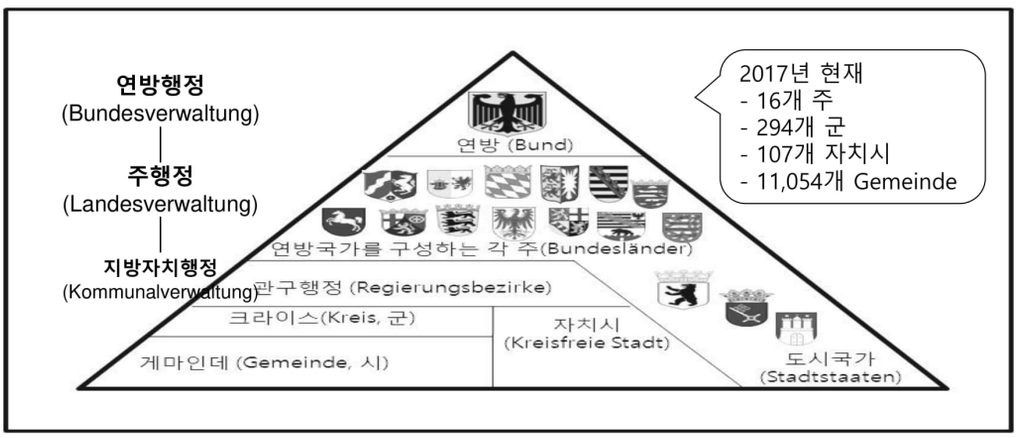
■ 헌법 117조와 118조의 규정에 의하여 지방 자치가 헌법적으로 보장되고 있음

■ 1995년 6월부터 지방자치제도 실시

III. 통일독일의 행정조직 통합-개편

1. 중앙행정조직 개편
2. 지방행정조직 개편
3. 동서독 관료제 통합

■ 통일 독일의 국가상(Staatsbild)



모든 국가는 고유한 하나의 모습, 즉 고유한 국가상(Staatsbild)을 지닌다. 즉, 독일은 기본법 제20조 제1항에서 국가상(Staatsbild)을 **사회적 연방국가(Sozialer Bundesstaat)**로 규정하고 있다.

20

1. 중앙행정조직 개편

22

1. 독일 통일후 중앙행정조직 개편

정부조직 개편과정의 의미

1990년 독일 통일은 구동독 지역의 행정구조를 근본적으로 개혁하는 것으로 부터 출발함

동서독 행정통합은 구 동독 사회주의 행정제도의 청산과 자유주의 행정제도의 도입의 과정임

■ 행정조직 통합-개편 문제

- 5개 신연방주 구축
- 관료제의 통합
- 구 동독지역에 대한 서독정부의 행정지원
- 신연방주 경계 설정에 따른 지역 간의 갈등 해결
- 주정부 및 지방자치단체의 재정적 취약성 문제 해결
- 기타

22

1. 독일 통일후 중앙행정조직 개편



- 동독내 연방제도 부활
  - 정부차원 연방제 부활 결정(1990.3)
  - 주설치법(Ländereinführungsgesetz) 제정(1990.7)
- 연방정부 조직개편
  - 연방내독관계부(Bundesministerium für Innerdeutsche Beziehungen) 폐지
  - 신연방주 특임관 제도의 도입
  - 연방내무부, 연방법무부 등
  - 신탁청((Treuhandanstalt)
  - 연방재산관리행정(Bundesvermögensverwaltung)
  - 통일특수과제청(Bundesanstalt für vereinigungsbedingte Sonderaufgaben)
- 기타
  - 연방 중앙행정·미해결재산문제 처리청(Bundesanstalt für zentrale Diensteund offene Vermögenfragen)

23

2. 지방행정조직 개편

25

2. 독일 통일후 지방행정조직 개편

1 연방 주(州)행정조직 개편

- 동독 인민회의는 **5개 주의 부활에 관한 법률을 제정·공포(1990.7.22),** 동 법률은 1990년 10월 3일 통일과 함께 발효
- 州행정조직은 1990년 10월 14일 **주의회 선거**를 통해 주지사가 선출되면서 본격적으로 구축

2 행정구역 통폐합

- 구(舊) 동독 행정조직: 수도로서 동베를린과 14개의 도(Bezirk), 27개의 지구(Stadtkrei), 11개의 동베를린 시(市)크라이스(Stadtkreis), 191개 군(Kreis), 7,563개 게마인데(Gemeinde)
- 구 동독지역에 5개의 신 연방주(5개)가 설치
- 게마인데의 개편은 주에 따라 서로 다른 방식으로 진행(ex) 작센주를 제외한 4개 신연방주의 경우 기존의 게마인데를 통폐합하지 않고 가급적 유지함)

3 지방자치제도 도입

- 동독의 게미인데와 군의 자치행정에 관한 법률(Gesetz über die Selbstverwaltung der Gemeinden und Kreise in der DDR) 제정. 공포(1990.5.17)
  - 동법에 따라 동독의 게마인데와 크라이스가 자치단체로서의 지위를 확보
- 지방자치단체재산법(Kommunalvermögensgesetz(1990.7.6)
- 신연방주의 성립과 함께 주(州)정부 주도 하의 지방행정구조가 재구축

3. 동서독 관료제 통합
-행정인력 통합

27

3. 통독후 동서독 관료제 통합

1) 독일 통일후 행정인력 통합

행정인력 통합 방향

- **관료의 감축 – 통일조약에 근거하여 추진**
- 직업공무원 제도 도입
- 구 동독 공무원 재심사

통일조약(Eingungsvertag)

제20조(공무원의 법적 지위)

(1) 동독 편입시 공무원의 법적 관계는 부록 I 에 합의된 과도적 규정이 적용된다.
(2) 기본법 제33조 제4항의 통치권적 권능에 의해 주어진 공공업무는 즉시 공무원이 수행해야 한다. 공무원법은 부록 I 에 합의된 규정에 준하여 시행된다. 기본법 제92조는 변경되지 아니한다.
(3) 군입법은 부록 I 에 합의된 규정에 준하여 시행된다.

27

3. 통독후 동서독 관료제 통합

2) 독일 통일후 행정인력 통합

행정인력 통합 방향

- 관료의 감축 – 통일조약에 근거하여 추진
- **직업공무원 제도 도입**
- 구 동독 공무원 재심사

1. 동독에는 직업공무원제가 존재하지 않았기 때문에 공무원의 신분은 '국가기관의 종사자' 또는 '국가기관의 협력자'임
2. 통일조약은 제20조 2항에 공공업무의 수행을 조속히 공무원에게 이양하도록 명시함으로써 동독 지역에 직업공무원제를 도입할 것을 규정함
3. 공직에 근무하는 자는 원칙적으로 직업공무원으로의 전환 지원이 가능하였으며, 동독 정부도 공무원 임용작업에 착수하였음
4. 구 동독 공직자의 공무원 재임용과 관련해서 서독 정부는 통일된 선발기준을 마련하여 추진하였음

28

3. 통독후 동서독 관료제 통합

3) 독일 통일후 행정인력 통합

행정인력 통합 방향

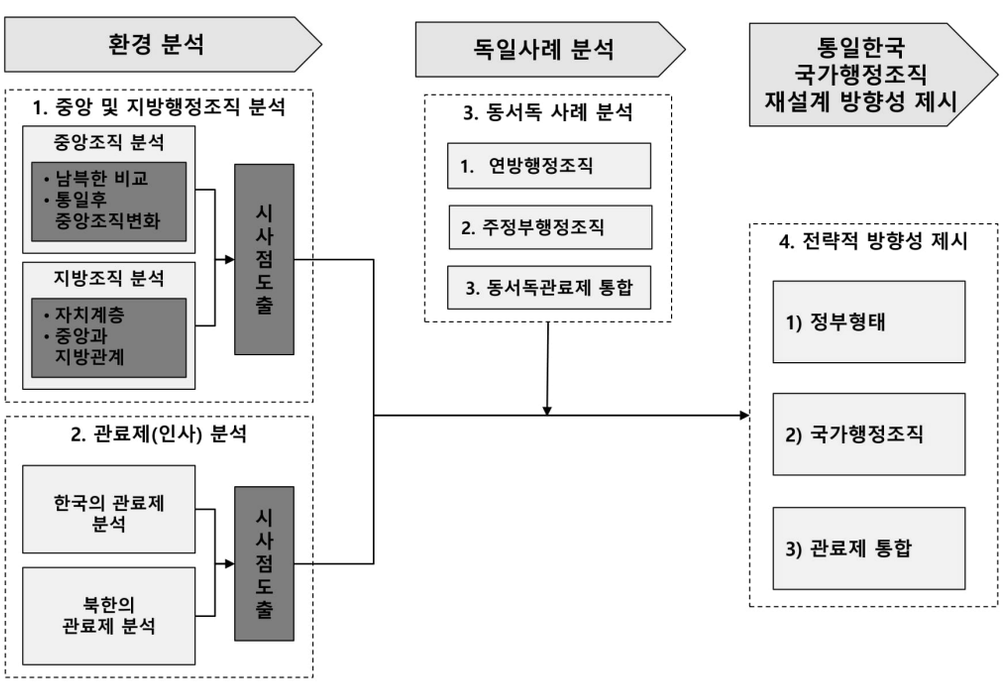
- 관료의 감축
- 직업공무원 제도 도입
- **구 동독 공무원 재심사**

1. 통일조약에 따라 동독 공무원에 대한 재심사를 통해 동독 공무원을 과 감하게 감축
2. 구 동독 공직자의 심사기준
   (통일 조약 부속서 Ⅰ 제19조 제3절에서 동독 공직자의 해고 및 보수에 관한 사항을 규정)
3. 구동독 공무원의 재교육

29

IV. 통일한국의 국가행정조직 재설계 방향

2. 연구분석 과정

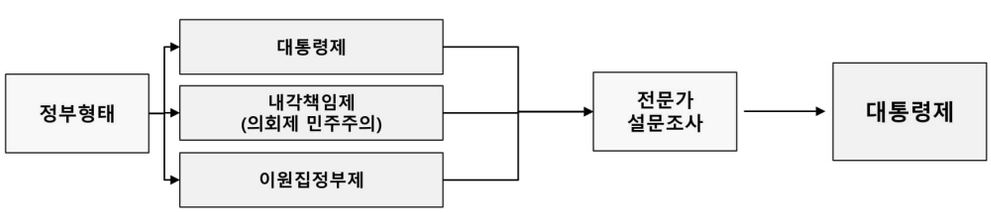


31

1. 통일한국의 정부형태

1. 통일한국의 정부형태

1 남북한 통일이후 바람직한 정부형태는?



(표 1) 통일한국의 정부형태

	대통령제	내각책임제	프랑스형 이원집정부제	비고
합계	26	2	2	0
비율	86.6 7%	6.67 %	6.67 %	0.00%

출처: 양현모(2014), p. 171.

1. 통일한국의 정부형태

1 남북한 통일이후 바람직한 정부형태는?

(표 1) 통일한국의 정부형태

	대통령제	내각책임제	프랑스형 이원집정부제	비고
합계	26	2	2	0
비율	86.6 7%	6.67 %	6.67 %	0.00%

출처: 양현모(2014), p. 171.

종합 의견

- **대통령제**
  - 통일과정과 통일 초기의 혼란과 한반도 주변의 강대국과의 상황을 고려하여, 안정적이고 효율적으로 국민의 결집을 이루어 내는데 적합한 정부형태임
- **내각책임제**
  - 남북한의 현격하게 다른 정치·경제적 여건으로 인해 통일 후 지역별로 다양한 민의를 다양한 경로를 통해서 반영하기 위한 정부형태임
- **프랑스형 이원집정부제**
  - 우리나라가 대통령에게 너무 권력이 집중되어 있어 분권형 대통령제가 필요하며, 통일 후 대통령과 총리간 분권형 정부형태가 필요함

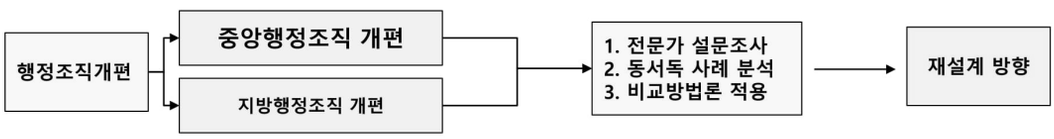
34

2. 국가행정조직 재설계 방향

35

2. 통일한국의 국가행정조직 재설계 – 중앙행정조직 개편

2 통일한국의 국가행정조직 재설계 방향은?



(표 2) 통일한국의 정부형태

(단위: 명(%))

구분	중앙	지방	합계
기존 조직을 해체하고 재창조하는 수준	7(6.5)	10(9.3)	17(15.9)
기존 조직에 대한 대폭적인 조직개편	24(22.4)	18(16.8)	42(39.2)
기존 조직에 행정통합에서 요구되는 수요를 반영하는 보완적 조직개편	38(35.5)	10(9.3)	48(44.9)
조직개편 없이 기존조직형태에 행정통합업무 흡수	0	0	0(0.0)

출처: 양현모(2014), p. 192

36

2. 통일한국의 국가행정조직 재설계 – 중앙행정조직 개편



1. 국가적 통일은 헌법의 통일을 전제

- 법치주의에 바탕을 둔 헌법국가에서는 법이 국민의 자유로운 인격 발현의 결정적인 요소

2. 통일부 폐지 또는 재건업무 총괄부처 설치

- 남북한 통합 및 북한지역 재건 업무를 총괄 수행할 부처를 반드시 설치하여야 함

3. 분권적 권력구조 확립

- 헌법은 권력분립이론에 따라 국가권력을 입법권, 행정권, 사법권으로 나누고 행정권한을 지역적·기능적으로 분산함

37

2. 국가행정조직 재설계 - 지방행정조직

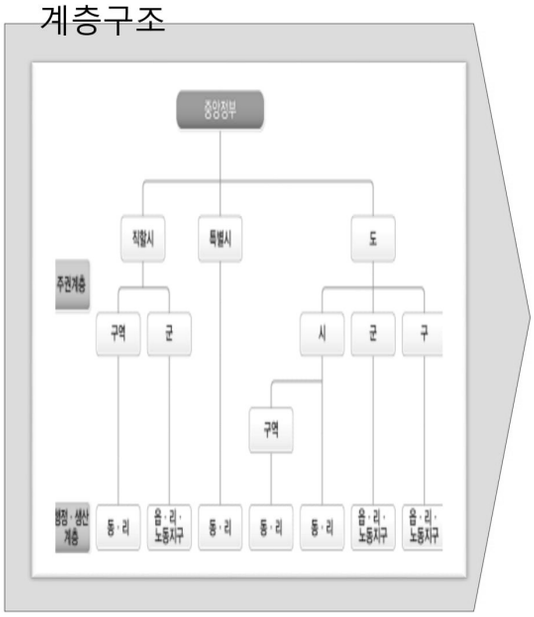
■ 최대상이체계분석기법(MDSD)를 적용한 분석결과

정책영역 하위차원 세부변수	한국	북한
(1) 정부조직의 기본원리 - 3권 분립 유무	O	x
(2) 법치주의 국가	O	x
(3) 정당체제 발달	O	x
(4) 당의 역할 – 당이 모든 국가기관 및 사회단체의 핵심	x	O
(5) 중앙조직체계		
① 헌법상 행정부의 위상 – 견제와 균형	O	x
② 정책결정방식 – 당의 통제 감독	x	O
③ 대규모의 중앙행정부처	O	x
(6) **지방조직체계**		
① 자치단체 자치계층 구조(2단계)	O	O
② 지방의회와 자치단체간 관계 – 상호 견제와 균형	O	x
③ 지역별 자립체제 강화	O	O
(7) 직업공무원제도 유무	O	x

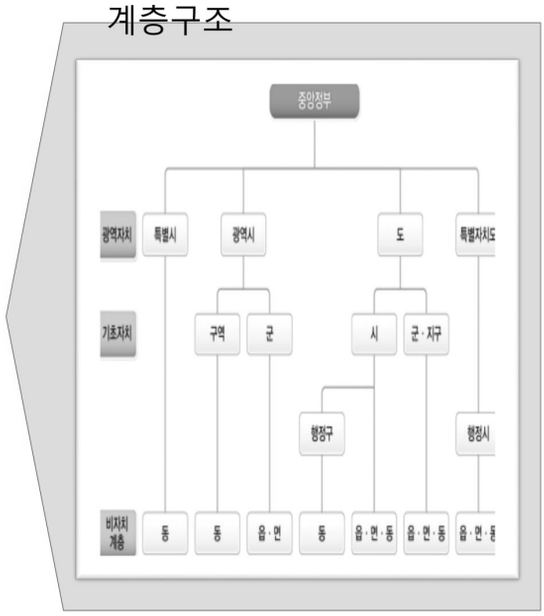
38

2. 국가행정조직 재설계 - 지방행정조직

■ 북한의 지방행정 계층구조



■ 한국의 지방행정 계층구조



39

2. 국가행정조직 재설계 - 지방행정조직

■ 최대상이체계분석기법(MDSD) 분석결과애 따른 통일한국 지방행정조직 재설계

1. MDSD의 일치법을 통하여 분석결과

- 남북한 지방행정 자치계층구조(2층)에 관한 변수와 지역별 자립체제 강화 변화는 남북한 간 유사함
- 이에 MDSD의 일치법을 통하여 독립변수로서 역할

2. 통일 한국 지방행정조직 재설계 방향

- **남북한은 모두 지방행정 자치계층은 2계층 구조(광역, 자치)를 이루고 있어서 본질적으로 상이하지 않음**
- **따라서 중앙행정조직의 개편과 비교하여, 통일이후 남북한간 행정통합이 용이할 것임**
- **강원도의 경우 통일 이후 남한과 북한의 강원도를 통합하는 것이 분리하는 것보다는 통합하는 것보다 용이할 것임**
- **결국 도의 변경보다는 직할시와 시. 군의 변경이나 폐지 또는 통합이 예상됨**

■ 최대상이체계분석디자인(MDSD)의 일치법

Case 1	Case 2	
a	**not** *a*	overall similarities
b	**not** *b*	
c	**not** *c*	
x	***x***	crucial difference
y	***y***	

x = Causal Variable
y = Phenomenon to be explained

출처: A. Przeworski and H. Teune, *The Logic of Comparative Social Inquiry* (Malabar: Robert E. Krieger Publishing Company, 1982), pp. 37- 재구성

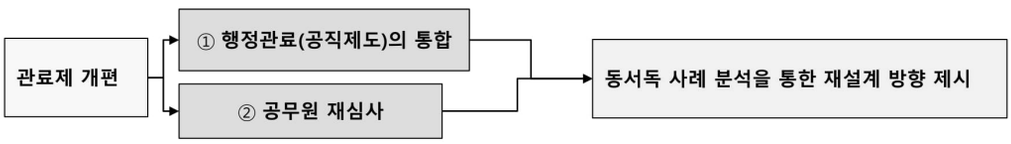
40

3. 통일한국 관료제 재설계 방향

2

2. 국가행정조직 재설계 – 관료제 재설계

3 통일한국의 관료제 재설계 방향은?



■ 동서독 행정관료 통합

통일 이전 서독지역의 공직규모는 인구 약 6,200만명에 약 490만명이었으며, 동독은 인구 1,600만명에 약 230만명이 공공부문에서 근무하고 있었음

통합되는 동독지역(신연방주)에는 새로운 주(州)공무원법이 제정되기 이전인 과도기간(1992년 12월 31일) 까지 서독의 규정 및 통일조약(Einigungsvertrag)에서 합의된 경과규정이 적용되었음. 즉, 통일조약 제20조(공무원의 법적 지위)와 서독 기본법 제30조에 따른 공무원 규정이 준용되었음

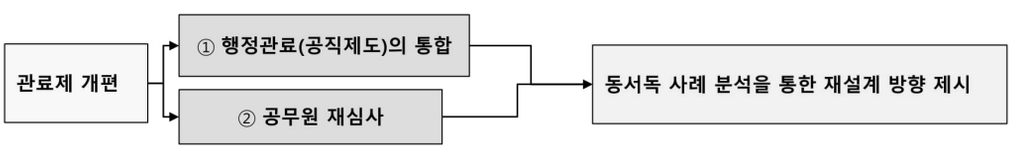
통일조약에서는 행정의 지속성과 기존 공직자의 이해관계를 고려하여, 동독 공직자의 고용관계가 일정기간 유효하도록 명문화되었음. 통일조약에 따라 동독의 행정기관이 존속되거나 다른 기관으로 귀속될 경우, 그 소속 공직자도 함께 존속되거나 이양되었음. 통일과정에서 행정기관의 존속 또는 귀속문제가 검토 중인 경우에는 그 소속 공직자는 우선 서독 연방정부 또는 이에 적합한 행정기관으로 배치되었음. 동독지역(신연방주) 공무원법 제정 및 과도기적 유효법률 적용문제에 대한 관할권은 연방내무부(BMI)에 기속되었음

1991년 6월 30일 현재 독일에는 674만명의 공직자가 근무하고 있으며, 그 중 서독지역에 약 496만명, 동독지역에 약 178만영이 근무하고 있었음. 이후 **1993년까지 동독지역의 공직자가 약 75만명이 감축됨**

42

2. 국가행정조직 재설계 – 관료제 재설계

3 통일한국의 관료제 재설계 방향은?



■ 남북한 행정관료 통합

한국의 공직규모는 2018년 인구 약 5,100만명에 약 110만명이며, 북한은 인구 2,500만명에 약 200만명 정도로 추정됨

남북통일이 한국의 주도로 이루어질 경우, 동서독 행정인력 통합 경험이 매우 유용할 것으로 판단됨. 이 경우 직업공무원 제도 도입, 공무원관련 통일조약의 규정 제정, 북한 공직자를 위한 경과규정의 제정, 북한 공직자의 해고와 재교육, 통일후 관료 감축 등에 대한 정책을 사전을 기획할 수 있을 것으로 판단됨

특히**, 통일후 북한정부의 공직자에 대한 임면권을 행사할 중앙행정부처의 특정**하여(예를 들면, 인사혁신처, 행전안전부, 또는 새로운 조직설치 등) 북한 공직자의 심사, 교육, 재임용 등을 추진해야 함

43

V. 정책적 시사점

정책적 시사점

1. 통일한국의 정부형태

- 대통령제, 내각책임제, 이원집정부제 등의 정부형태도 중요하지만, 통일직후 남북한 분열과 갈등을 방지하기 위해서는 **통일이전 남북한 국민적 합의를 도출하여 정부형태를 결정**해야 함

2. 국가행정조직 재설계

- 지방행정조직의 재설계는 남북한의 유사성으로 비교적 조직통합이 유연할 것으로 판단됨. 반면에 중앙행정조직은 남북한의 정치체제의 상이성으로 재설계의 어려움이 발생할 수 있음
- 특히, 통일 이후 북한지역의 재건과 남북한 체제통합 업무를 총괄하고 조정할 'Control Tower'의 조직설계를 사전에 고려해야 함

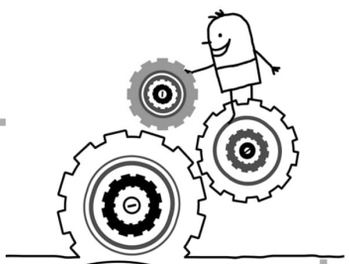
3. 통일후 관료제 개편

- 사회주의 체제 하에서 형성되고 사회화된 북한의 공직자의 가치관, 신념 및 사상 등에 대한 변화를 유도해야 함. 남북한 관료제 통합을 통하여 민주주의와 법치주의에 근거한 행정을 구현해야 함
- 통일후 북한의 공직자에 대한 재심사, 재임용 및 재교육 등에 관하여 사전적 준비와 제도 설계가 요청됨



45

감사합니다
Vielen Dank





SESSION 4.
Personalangelegenheiten im Prozess der Integration des Gesundheitswesens und Anwendung auf der koreanischen Halbinsel

SESSION 4-3.

Die Richtung der Neugestaltung der Nationalen Verwaltung nach der Wiedervereinigung von Nord- und Südkorea unter besonderer Beachtung der Personalfragen

Chang-Hwa Jung,
Professor an der Dan-Guk Universität

MEMO.

MEMO.