

6. Tritt also, wie oben ausgeführt, in der DDR Arbeitslosigkeit in großem Umfang ein, so ist dort zumindest in dem Maße mit dem Aufkommen von Langzeitarbeitslosigkeit zu rechnen, in dem dort Kapitalmangel, Arbeitslosigkeit und strukturelle Arbeitslosigkeit verharren und die Arbeitskräfte nicht mobil sind. Durch den Export eines Teils der DDR-Arbeitslosigkeit in die Bundesrepublik oder den westdeutschen Teil eines Gesamtdeutschlands und durch die Verknappung von Arbeitskräften in der DDR, die dort Schlüsselpositionen eingenommen haben, und durch die Folgen davon wird das Erwerbspersonenpotential in Westdeutschland um vergleichsweise leistungsfähige, flexible, anpassungsfähige, also sehr gefragte Arbeitskräfte vermehrt. Damit ist entsprechend eine Verschlechterung der Chancen der westdeutschen Langzeitarbeitslosen bei der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu befürchten.

7. Die hiesige Wohnungsnot wirkt sicherlich abschreckend gegenüber einer weiteren massenhaften Übersiedlung nach Westdeutschland. Tagespendler, die weiterhin in grenznahen Orten der heutigen DDR wohnen bleiben, erzeugen jedoch auf den westdeutschen Arbeitsmärkten prinzipiell dieselben Wirkungen wie Übersiedler.

8. Darüber hinaus eröffnet das westdeutsche Sozial(versicherungs-)system einen weiteren Anreiz zur Übersiedlung. Arbeitslose Übersiedler nämlich können in Westdeutschland Arbeitslosengeld wie in der DDR erhalten. Hinzu tritt jedoch die westdeutsche Sozialhilfe, die nach Bedürftigkeitskriterien (Regelsätzen) und nicht nach der Höhe des vorher bezogenen Arbeitseinkommens gewährt wird. Die Kombination dieser beiden Soziallei-

stungen kann einer Familie, die aus der DDR hierher übersiedelt, durchaus ein Gesamteinkommen verschaffen, das dem Arbeitseinkommen in der DDR gleichkommt oder es übersteigt. Darüber hinaus begründet eine einjährige beitragspflichtige berufliche Tätigkeit in der Bundesrepublik, auch ein sehr gering entlohntes und unterwertiges Beschäftigungsverhältnis, einen Lohnersatzanspruch, der in vielen Fällen höher liegt als das aufgrund von Beschäftigungen in der DDR zu beanspruchende Arbeitslosengeld.

9. Die Bundesrepublik ist erpreßbar, da ständig die massenhafte Übersiedlung von DDR-Bürgern droht, sofern der Lebensstandard in der DDR absinkt oder nicht in dem erhofften Ausmaß und in der erhofften Zeitspanne sich verbessert. Dies ist die Hauptursache der kurzfristigen Einführung der D-Mark in der DDR durch die Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion zu einem attraktiven, aber wirtschaftspolitisch bedenklichen Umtauschverhältnis. Man mußte also bewußt darauf verzichten, den Wechselkursmechanismus (Abwertungen) zu nutzen, um den Schock infolge der plötzlichen Einbeziehung der DDR-Wirtschaft in die weltwirtschaftliche Arbeitsteilung zu mildern. Sollten die hier skizzierten unangenehmen wirtschaftspolitischen und sozialpolitischen Wirkungen eintreten — Aufkommen von massenhafter Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit in der DDR, Export eines Teil der DDR-Arbeitslosigkeit in die Bundesrepublik, weitere Verschlechterung der Wiedereingliederungschancen in der Bundesrepublik — so ist vorstellbar, daß als ultima ratio zu Arbeitsbeschaffung in der DDR in Gestalt massiver Lohnsubventionen auf breiter Front Zuflucht genommen werden muß.

Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung

Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls?

Von Dr. Jens Alber und Dr. Andreas Ryll, Köln*

Die Sozialversicherung ist für die Bürger „eine Welt hinter den Bergen, über die man sich Vorstellungen macht, die jedoch nicht Bestandteil des eigenen Horizontes ist“. So faßte Franz-Xaver Kaufmann (1973: 284) vor vielen Jahren die Ergebnisse seiner im Jahr 1963 durchgeführten empirischen Studie zur Wahrnehmung der sozialen Sicherungsinstitutionen in der Bevölkerung zusammen (vgl. auch Kaufmann 1969). Kaufmann wollte damit ausdrücken, daß die Bürger zwar ein vages Systemvertrauen in den Sozialstaat haben, das komplexe Institutionengefüge der sozialpolitischen Einrichtungen aber kaum kennen und nicht einmal vage zu durchschauen vermögen. Seit Kaufmanns Untersuchungen sind nun Jahrzehnte vergangen, in denen es nicht nur zu einer beträchtlichen Erhöhung der Sozialabgaben, sondern auch zu einer spektakulären Expansion des Bildungswesens gekommen ist. Zu vermuten ist sicherlich, daß die parallele Entwicklung von wachsender Abgabenlast und steigender sozialer Mobilisierung das sozialpolitische Bewußtsein und Artikulationsvermögen der Bürger erheblich geschärft hat. Ob das tatsächlich zutrifft und welches Verhältnis die Bürger heute zu den sozialen Sicherungsinstitutionen haben, ist zu allererst eine empirische Frage.

In der sozialpolitischen Praxis treten allerdings immer wieder mehr oder weniger plausible *Verhaltensannahmen* an die Stelle gesicherten empirischen Wissens. Das jüngste Beispiel hierfür bieten die Berichte der *Enquête-Kommission* zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (BTdrs. 11/3267; 11/6380). Die Kommission überträgt umstandslos eine Reihe von Annahmen, die in gesundheitsökonomischen Betrachtungen üblich und für entscheidungstheoretische Aussagen auch sinnvoll sind, als Tatsachenbehauptungen in die Realität. So geht sie z. B. davon aus, daß die Versicherten über die Beiträge und Leistungen der Kassen hinreichend gut

informiert sind, um äußerst sensibel auf Veränderungen des Beitragssatzes zu reagieren. Schon Beitragssatzschwankungen von einem halben Prozentpunkt genügen angeblich, um massive Wanderungen zwischen den Kassen in Gang zu setzen, ja, um den Beitragssatz zur wichtigsten Determinante der Kassenwahl werden zu lassen (BTdrs. 11/3267: 422; BTdrs. 11/6380: 211). Darüber hinaus wird den Versicherten unter Berufung auf die Entwicklung der Mitgliederzahlen bei den einzelnen Kassenarten eine „rege Wahrnehmung von Optionsmöglichkeiten“ attestiert (BTdrs. 11/6380: 189). Schließlich heißt es: „Die Wahl eines anderen Versicherungsträgers durch den — rational handelnden — Versicherten erfolgt dann, wenn der Wechsel individuelle Vorteile verspricht“ (ebd.).

Das Problem ist nun, daß über die tatsächlichen Verhaltensorientierungen der Bürger im Sozialstaat empirisch nur sehr wenig bekannt ist. Repräsentative Bevölkerungsumfragen, die Auskunft darüber geben könnten, was z. B. die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung dazu veranlaßt, Mitglied einer bestimmten Kasse zu werden, wie sie Beiträge und Leistungen ihrer Kasse wahrnehmen und unter welchen Bedingungen sie zum Wechsel der Kasse bereit wären, sind entweder nicht vorhanden oder fristen als „graue Literatur“ ein Schattendasein in verstaubten Archiven von Ministerien oder Verbänden. Der Schlußbericht der Enquête-Kommission hat daher auch unterstrichen, wieviel an den Annahmen über das Versichertenverhalten spekulativ bleibt. Mit einem gewissen Zögern bekannte sich die Kommission daher zur „unabweisbaren Notwendigkeit“ repräsentativer Umfragen (BTdrs. 11/6380: 212).

* Die Autoren sind Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln.

Article by an MPIfG researcher

Jens Alber, Andreas Ryll: Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung: Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls? In: Sozialer Fortschritt 39(7), 165-172 (1990). Duncker & Humblot
The original publication is available at the publisher's web site: <https://www.jstor.org/stable/24510026>

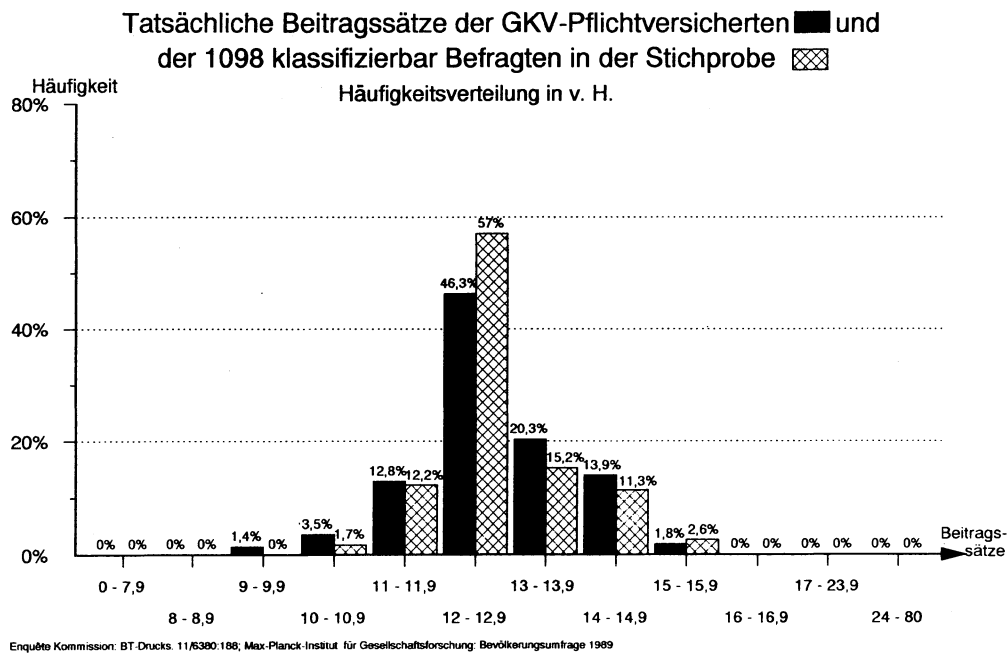


Abbildung 1

Eine kürzlich vom *Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung* in Auftrag gegebene Umfrage vermag nun etwas zur Aufklärung beizutragen¹. Im Rahmen des von ZUMA/Mannheim gesteuerten „Sozialwissenschaftlichen-Bus“ wurden im November/Dezember 1989 2028 Bundesbürger, die einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt darstellen, danach befragt, wie sie ihre Krankenkassen wahrnehmen und was sie über sie wissen. 209 Personen gaben an, krankenversichert zu sein, 1904 nannten ihre Krankenkasse. Neben 1107 Pflichtversicherten gaben 209 freiwillig Versicherte, 524 mitversicherte Familienmitglieder und 169 private Versicherte Auskunft. Unser Forschungsinteresse galt insbesondere drei Fragen: 1. Wie gut sind die Bürger über die Beitragssätze ihrer Kassen informiert? 2. Wie groß ist ihre Bereitschaft zum Wechsel der Kasse? 3. Was sind die Determinanten der Kassenwahl? Im folgenden wird berichtet, welche Antworten sich auf diese Fragen ergaben.

1. Die Wahrnehmung der Beitragsbelastung

Die Beitragssätze der GKV liegen in der Realität zwischen 8 und 16 Prozent. Diese beträchtliche Spannweite kommt allerdings nur durch einige wenige Ausnahmefälle zustande. Für die große Mehrheit der pflichtversicherten Kassenmitglieder — 93 v.H. — gelten Beitragssätze zwischen 11 und 15 Prozent. Am häufigsten ist die Beitragssatzklasse von 12 bis 13 Prozent besetzt, auf die knapp die Hälfte aller Versicherten entfallen. Unter 11 Prozent liegt die Belastung nur für knapp 5 v.H., über 15 Prozent für knapp 2 v.H. der GKV-Pflichtmitglieder (Endbericht der Enquête-Kommission, BTdrs. 11/6380: 188).

Unsere Befragung erlaubte ursprünglich keine Aussage darüber, wie hoch der tatsächliche Beitragssatz für die 2028 Befragten ist. Um dieser Frage nachzugehen, mußten die tatsächlichen Beitragssätze der einzelnen Kassen getrennt erhoben werden². Für 1098 Befragte war der jeweils gültige Beitragssatz zuzuordnen³. In *Abbildung 1* sind zwei Häufigkeitsverteilungen gegenübergestellt, die die Repräsentativität der Stichprobe gut veranschaulichen: Während die dunklen Balken die Verteilung der Beitragssätze für GKV-Pflichtmitglieder insgesamt zeigen, wie sie die Enquête-Kommission für das Jahr 1989 berichtet (BTdrs. 11/6380: 188), ist die Häufigkeitsverteilung der für die Stichprobe ermittelten realen Beitragssätze mit einem Rautenmuster dargestellt⁴.

Die häufig hervorgehobenen Beitragssatzunterschiede in der GKV sind ein wesentliches Merkmal unseres

gegliederten Versicherungssystems. Sie sind — wenn man vom kassenartenübergreifenden Ausgleich für die Rentnerversicherung absieht — in den letzten Jahren beträchtlich angewachsen⁵. Da inzwischen rund die Hälfte aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung über individuelle Kassenwahlfreiheit verfügt (BTdrs. 11/6380: 189), wäre zu erwarten, daß sich die Versicherten über die bedeutsamer werdenden Beitragssatzunterschiede informieren und von ihren Wahlmöglichkeiten regen Gebrauch machen. In welchem Maße dies tatsächlich geschieht, ist aber eine offene empirische Frage.

Die repräsentative Umfrage zeigt, daß die meisten Bürger nach wie vor keine konkrete Vorstellung von der Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung haben. Auf die Frage nach der Höhe des Beitragssatzes⁶

¹ Unseren Kollegen Gunnar Barg, Jürgen Bienzeisler, Bruno Egger, Andreas Hustadt und Bernd Meisheit danken wir für ihre Hilfe bei der Aufbereitung und Analyse der Daten. Unserer Kollegin Cynthia Lehmann gebührt Dank für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Tabellen.

² Den Verbänden der Kassen sei an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung gedankt.

³ Wo AOK- und IKK-Mitglieder den Ort, bzw. BKK-Mitglieder den genauen Betrieb nannten, wurden die von den Verbänden übermittelten realen Beitragssätze in den Datensatz eingefügt und den einzelnen Befragten zugeordnet. Für die Ersatzkassenmitglieder konnten problemlos die bundesweit geltenden Beiträge ihrer Kassen eingesetzt werden. Die relativ komplizierten Beitragsregelungen der landwirtschaftlichen und knappschaftlichen Kassen erlaubten dagegen keine zweifelsfreie Zuordnung.

⁴ Die Stichprobe zeigt gegenüber der Grundgesamtheit einen ähnlichen Mittelwert, jedoch eine geringere Standardabweichung. Dies ist darauf zurückzuführen, daß der objektive Beitragssatz häufiger für Ersatzkassenmitglieder ermittelt werden konnte als für AOK-Mitglieder und daß die Beitragssätze der Ersatzkassen in geringerem Maße streuen als die der Ortskrankenkassen.

⁵ Vgl. zum Auseinanderdriften der Beitragssätze verschiedener Kassenarten die Daten im Jahresgutachten des Sachverständigenrates 1989: 118 sowie S. 176-177.

⁶ Die Frage lautet: „Die von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge sind ja als Prozent des Arbeitseinkommens bemessen und unterscheiden sich von Kasse zu Kasse. Können Sie mir sagen, wie hoch der Beitragssatz in Prozent ist, den Ihre Kasse verlangt?“

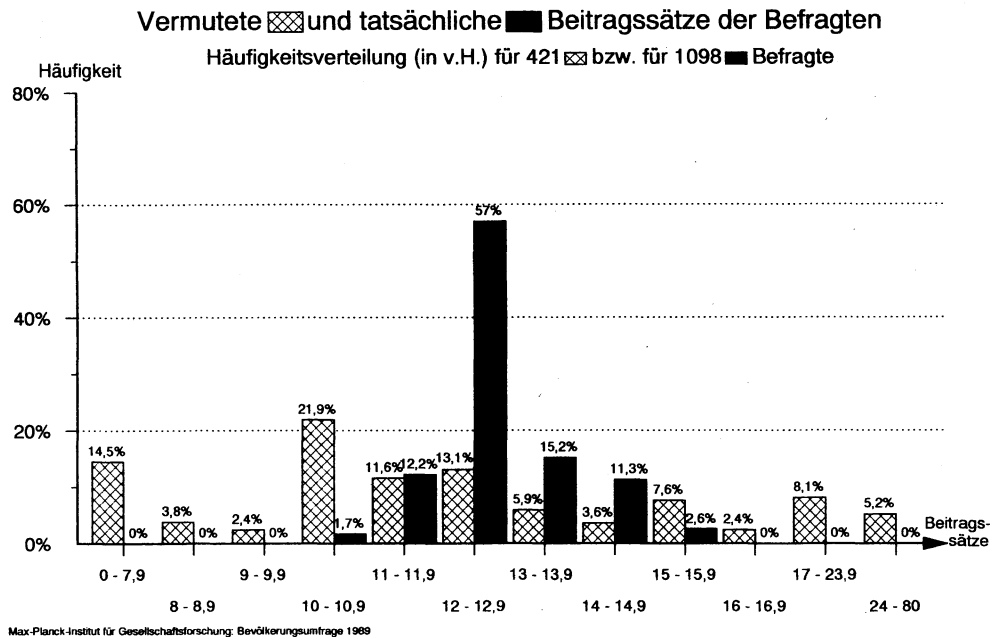


Abbildung 2

geben 70 v.H. der Befragten keine präzise Auskunft (vgl. Tabelle 1). Nur 21 v.H. wissen einen konkreten Prozentsatz zu nennen. Für 169 private Versicherte und 19 nicht krankenversicherte Personen traf die Frage nicht zu. Die aktiv Versicherten sind zwar etwas besser informiert als mitversicherte Familienmitglieder, aber auch unter ihnen sind etwa drei Viertel zu keiner konkreten Angabe in der Lage. Auffallend ist auch, daß die über Wahlmöglichkeiten verfügenden freiwillig Versicherten nicht besser Bescheid wissen als die Pflichtversicherten (s. Tabelle 1).

Wie groß das Ausmaß der Unsicherheit über die Beitragssatzhöhe ist, resultiert auch aus der beträchtlichen Streubreite der gemachten Angaben (vgl. Abbildung 2). Während die realen Beitragssätze für 1098 Befragte eng um den am häufigsten besetzten Bereich von 12-12,9 Prozent streuen, verteilen sich die vermuteten Beitragssätze — die von 421 Personen berichtet wurden — sehr viel breiter und gleichmäßiger, ohne auf einen bestimmten Bereich konzentriert zu sein.

Von Interesse ist nun, wie *realistisch* die Vorstellungen derjenigen sind, die eine konkrete Angabe gemacht haben. Diese Frage kann hier auf zweifache Weise untersucht werden. Zum einen läßt sich ein „mildes“ Maß für Realismus konstruieren, das zeigt, welcher Anteil der Befragten realitätsgerechte Vorstellungen im Rahmen der GKV-Beitragsmarge von 8 bis 16 Prozent hat. Zum zweiten läßt sich analysieren, wie stark die Befragten mit ihrer Einschätzung vom geltenden Beitragssatz ihrer Kasse abweichen. Für dieses zweite, „strenge“ Maß für Realismus sind die getrennt recherchierten tatsächlichen Beitragssätze der einzelnen Kassen heranzuziehen, die — wie erwähnt — für 1098 Befragte vorliegen und den von 421 Personen gemachten Angaben zur vermuteten Beitragshöhe gegenübergestellt werden können. Als Schnittmenge beider Informationen — real geltende und vermutete Beitragssätze — ergeben sich 284 nach beiden Variablen klassifizierbare Fälle⁷.

Betrachten wir zunächst die Ergebnisse im Sinne des ersten und milderen Maßes für Realismus. Angaben innerhalb der in der Realität tatsächlich anzutreffenden Marge von 8 bis 16 Prozent macht nur etwa jeder sechste Befragte (vgl. Tabelle 2). Weder unter den Pflichtversicherten noch unter den freiwillig Versicherten erreicht die Quote der den Beitragssatz in diesem Sinne realistisch einschätzenden Personen auch nur 20 v.H. Realitätsgerechte Vorstellungen im Sinne des enger umgrenzten Kernbereichs von 11 bis 15 Prozent, der für die große Mehrheit der Versicherten tatsächlich gilt, haben weniger

als 10 v.H. der Befragten. Lediglich unter den freiwillig Versicherten übertrifft die Quote der in diesem Sinne gut Informierten 10 Prozent. Die mitversicherten Familienmitglieder sind erwartungsgemäß noch deutlich schlechter informiert als die aktiv Versicherten.

Aufschlußreich ist nun, wie stark die Befragten mit ihrer Einschätzung im Sinne unseres zweiten, strengen Maßes für Realismus vom tatsächlich für sie geltenden Beitragssatz ihrer Kasse abweichen. Das zeigt die Abbildung 3⁸. Hier fällt zunächst auf, daß die große Mehrheit der (klassifizierbaren) Befragten den Beitragssatz deutlich *unterschätzt*. Insgesamt rund 68 v.H. vermuteten den Beitragssatz niedriger als er tatsächlich ist. Nur ein Viertel der Befragten überschätzt ihn. In rund 7 v. H. aller klassifizierbaren Fälle werden exakt zutreffende Angaben gemacht.

Nur 51 Befragte schätzen den für sie geltenden Beitragssatz mit einer Genauigkeit von plus/minus einem halben Prozentpunkt korrekt ein. Das entspricht 18 v. H. aller 276 klassifizierbaren Fälle oder knapp 3 v. H. aller 1840 GKV-Mitglieder im Sample. Nur eine kleine Minderheit unter den Versicherten weiß den Beitragssatz also mit jener Genauigkeit anzugeben, die von der Enquête-Kommission als kritischer Schwellenwert für die Auslösung von Wanderungsbewegungen erachtet wird⁹. Bezieht man

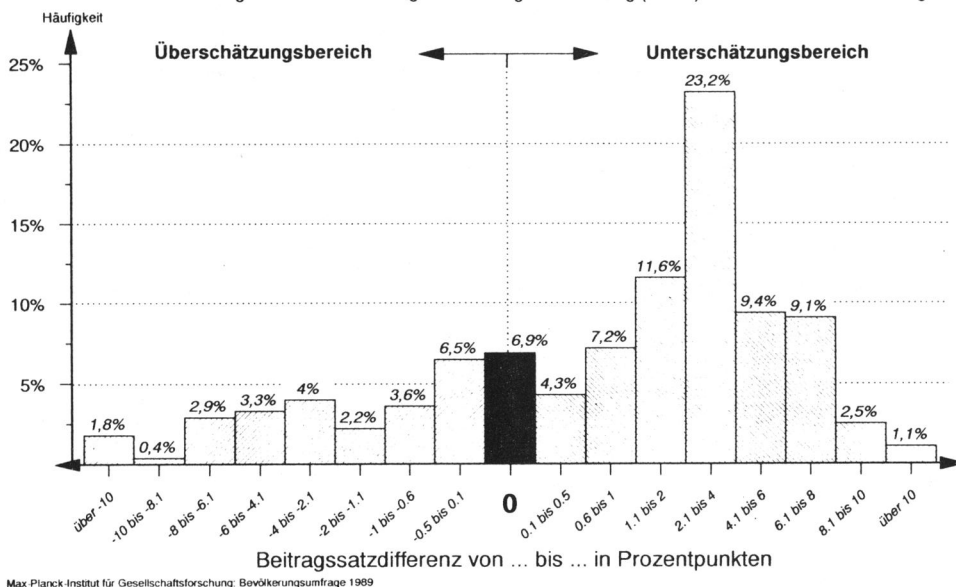
⁷ Das entspricht 67,5 v.H. aller 421 möglichen Fälle, für die die Ermittlung der Differenz zwischen vermutetem und tatsächlich geltendem Beitragssatz prinzipiell möglich war. 814 derjenigen, für die der reale Beitragssatz ermittelt werden konnte, antworteten auf die Frage nach der vermuteten Beitragshöhe mit „weiß nicht“ oder „keine Angabe“. Dagegen blieb für 137 derjenigen, die eine Einschätzung berichteten, die reale Beitragshöhe ungewiß — entweder, weil die Befragten zu ungenaue Angaben über den Ort oder den Betrieb ihrer Krankenkasse machten, oder weil sie Mitglied landwirtschaftlicher oder knappschaftlicher Kassen mit variabler und daher nicht zweifelsfrei individuell zuordnungsfähiger Beitragshöhe waren.

⁸ 8 Personen — 2,8 v. H. der insgesamt 284 klassifizierbaren Befragten —, die den realen Beitragssatz um mehr als 30 Prozentpunkte überschätzten, bleiben hier unberücksichtigt, weil sie vermutlich die Frage mißverstanden haben und mit ihrer Antwort auf den Verteilungsschlüssel zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen abzielten.

⁹ 79 v. H. (n = 225) der hier Klassifizierten liegen mit ihren Angaben außerhalb dieser Bandbreite.

Beitragssätze: Differenz zwischen Wahrnehmung und Realität

Tatsächlicher abzüglich vermuteter Beitragssatz: Häufigkeitsverteilung (in v.H.) für 276 klassifizierbar Befragte



Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung: Bevölkerungsumfrage 1989

Abbildung 3

diejenigen unter den GKV-Versicherten, die keine Antwort auf die Frage nach dem Beitragssatz gaben (n = 22) oder mit „weiß nicht“ antworteten (n = 1397), mit ein, so vermochten 1652 Personen oder 90 v.H. der 1840 Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen keine realistische Angabe zur Höhe der Beitragsbelastung im Sinne dieser Abgrenzung zu machen¹⁰. Die überwältigende Mehrheit der Versicherten bewegt sich demnach mit ihren Vorstellungen außerhalb der Marge, ab der der Beitragssatz nach Einschätzung der Enquête-Kommission zur wichtigsten Determinante der Kassenwahl wird¹¹.

Zu klären bliebe, welche Faktoren das Informationsverhalten und den Kenntnisstand der Versicherten beeinflussen. Anzunehmen ist, daß hier zumindest drei Faktoren von Bedeutung sind, nämlich der Versicherungsstatus, die Höhe der Beitragsbelastung und die Art der Kasse, deren Mitglied man ist. Aktive Mitglieder, die über die Wahlfreiheit einer Kasse verfügen, haben vermutlich mehr Anlaß, sich über die Höhe der Beiträge zu informieren als Pflichtmitglieder ohne Wahlmöglichkeit oder mitversicherte Familienmitglieder. Nach der gleichen Logik wäre auch zu erwarten, daß die Mitglieder von Ersatzkassen in der Regel besser informiert sind als die Mitglieder der Ortskrankenkassen. Gesundheitsökonomischen Vorstellungen zufolge wäre schließlich zu vermuten, daß die Versicherten ceteris paribus um so besser Bescheid wissen, je höher die Beitragsbelastung ist. Der Realitätsgehalt dieser Vorstellungen soll im folgenden überprüft werden.

Betrachten wir zunächst, ob der Kenntnisstand der Befragten mit dem *Versicherungsstatus* variiert. Hier zeigen sich zwischen Pflichtversicherten und den mitversicherten Familienmitgliedern kaum Unterschiede (vgl. Tabelle 3). Deutlich heben sich dagegen die freiwillig Versicherten durch einen besseren Kenntnisstand ab. Im Bereich einer Realitätsabweichung von höchstens einem Prozentpunkt bewegen sich 24 v.H. der (194 klassifizierbaren) Pflichtversicherten und 28 v.H. der (50) Familienmitglieder, aber 45 v.H. der 40 klassifizierbaren freiwillig Versicherten. Die Annahme, daß die über Wahlmöglichkeit verfügenden freiwillig Versicherten besser informiert sind als mitversicherte Familienmitglieder oder Pflichtversicherte, wird damit bestätigt.

Die Höhe der Beitragslast beeinflusst den *Realismus der Einschätzung* dagegen nicht wie erwartet. Gerade auf der niedrigsten Beitragsstufe ist der Anteil derjenigen, die den Beitragssatz nicht wissen oder dazu keine realitätsgerechte Angabe machen, am kleinsten. Wie der Anteil unreali-

stischer Angaben im einzelnen mit der Höhe des tatsächlich geltenden Beitrages variiert, zeigt die *Tabelle 4* im Anhang.

Die Folgenlosigkeit der Beitragshöhe für den Informationsgrad bestätigt sich auch, wenn man den Grad des Realismus im strengen Sinn durch die *Marge der Abweichung* zwischen vermutetem und tatsächlichem Beitragssatz mißt. Auch in diesem Fall wächst der Realitätssinn der Versicherten nicht mit der Beitragslast. Wie die *Tabelle 5* zeigt, ergeben sich auf höheren Beitragsniveaus eher unterdurchschnittliche Anteile realistischer Einschätzungen¹². Eine Regressions- und Korrelationsanalyse bestätigt, daß die Marge der Fehleinschätzung mit der Höhe der tatsächlichen Beitragsbelastung zunimmt¹³. Der Korrelationskoeffizient zwischen der Beitragshöhe und dem Ausmaß der Verschätzung¹⁴ ist zwar niedrig, aber signifikant *positiv* ($r = .18$, $b = .44$, $Sig. = .003$). Eine stärkere Beitragsbelastung führt demnach nicht zu einem höheren Informationsgrad der Versicherten.

Die politisch recht intensive und von den Medien im Rahmen der Gesundheitsreform auch verbreitete Diskussion um Beitragssatzunterschiede der Krankenversicherung scheint nach diesen Ergebnissen an der Mehrheit der Versicherten weitgehend spurlos vorbeigegangen zu sein. Auch die Mitglieder verschiedener Kassen unterscheiden sich in ihrem Kenntnisstand nur wenig. In keiner Kasse erreicht der Anteil derjenigen, die realistische Vorstellungen

¹⁰ Weitere 137 Personen, entsprechend 7,4 v.H. der GKV-Versicherten, konnten nicht klassifiziert werden, da für sie der tatsächliche Beitragssatz nicht vorlag. Selbst wenn man sie ausnahmslos zu den Realisten rechnet, erreicht die Quote der Beitragssatz-Realisten in der Stichprobe nur maximal 10,2 v.H. aller GKV-Versicherten.

¹¹ Auch bei einer Verdoppelung dieser Schwellenwerte auf die Marge ± 1 Prozentpunkt bleibt der Anteil derer, die eine korrekte Einschätzung ihres Beitragssatzes besitzen, deutlich unter 30 Prozent der klassifizierbar Befragten bzw. bei 4 v.H. aller GKV-Versicherten (n = 79; vgl. Tabelle 3).

¹² „Realismus“ ist hier operationalisiert durch die Bandbreite der Abweichung von weniger als einem Prozentpunkt nach oben oder nach unten.

¹³ Die Fälle, in denen ein Beitragssatz von über 25% vermutet wurde, blieben als mutmaßliche Mißverständnisse von der Analyse ausgeschlossen.

¹⁴ Die Abweichung wurde für diese Analyse kardinal als Absolutbetrag der Differenz gemessen.

gen von der Höhe der Beitragssätze — im Sinne unseres milden Maßes für Realismus — haben, auch nur 20 v.H. (vgl. *Tabelle 6*). Zwar geben die Mitglieder der Ersatzkassen seltener an, die Beitragshöhe nicht zu wissen, dafür machen sie aber häufiger irrealer Angaben. Überzeugende Anzeichen dafür, daß Ersatzkassenmitglieder besser informiert sind als die Versicherten der Ortskrankenkassen, finden sich nicht.

Eine genauere Analyse des Informationsstandes der Versicherten wird mit Hilfe des zweiten, strengen Maßes für Realismus möglich. Allerdings läßt die Berücksichtigung der kassenspezifisch geltenden Beitragssätze die Untersuchungsgruppe wieder auf 284 Befragte schrumpfen, für die Angaben über den tatsächlichen und den wahrgenommenen Beitragssatz vorliegen. Hier zeigt sich, daß die Ersatzkassenmitglieder den Beitragssatz etwas realitätsgerechter einzuschätzen wissen als die Mitglieder der Ortskrankenkassen. Erneut zeigt sich darüber hinaus die allgemeine Tendenz zur *Unterschätzung* der Beitragshöhe. Durch besonders optimistische Annahmen fallen die Mitglieder der Deutschen Angestelltenkrankenkasse auf (vgl. *Tabelle 7*).

Die Wahrnehmung ökonomisch durchaus wichtiger Kassenparameter bleibt in der Realität demnach reichlich schemenhaft. Zu überlegen wäre aber, ob sich die Aufmerksamkeit der Versicherten weniger auf den Beitragssatz als vielmehr auf den jeweiligen Absolutbetrag des Beitrags konzentriert. Tatsächlich ist die Zahl der Angaben zur Absoluthöhe der Beiträge mit 494 etwas höher als die Zahl der Auskünfte zum Beitragssatz ($n = 421$). Realitätsnahe Angaben im Bereich zwischen über 80 und unter 370 DM machen jedoch lediglich 384 Befragte entsprechend 29 v.H. aller aktiv Versicherten¹⁵.

Das von der Enquête-Kommission gezeichnete Bild, wonach die Versicherten bestens informierte Konsumenten des Kassenangebots sind, die Vor- und Nachteile verschiedener Kassen aufmerksam im Blick haben und auf der Suche nach der günstigsten Alternative stets zum Wechsel bereit sind, wird durch diese Ergebnisse erheblich relativiert. Die Frage, wie groß die Wechselbereitschaft der Versicherten tatsächlich ist, soll nun etwas eingehender untersucht werden. Grundlage der Auswertung sind die Antworten auf die Frage: „Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihre jetzige Kasse zu wechseln?“

2. Die Bereitschaft zum Kassenwechsel

In der von Franz-Xaver Kaufmann durchgeführten Befragung des Jahres 1963 zeigte sich nur eine kleine Minderheit der Befragten zum Wechsel der Kasse bereit. Nur 7 v.H. nannten damals eine Kasse, in der sie lieber wären, 3 v.H. machten keine Angabe, während 90 v.H. angaben, in keiner anderen Kasse sein zu wollen (Kaufmann 1973: 253)¹⁶. Für 1989 zeigt unsere Befragung eine noch geringere Wechselbereitschaft. Nur knapp 4 v.H. der Befragten gaben an, schon einmal an einen Wechsel gedacht zu haben. 95 v.H. antworteten explizit mit „Nein“. Den stärksten Traditionalismus legen die mitversicherten Familienmitglieder an den Tag, unter denen nur 2.7 v.H. einen Wechsel der Kasse in Betracht ziehen. Auch unter den aktiv Versicherten ist die Bereitschaft zum Wechsel aber kaum größer. Hier sind es 3.8 v.H. der Pflichtversicherten und 6.2 v.H. der freiwillig Versicherten, die schon einmal an einen Wechsel dachten. Überraschenderweise hält sich die Wechselbereitschaft auch unter den Privatversicherten in engen Grenzen. Nur 3 v.H. unter ihnen geben an, schon einmal einen Wechsel erwogen zu haben¹⁷.

Der ausgeprägte Traditionalismus mit starker Verhaftung in der einmal gewählten bzw. zugeteilten Kasse gilt für die Versicherten aller Kassen in ähnlichem Maße (vgl. *Tabelle 8*). Auffallende Unterschiede in der Wechselbereitschaft lassen sich nicht finden. Am seltensten haben die Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen an einen Wechsel gedacht. Das signalisiert vermutlich weniger große Zufriedenheit mit ihrer Kasse als Einsicht in die für sie begrenzten Möglichkeiten des Wechsels.

Die Bereitschaft zum Wechsel nimmt mit steigender Beitragsbelastung zu (vgl. *Tabelle 9*). Dennoch bleibt sie

auf jedem Beitragsniveau die Position einer kleinen Minderheit von weniger als 10 Prozent. Eine differenzierte Analyse nach kleineren Beitragsklassen wäre wünschenswert, wird aber durch die kleinen Fallzahlen vereitelt. Eine verfeinerte Auswertung zeigt aber, daß die Bereitschaft zum Wechsel nicht monoton mit der Höhe der wahrgenommenen Beitragslast steigt. Der höchste Anteil Wechselbereiter (15 v.H.) ergibt sich in der Gruppe der den Beitragssatz zwischen 12 und 13 Prozent vermutenden Personen ($n = 55$).

Auch die tatsächliche Höhe der Beiträge hat auf die Wechselbereitschaft keinen eindeutigen Einfluß. So nimmt der Grad des Kassentraditionalismus nicht konsistent mit steigender Höhe der Beiträge ab (vgl. *Tabelle 10*). Die größte Wechselbereitschaft ergibt sich vielmehr in der Gruppe mit den zweitniedrigsten Beitragssätzen. Die Gruppe mit der objektiv höchsten Beitragsbelastung zeichnet dagegen sogar eine leicht überdurchschnittliche Verhaftung in der Mitgliedschaftskasse. Angesichts der allgemein starken Verhaftung in der einmal „gewählten“ Kasse gewinnt die Frage an Interesse, was die Versicherten dazu veranlaßt, in ihrer Kasse Mitglied zu werden. Diese Frage soll abschließend untersucht werden.

3. Determinanten der Kassen„wahl“

Um die Determinanten der Kassenwahl zu ergründen, wurde die Frage gestellt: „Was hat Sie dazu veranlaßt, gerade in dieser Kasse Mitglied zu werden? Bitte nennen Sie den wichtigsten Grund nach dieser Liste.“ Dazu wurden 13 Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die sich danach klassifizieren lassen, ob eher eine Fremd- oder Selbstbestimmung bei der Kassenwahl vorherrschte. Die außerhalb der Kontrolle der Befragten liegenden Gründe deuten auf *kollektive Zwänge*¹⁸ hin, während die vom einzelnen kontrollierbaren Gründe eher *individuelle Wahlentscheidungen*¹⁹ ausdrücken. Drei *übrige Gründe*²⁰ waren nicht in diese Dichotomie einzuordnen.

Die Auswertung zeigt, daß individuelle Gründe als Determinante der Kassenmitgliedschaft nur selten zum Zuge kommen (vgl. *Tabelle 11*). In fast zwei Dritteln der klassifizierbaren Fälle werden vom einzelnen nicht kontrollierbare kollektive Gründe genannt. Das bestätigt den von Franz-Xaver Kaufmann (1973: 346, 352) in etwas anderem Kontext diagnostizierten „Fatalismus“ vieler Krankenversicherter. Individuelle Gründe der Kassen-

¹⁵ Die Frage nach der absoluten Beitragshöhe lautete: „In der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen ja Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der Regel jeweils die Hälfte der Beiträge. Können Sie mir ungefähr sagen, wieviel DM Sie persönlich ohne Arbeitgeberbeiträge im Monat als Beitrag an Ihre Kasse zahlen?“ Diese Frage wurde nur den Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten in der GKV (die hier zusammenfassend „aktiv Versicherte“ genannt werden) gestellt. Bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 4575,— DM und einem Beitragssatz von 16% errechnet sich ein maximal möglicher Arbeitnehmerbeitrag von 366,— DM pro Monat. Der durchschnittliche Gesamtbeitrag je GKV-Mitglied (für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen) lag 1988 bei monatlich 289,— DM (errechnet nach *Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* 1989: 162).

¹⁶ Die Frage lautete damals: „Würden Sie gerne in einer anderen Krankenversicherung sein?“

¹⁷ Auf die Privatversicherten kann hier nicht näher eingegangen werden. Denkbar ist, daß die Preisdifferenzen zwischen privaten Krankenversicherungen so gering sind, daß sich die Informationskosten für die Versicherten nicht lohnen.

¹⁸ Ich hatte keine Wahl; — das war da, wo ich herkomme, so üblich; — das hat der Arbeitgeber so bestimmt; — die Mitversicherung bei einem Familienmitglied.

¹⁹ Die Kasse war mir sympathisch; — die gute Mitgliederbetreuung der Kasse; — der niedrige Beitragssatz; — die günstigen Leistungen; — das Ansehen der Kasse in der Öffentlichkeit; — die gute Behandlung der Kassenmitglieder beim Arzt.

²⁰ Das war das einfachste; — die Gesundheitsreform; — anderer Grund.

wahl werden nur in reichlich einem Fünftel aller Fälle genannt. Nur 4 v.H. der Befragten nennen den von der *Enquête-Kommission* für so bedeutsam erachteten Beitragssatz als wichtigsten Grund der Kassenwahl. Unter 13 möglichen Gründen rangiert der Beitragssatz damit auf Rang 10. Als praktisch genauso wichtig wird die Mitgliederbetreuung der Kasse eingeschätzt. Deutlich unwichtigere Determinanten der Mitgliedschaft als der Beitragssatz sind lediglich die Behandlung beim Arzt, das Ansehen der Kasse in der Öffentlichkeit und die in keinem Fall genannte Gesundheitsreform.

4. Fazit

In der sozialpolitischen Praxis spielt die Verhaltensannahme eines Kosten und Nutzen vorhandener Kassenangebote rational kalkulierenden Krankenversicherten eine große Rolle. Diese Hypothese läßt sich für die Versicherten der GKV aber nicht bestätigen. In der Realität sind die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung über die Beitragssatzgestaltung ihrer Kassen wenig informiert. Die Mitgliedschaft in einer bestimmten Kasse ist selten frei gewählt und wird meist als durch äußere Umstände bedingt hingenommen. Die Wechselbereitschaft ist verschwindend gering. Die Versicherten verstehen sich anscheinend eher als Hinterrasse kollektiver Entscheidungen, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen. In ihrer Kasse sind sie meist traditionalistisch verwurzelt, so daß sie einen Wechsel nur in seltenen Ausnahmen in Betracht ziehen.

Diese Befunde stehen nicht unbedingt im Widerspruch zur Annahme, das Versicherungsverhalten sei von rationalen Handlungskalkülen bestimmt. In bestimmten Situationen oder Kontexten auf Rationalität zu verzichten, kann durchaus rational sein. Die Organisation unseres Gesundheitswesens zwingt die Krankenversicherten ja nicht dazu, sich auf das Überleben in marktgesteuerter medizinischer Versorgung einzustellen. Der korporatistisch organisierte Sozialstaat der Bundesrepublik macht nicht massenhaft individuelle Akteure, sondern die Führungsstäbe weniger Schlüsselverbände zu zentralen Entscheidungsträgern. Die Befragten scheinen sich dessen in stärkerem Maße bewußt zu sein als Politiker oder Verbandsvertreter, die ihre Entscheidungen unter Bezug auf vorgebliche Interessen der Versicherten legitimieren. Der einzelne Versicherte informiert sich über die Realität nur ungenau und neigt gegenüber der Krankenversicherung

heute wie in den sechziger Jahren zu einer traditionalistischen und „fatalistischen“ Haltung. Man kann diesen durch die repräsentative Befragung ans Licht gebrachten Tatbestand durchaus als eine rationale Anpassung an den im deutschen Gesundheitswesen vorherrschenden Korporatismus interpretieren. Damit zeigt sich aber auch, daß die Verhaltensannahmen der Gesundheitsökonomie nur kontextspezifische Geltung beanspruchen können, auf deren empirische Überprüfung nicht verzichtet werden darf.

Literatur:

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1989): Arbeits- und Sozialstatistik — Hauptergebnisse 1989. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1988): Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. Bonn: Drucksache 11/3267.

— (1990): Endbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. Bonn: Drucksache 11/6380.

Huppertz, Paul-Helmut/Jaschke, Heinz/Kops, Manfred (1981): Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht 52 Gesundheitsforschung. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Kaufmann, Franz-Xaver (1969): Reaktionen und Motivationen der Bevölkerung gegenüber sozialpolitischen Umverteilungsmaßnahmen. Dortmund: Sozialforschungsstelle an der Universität Münster (vervielfältigt).

— (1973): Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Stuttgart 1973: Enke.

Reiners, Hartmut (1987): Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos.

Anhang

Tabelle 1
Die Kenntnis des Beitragssatzes in der GKV (in v.H.)

	Versicherungsstatus						N
	Pflicht-versich.	Freiwill. Versich.	Mitvers. Fam.mit.	Privat-vers.	Ohne Vers.	Insge-samt	
Weiß nicht	72,4	74,2	84,2	—	—	68,9	1397
Keine Angabe	1,2	1,4	1,2	—	—	1,1	22
Nennung eines Beitrags	26,5	24,4	14,7	—	—	20,8	421
Trifft nicht zu				100,0	100,0	9,3	188
N	1107	209	524	169	19		2028

Tabelle 2
Realitätsgehalt der Beitragssatzschätzung (in v.H.)

	Versicherungsstatus						N
	Pflicht-versich.	Freiwill. Versich.	Mitvers. Fam.mit.	Privat-vers.	Ohne Vers.	Insge-samt	
Im realistischen Bereich (Marge 8–16 %)	19,1	18,7	10,3	—	—	15,0	304
Im unrealistischen Bereich (<8 od > 16 %)	6,0	4,3	3,6	—	—	4,7	95
Mutmaßliches Mißverständnis ^{a)}	1,4	1,4	0,8	—	—	1,1	22
Ohne konkrete Angabe	73,6	75,6	85,4	100,0	100,0	79,2	1607
N	1107	209	524	169	19		2028

Nachrichtlich:
Im Kernbereich 11–14,9 % (%)

^{a)} Die 22 Befragten, die Beitragssatzschätzungen von über 25 % angaben, haben die Frage vermutlich mißverstanden und den vermuteten Verteilungsschlüssel zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern berichtet. 12 Personen machten Angaben von 50 % oder mehr, 2 unter ihnen nannten 70 und 80 %.

Tabelle 3
Realismus der Beitragssatzschätzung nach Versicherungsstatus (in v. H.)

	Versicherungsstatus				N
	Pflichtversich.	Freiwill. Versich.	Mitvers. Fam.mit.	Insgesamt	
Abweichung bis zu 1 Prozentpunkt	23,7	45,0	28,0	27,8	79
Abweichung über 1 bis zu 3 Prozentpunkten	35,1	27,5	38,0	33,5	95
Abweichung von mehr als 3 Prozentpunkten	37,6	25,0	34,0	35,9	102
Mutmaßliches Mißverständnis	3,6	2,5	0,0	2,8	8
N	194	40	50		284

Tabelle 4
Realitätsgehalt der Beitragssatzschätzung nach Beitragsbelastung (in v. H.)

	Tatsächlicher Beitragssatz				Insgesamt	N
	Unter 12,0	12,0-12,9	13,0-13,9	Über 13,9		
Ohne Auskunft	71,9	74,1	77,8	72,4	74,1	814
Unrealistische Angabe (außerhalb 8-16%)	4,6	7,4	7,2	5,9	6,7	74
Summe unrealistischer Angaben	76,5	81,5	85,0	78,3	80,8	888
Im realistischen Bereich (8-16%)	23,5	18,5	15,0	21,7	19,1	210
N	153	626	167	152		1098

Tabelle 5
Beitragssatzkenntnis nach tatsächlicher Beitragsbelastung (in v. H.)

	Tatsächlicher Beitragssatz				Insgesamt	N
	Unter 12,0	12,0-12,9	13,0-13,9	Über 13,9		
Realistisch (Abweichung unter +/-1%)	46,5	21,6	16,2	31,0	26,1	74
Unrealistisch	53,5	78,4	83,8	69,0	73,9	210
N	43	162	37	42		284

Tabelle 6
Realitätsgehalt der Beitragssatzschätzung nach Kassenart (in v. H.)

	KASSE						Insgesamt	N
	AOK	BKK	IKK	DAK	BEK	Sonst.		
Realisten 8-16%	15,9	15,8	17,2	19,0	16,8	10,9	15,0	304
Weiß nicht	77,6	75,9	74,1	69,0	69,8	54,1	68,9	1397
keine Angabe	1,0	1,9	3,5	3,3	5,6	31,0	10,4	210
Unrealistische Angaben*)	5,5	6,5	5,2	8,7	7,8	3,9	5,8	117
N	817	108	58	242	232	571		2028

*) Einschließlich mußmaßlicher Mißverständnisbereich über 25%.

Tabelle 7
Beitragssatzkenntnis nach Kassenart (in v. H.)

	KASSE						Insgesamt	N
	AOK	BKK	IKK	DAK	BEK	Sonst.		
Realitätsnah (unter +/-1%)	20,6	(22,2)	(33,3)	26,9	24,6	37,5	26,1	74
Überschätzt	23,7	(22,2)	(83,3)	19,4	29,8	66,7	26,8	76
Unterschätzt	76,3	(77,8)	(16,7)	80,6	70,2	33,3	73,2	208
N	97	9	6	67	57	48		284

Tabelle 8
Wechselbereitschaft nach Kasse (in v. H.)

	KASSE						Insgesamt	N
	AOK	BKK	IKK	DAK	BEK	Sonst.		
An Wechsel gedacht	3,6	3,7	5,2	5,0	4,3	2,8	3,7	74
Nicht daran gedacht	96,4	95,4	93,1	95,0	95,3	93,7	95,2	1931
Unklassifizierbar	0,0	0,9	1,7	0,0	0,4	3,5	1,1	23
N	817	108	58	242	232	571		2028

Tabelle 9
Wahrgenommene Beitragslast und Wechselbereitschaft (in v. H.)

	Vermuteter Beitragssatz				Insgesamt	N
	Unter 11,0	11,0-14,9	15,0-23,0	Ohne klassifiz. Angabe		
An Wechsel gedacht	2,8	6,9	9,2	3,2	3,7	74
Nicht daran gedacht	96,7	93,1	90,8	95,5	95,2	1931
Unklassifizierbar	0,6	0,0	0,0	1,3	1,1	23
N	179	144	76	1629		2028

Tabelle 10
Tatsächliche Beitragslast und Wechselbereitschaft (in v. H.)

	Tatsächlicher Beitragssatz				Insgesamt	N
	Unter 12,0	12,0-12,9	13,0-13,9	Über 13,9		
An Wechsel gedacht	2,0	4,6	3,6	3,3	3,9	43
Nicht daran gedacht	97,4	95,2	96,4	96,7	95,9	1053
Unklassifizierbar	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	2
N	153	626	167	152		1098

Tabelle 11
Wichtigster Grund der Kassenmitgliedschaft

	v. H.	Rang	N
Kollektive Gründe	61,4		1 223
- ich hatte keine Wahl	21,8	1	435
- die Mitversicherung bei einem Familienmitglied	18,4	2	366
- das hat der Arbeitgeber so bestimmt	13,3	3	265
- das war da, wo ich herkomme, so üblich	7,9	5	157
Individuelle Gründe	22,2		442
- die Kasse war mir sympathisch	7,2	6	144
- die günstigen Leistungen	4,4	8	87
- die gute Mitgliederbetreuung der Kasse	4,1	9	81
- der niedrige Beitragssatz	4,0	10	80
- das Ansehen der Kasse in der Öffentlichkeit	1,8	11	36
- die gute Behandlung der Kassenmitglieder beim Arzt	0,7	12	14
Übrige Gründe	16,4		326
- das war das einfachste	11,7	4	232
- anderer Grund	4,7	7	94
- die Gesundheitsreform	-	13	-
Insgesamt	100,0		1 991

Nicht zutreffend, bzw. nicht beantwortet in 37 Fällen

PERSÖNLICHES

Mit Ablauf des Monats Juni 1990 tritt Helmut Appelt, langjähriger Mitarbeiter des Verlages Duncker & Humblot, in den verdienten Ruhestand. Von Anbeginn seiner Tätigkeit als Hersteller im Jahre 1955, somit seit dem vierten Jahre ihres Erscheinens, betreute Herr Appelt die Zeitschrift **SOZIALER FORTSCHRITT**. Der heutige Vorstand der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt und die seit dem Frühjahr 1982 mit der Zusammenstellung der Zeitschrift betraute Redakteurin waren dankbar, daß sie sich auf seine Erfahrung und die 35 Jahre währende vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Verlag und mit Herrn Appelt stützen und diese fortführen konnten. In

den letzten Jahren haben sich der Themen- und der Autorenkreis der Zeitschrift gewandelt und erweitert; Herr Appelt hat für Beständigkeit im Erscheinungsbild und für die handwerkliche Qualität der Herstellung gebürgt, auf die wir großen Wert legen.

Vorstand und Redaktion sind Herrn Appelt, der seit 1984 zugleich Geschäftsführer der zum Verlag gehörenden Berliner Buchdruckerei Union und seit Ende 1988 zweiter Geschäftsführer des Verlages war, dankbar für seine Mitwirkung an unserer Zeitschrift; sie wünschen ihm für den neuen Lebensabschnitt alles Gute.

Eve-Elisabeth Schewe

Terminvorschau

6./7. September; **Gesellschaft für Sozialen Fortschritt**, 4. Autorentreffen der Zeitschrift **SOZIALER FORTSCHRITT** im Zehnthof in Sinzig.

11./12. Oktober: Deutscher Sozialrechtsverband, Bundestagung zum Thema „Selbstverwaltung in der Sozialversicherung“ in München.

11./12. Oktober: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Partnerschaft in der Wirtschaft (AGP)/Deutsche Quality Circle Gesellschaft eV (QCG)/Institut für Management Training (IMT)/Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW)/9. Deutscher Quality Circle und Quality Management Kongreß in Bad Soden.

ISSN 0038-609X

Herausgeber: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Bonn. Verantwortlich: Dipl.-Volksw. Eve-Elisabeth Schewe. — Anschrift der Redaktion: 5300 Bonn, Bennauer Str. 31, Tel. 219729. Diese Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung des Verlages. — Verlag und Anzeigenannahme: Duncker & Humblot GmbH, Berlin 41, Dietrich-Schäfer-Weg 9, Ruf 030/790006-0. Postscheckkonto: Berlin-West 528-101 und Frankfurt a. M. 57711. — Erscheinungsweise monatlich. Bezug durch Verlag oder Buchhandel. Bezugspreis vierteljährlich DM 30,— zuzüglich Zustellgebühren. Studenten können die Zeitschrift gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung mit einem Nachlaß von 20% beziehen. — Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Vierteljahr, wenn nicht eine Abbestellung bis zum 10. des letzten Quartalsmonats erfolgt. — Druck: Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin 61. — Printed in Germany.