

## PFLICHTVERSICHERUNG VERSUS VERSICHERUNGSPFLICHT – MEHR ALS EIN WORTSPIEL?

1. Einleitung .....	80
2. Wesen der Pflichtversicherung .....	81
3. Wesen der Versicherungspflicht .....	82
4. Finanzierung .....	83
5. Risikoauslese .....	83
6. Kleingedrucktes .....	84
7. Entscheidet die Geldbörse über den Gesundheitszustand? .....	85
8. Der Streitfall .....	85
9. Freie Arztwahl? .....	86
10. Noch mehr Selbstbehalte? .....	86
11. Verwaltungskosten .....	87
12. Anzahl der Krankenversicherungsträger .....	87
13. Demokratische Selbstverwaltung versus Gewinnstreben von Aktionären .....	88
14. Der Vergleich macht Sie sicher .....	88
15. Resümee .....	89

Auszug aus WISO 3/2002

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Weingartshofstraße 10  
A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@ak-ooe.at](mailto:wiso@ak-ooe.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

**Gerald Reiter**

Mitarbeiter der  
Abteilung Sozialpolitik  
der Kammer für  
Arbeiter und  
Angestellte für  
Oberösterreich

## 1. Einleitung

Im Folgenden wird dargestellt, dass das wie ein Wortspiel anmutende Begriffspaar Pflichtversicherung/Versicherungspflicht weit davon entfernt ist, Ähnliches zu beschreiben, sondern es um den Widerstreit von Extremen geht:

Es geht um die versuchte Umstellung von der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung zu einer profitorientierten Privatversicherung.

*Rechtsanspruch  
auf bestimmte  
Leistungen*

Die Pflichtversicherung ist die Errungenschaft einer 100-jährigen Erfolgsgeschichte der gesetzlichen Sozialversicherung in Österreich. Die gesetzliche Sozialversicherung geht davon aus, dass es eine Reihe von Wechselfällen des Lebens gibt, deren negative Konsequenzen ein Einzelner bzw. eine einzelne Familie nicht alleine tragen kann und daher die Unterstützung und Solidarität der Gesellschaft braucht. Daher ist für Krankheit, Invalidität, Arbeitslosigkeit, Alter und schwere Folgen von Arbeitsunfällen bzw. Berufskrankheiten ein Leistungskatalog im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (und in den für Bauern und Gewerbetreibende sowie Beamte nachgebildeten Gesetzen) vorgesehen, demnach bei Eintritt eines Versicherungsfalles, also eines definierten Ereignisses, ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Leistung besteht. Wohlgemerkt – ein Rechtsanspruch! Das bedeutet die Abkehr von der mittelalterlichen christlichen Miserickordia, also die Ablösung des Mitleids dem Nächsten gegenüber durch ein rechtsstaatliches System. Das macht den Kern der sozialen Sicherheit in Österreich aus.

Für die Zuerkennung der Leistungen des Sozialstaates ist ein rechtsstaatliches Verfahren der Behörden und Sozialversicherungsträger geregelt, die Verweigerung einer vermeintlich gebührenden Leistung kann beim Sozialgericht ohne Risiko eingeklagt werden. Es besteht keine Anwaltpflicht dafür, aber eine besondere Manuduktionspflicht des Richters, also die Verpflichtung zur unparteiischen Anleitung des Gerichts. Die Mitwirkung des Volkes an der Rechtssprechung ist

im Sozialgericht durch Laienrichter sichergestellt, die gesetzliche Interessenvertretung der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber wählt hierzu besonders geeignete Personen aus.

Dieses gesetzlich geregelte Sozialrecht ist jedoch nicht wie manche andere Rechtsmaterien erstarrt und überaltet. Die Entwicklungsfähigkeit des Sozialrechts in Österreich ist unter anderem daran erkennbar, dass das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) seit seiner Stammfassung BGBl. 1955/189 inzwischen in der Fassung der 60. ASVG-Novelle vorliegt und insgesamt mehr als 170 Veränderungen, das heißt Anpassungen an geänderte Gegebenheiten, erfahren hat. In den letzten Jahren allerdings sind die Veränderungen der Sozialgesetze durch Leistungskürzungen gekennzeichnet.

*Sozialrecht  
wurde immer  
wieder an  
geänderte  
Gegebenheiten  
angepasst*

Das Volumen der Mittel der Sozialversicherung beträgt zirka 35.000 Millionen Euro (2001), das entspricht 16,5 % des Bruttoinlandsproduktes. Im Vergleich zum Staatshaushalt sind das etwas mehr als 59 % des Bundesbudgets.

Dieses System der Sozialversicherung ist zunehmend mit den Vorwürfen der Unfinanzierbarkeit konfrontiert. Der neue Liberalismus bietet dazu auch gleich „attraktive“ Alternativen an, wie etwa das so genannte Dreisäulenmodell in der Pensionsversicherung bzw. einen Umstieg von der Pflichtversicherung auf die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Damit soll – angeblich – die Finanzierung leichter gelingen, höhere Wirtschaftlichkeit erzielt werden können sowie mit Wahlfreiheit dem zunehmenden Individualismus der „mündigen Bürger“ entsprochen werden.

*Vorwurf der  
Unfinanzierbarkeit  
und „attraktive“  
Alternativen*

## **2. Wesen der Pflichtversicherung**

Pflichtversicherung in der Sozialversicherung bedeutet, dass ohne Zutun und Willen von Dienstnehmer und Dienstgeber praktisch mit Beginn eines Dienstverhältnisses das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Sozialversiche-

*Pflichtversicherung kann nicht abbedungen werden* rung beginnt. Diese Pflichtversicherung kann nicht abbedungen werden. (Die Umgehung der Sozialversicherung heißt man Schwarzarbeit.) Dafür besteht bei Eintritt eines Versicherungsfalls ein Rechtsanspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Leistungen. Für die Krankenbehandlung heißt das, dass diese ausreichend und zweckmäßig sein muss, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 133 Abs 2 ASVG).

### 3. Wesen der Versicherungspflicht

Bei der Versicherungspflicht wird nicht auf ein gesetzlich normiertes Versicherungsverhältnis abgestellt, sondern es genügt, dass ArbeitnehmerInnen bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nach Beginn der Beschäftigung nachweisen, dass sie eine wie immer geartete Krankenversicherung abgeschlossen haben. Die Situation ist also vergleichbar mit einem Kfz-Besitzer, der sein Kfz-Kennzeichen erst dann erhält, wenn er den Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachweist, die bestimmten Mindestmerkmalen entspricht.

*bei  
Versicherungspflicht  
verschiedene  
Pakete von  
Gesundheitsdienstleistungen*

Für den Bereich der Krankenversicherung heißt das, dass jeder Arbeitnehmer bei einem Versicherungsunternehmen seiner Wahl, also einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger oder einem privaten Versicherungsunternehmen eine Krankenversicherung mit bestimmten Mindestleistungen abschließt. Dabei ist zu beachten, dass es verschiedene Pakete von Gesundheitsdienstleistungen mit unterschiedlich hohen Prämien gibt, die bei Selbstbehalt, Gewährung von Krankengeld und Mutterschaftsleistungen variieren, nach denen unterschiedliche Kostenerstattungen im stationären Bereich bestehen können, Versicherungen, welche operative Eingriffe erfassen oder nicht, die volle oder teilweise Übernahme von Arzthonoraren beinhalten, Angebote wie Rehabilitation, Vorsorge wie Gesundenuntersuchung und Ähnliches beinhalten, begrenzte oder unbegrenzte Behandlungsdauer bieten oder auch Bonus-Malus-Klauseln vorsehen. Es ist also mit einer unübersehbaren Zahl von Anbietern und Angeboten zu rech-

nen, aus denen ein Arbeitnehmer auszuwählen hat. Diese „Qual der Wahl“ könnte sicher durch Marktübersichten unterstützt werden, ist schließlich jedoch stets abhängig von der Selbsteinschätzung über das Erkrankungs- bzw. Krankheitsrisiko des Versicherungsnehmers und seiner Angehörigen und dem Werbeaufwand und -geschick eines Versicherungsunternehmens.

#### 4. Finanzierung

Im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung werden die Sozialversicherungsbeiträge nach dem aktuellen Entgelt des Versicherten berechnet (§§ 49 f ASVG), das heißt, jeder Versicherte wird nach seinem Leistungsvermögen, gemessen an der Höhe seines Einkommens, zur Kasse gebeten. Die Anzahl der Angehörigen spielt dabei ebensowenig eine Rolle wie bestehende Leiden und die Prognose von Erkrankungen.

*bei gesetzlicher Sozialversicherung werden Beiträge nach Entgelt berechnet ...*

Im Modell der Versicherungspflicht hingegen besteht die Notwendigkeit für jede Versichertengruppe das Risiko zu kalkulieren und die Prämien danach zu berechnen. Die Höhe der Prämie richtet sich also nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand sowie im Extremfall auch nach Arbeits- und Lebensbedingungen. Wer eine Beschäftigung mit höherem Erkrankungsrisiko ausübt, muss auch höhere Prämien zahlen. Die Prämie ist außerdem als Kopfprämie gestaltet, das heißt, dass für jeden mitversicherten Angehörigen (Kinder, Ehepartner) und je nach deren Gesundheitszustand eine gesonderte Prämie zu entrichten ist.

*... beim Modell der Versicherungspflicht nach dem Risiko und der Zahl der Mitversicherten*

#### 5. Risikoauslese

Es gibt in der sozialen Krankenversicherung keine Risikoauslese, es wird niemand wegen seines Gesundheitszustands aus der sozialen Krankenversicherung ausgestoßen oder von vornherein nicht aufgenommen. Eine Ausnahme stellt lediglich die Asylisierung dar, also das Erschöpfen aller erdenklichen Behandlungsmöglichkeiten.

*bei sozialer Krankenversicherung keine Risikoauslese ...*

*... bei privaten  
Kassen herrscht  
Konkurrenzkampf  
um gute Risiken*

Bei den privaten Kassen hingegen herrscht ein Konkurrenzkampf um gute Risiken, das sind junge gesunde Männer ohne Familie. Wie Beispiele aus Deutschland zeigen, erfolgt dort die Risikoauslese auf besonders abenteuerliche Weise: Versicherungsbüros sind in den oberen Stockwerken von Gebäuden ohne Lift untergebracht, Ältere oder chronisch Kranke erhalten nie eine Antwort auf ihren Versicherungsantrag, auch Frauen werden nicht gerne versichert, weil bei ihnen das „Risiko“ einer Schwangerschaft besteht. So hat eine große Versicherung Pensionisten und chronisch Kranken in einem Schreiben mitgeteilt, dass es für sie günstiger wäre, zu einer anderen Versicherung zu wechseln – mit beigelegtem Abmeldeformular.

## 6. Kleingedrucktes

*bei privaten  
Versicherungen  
kann  
„Kleingedrucktes“  
zu bösen  
Überraschungen  
führen*

Während im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung durch Gesetze, Verordnungen, Satzungen und Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger das Leistungsniveau und damit auch die Frage, was wem in welchem Fall zusteht, sehr rasch geklärt werden kann, ist bei einer Umstellung der Krankenversicherung auf eine private Versicherung im Rahmen der Versicherungspflicht mit einigen Unklarheiten zu rechnen. Das so genannte „Kleingedruckte“ mag durchaus geeignet sein Patienten böse Überraschungen zu bereiten: sei es, dass eine bestimmte Vorversicherungsdauer für bestimmte Leistungen vorliegen muss (Wartezeiten), sei es, dass Betragsbeschränkungen für einzelne Leistungen bestehen, sei es, dass überhaupt die Versicherungssumme begrenzt ist. Das Ergebnis wäre in jedem Fall, dass sich ein Patient unversehens als nicht versichert erkennt, die Versicherungsgesellschaft leistungsfrei ist. In manchen Fällen mag vielleicht eine Kulanzlösung gefunden werden, anderenfalls bleibt der Patient auf den Kosten seiner Krankenbehandlung, des operativen Eingriffs, der Sanierung seiner Zähne, des stationären Aufenthaltes oder auf seiner Arztrechnung sitzen und kommt dadurch in gravierende finanzielle Bedrängnis,

muss mit Exekution der Gesundheitsdienstleistung rechnen und vieles mehr.

### **7. Entscheidet die Geldbörse über den Gesundheitszustand?**

Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip vor, das heißt, aufgrund der Vorlage des Krankenscheins/der Überweisung (später der E-Card) erhalten PatientInnen die erforderliche Krankenbehandlung etc. als Sachleistung. Der Patient hat seinen Teil durch die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge geleistet und braucht – bis auf wenige Selbstbehalte (wie z. B. Rezeptgebühr) – nicht mit erheblichen finanziellen Belastungen zum Zeitpunkt der Behandlung rechnen. Die verfügbaren finanziellen Mittel sind also für den Beginn und das Ausmaß einer Behandlung nicht entscheidungsrelevant.

Etwas anderes ist im Rahmen der Versicherungspflicht bei privaten Versicherungen zu erwarten. Wenn nicht bestimmte Vertragsärzte aufgesucht werden (können) oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsunternehmens in Anspruch genommen werden (können), hat der Patient die Kosten der Behandlung vorläufig selbst zu tragen und kann dann die saldierte Rechnung beim Versicherungsunternehmen zur Begleichung bzw. Refundierung einreichen. Wie viel man dann refundiert bekommt, wird in vielen Fällen strittig sein.

### **8. Der Streitfall**

Die Durchsetzung einer Leistung aus einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag hat vor den ordentlichen Gerichten zu erfolgen, wobei der Kläger das volle Prozesskostenrisiko zu tragen hat. Hinsichtlich der Erfolgsaussichten gibt es heute schon ausreichend Erfahrungen, wie risikoreich es ist, gegen einen großen Versicherungskonzern zu prozessieren. Oft stellt sich schon relativ bald heraus, wer „am längeren Ast sitzt“

*Leistungsdurchsetzung kann schwierig sein*

und den nötigen finanziellen Rückhalt besitzt, einen Prozess durch alle Instanzen zu führen. Die Anwaltskosten der Gegenseite verschärfen dabei das Risiko noch ganz wesentlich.

### 9. Freie Arztwahl?

Ein Grundsatz des österreichischen Sozialrechts besteht darin, dass für Patienten freie Arztwahl besteht. Bei Vertragsärzten und Vertragsfachärzten können die Gesundheitsdienstleistungen nach dem Sachleistungsprinzip ohne weitere finanzielle Aufwendungen beansprucht werden. Als Privatpatient bei einem Wahlarzt hat man immerhin noch den Anspruch auf die Refundierung von 80 % des Tarifes für die ärztlichen Leistungen.

Das System der Versicherungspflicht schließt nicht aus, dass das Versicherungsunternehmen, bei dem man die Krankenversicherungspolize gelöst hat, nur eine bestimmte Anzahl von niedergelassenen Ärzten unter Vertrag nimmt und man auch auf diese beschränkt ist. Nicht unter Vertrag stehende Ärzte müsste man dann zur Gänze selbst bezahlen, wenn man nicht einen Notfall beweisen kann.

### 10. Noch mehr Selbstbehalte?

Selbstbehalte sind bei privaten Versicherungen ein probates Mittel zur Prämiengestaltung insofern, als hohe Selbstbehalte im Versicherungsfall eine niedrigere laufende Prämie ermöglichen. Durch Selbstbehalte allerdings werden für Patienten Zugangsbarrieren geschaffen, welche sich negativ auf die Gesundheit im Einzelfall sowie auch die Volksgesundheit auswirken. Schieben Patienten den Beginn von Behandlungen hinaus, führt das häufig zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes, zu aufwändigeren Behandlungsmethoden, längerer Dauer der Erkrankung sowie allenfalls auch bleibenden Schäden. Das heißt, die Angst vor erheblichen Kosten bei Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung ist in höchst-

*weitere  
Selbstbehalte  
hätten auch  
negative Folgen  
für Volks-  
gesundheit*



tem Maße kontraproduktiv, schafft sehr viel persönliches Leid, ist teuer und schadet der Volksgesundheit und damit auch dem Standort Österreich.

### 11. Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten der OÖ GKK z. B. betragen 3,15 % der Ausgaben (2001).

Private Versicherungen benötigen mehr als 20 % der Prämien für Verwaltung, Marketing, Kapitalrückstellung und Gewinne. Das heißt, ein Fünftel der von den Versicherten bezahlten Prämien wird nicht wieder als Versicherungsleistungen an sie ausgeschüttet, sondern ist leistungsunwirksam im Unternehmen verblieben. Nachdem im System der Versicherungspflicht ein starker Wettbewerb um Kunden und Marktanteile besteht, bedarf das Erreichen bzw. der Erhalt einer Marktposition einen entsprechenden Werbe- und Marketingaufwandes. Diese Aufwendungen entfallen in der gesetzlichen Sozialversicherung, weil alleine durch den Antritt eines Dienstverhältnisses automatisch die Pflichtversicherung beim zuständigen Krankenversicherungsträger beginnt. Dies bedarf keiner weiteren Aufwendungen für Marketing und Werbung. Für die privat versicherten Patienten heißt das jedoch, dass die Gesundheitsdienstleistungen beim selben Prämienaufwand wie bei einer gesetzlichen Krankenversicherung um ein Fünftel geringer ausfallen als im Rahmen des ASVG. Anders betrachtet müssten um 20 % höhere Prämien gezahlt werden, um den Standard der Krankenversicherung des ASVG zu erhalten.

*bei privaten  
Versicherungen  
wäre großer Teil  
der Prämien  
leistungs-  
unwirksam*

### 12. Anzahl der Krankenversicherungsträger

In Österreich sind 23 Krankenversicherungsträger mit der Vollziehung der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung betraut. Der Ruf nach der Zusammenlegung von Versicherungsträgern hat bereits Tradition, entbehrt jedoch jeder

*Ruf nach  
Zusammenlegung  
entbehrt  
objektiver  
Grundlage*

objektiven Grundlage, wenn man die Anzahl der Krankenversicherungsträger im benachbarten Ausland betrachtet: In der Schweiz gibt es 109 Krankenversicherungsträger, in Deutschland 454.

*Systemwechsel  
würde zur  
massiven  
Vermehrung der  
Anbieter führen*

Der Systemwechsel zur profitorientierten Versicherungspflicht würde automatisch zu einer massiven Vermehrung der Anbieter führen, was die Kosten der Krankenversicherung in Österreich noch weiter verteuern würde.

### **13. Demokratische Selbstverwaltung versus Gewinnstreben von Aktionären**

Während in der sozialen Krankenversicherung die Verwaltung der Versicherungsträger von gewählten Arbeitnehmervertretern dominiert wird, die versuchen, im Rahmen der Gesetze Verwaltung und Leistungen im Interesse der versicherten ArbeitnehmerInnen und ihrer Angehörigen zu gestalten – da sie ja diesen demokratisch verantwortlich sind – gelten bei privaten Versicherungen ganz andere Gesetze. Dort geht es darum, den Aktionären möglichst hohe Renditen zu verschaffen. Prämiengestaltung, Leistungseinschränkungen, hohe Selbstbehalte und die Ausgrenzung von älteren, kranken Personen, kinderreichen Familien und Frauen sind dazu ein wichtiges Instrument.

### **14. Der Vergleich macht Sie sicher**

Das System der Versicherungspflicht, das uns in Österreich so vehement angeboten wird, ist im benachbarten Ausland schon Realität. Man kann daher auf die Situation in der Schweiz und Deutschland blicken, um über die Sinnhaftigkeit eines Systemwechsels zu entscheiden. Nach einer kürzlich von der Europäischen Kommission durchgeführten Untersuchung zur Zufriedenheit der EU-Bürger mit der medizinischen Versorgung sind mehr als 70 % der Österreicher mit der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden, in Deutschland sind das nur etwas über 40 %. Auch die WHO

stellt dem österreichischen Gesundheitssystem ein weit über den Werten von Deutschland oder der Schweiz liegendes Zeugnis aus. Die Gesundheitsausgaben hingegen liegen in Österreich mit 8,3 % des BIP (1998) weit unter den Werten der Schweiz (10,4 %) und Deutschlands (10,6 %).

*Ländervergleich:  
Gesundheitsausgaben am  
BIP ...*

Beim Verwaltungsaufwand der Krankenversicherung liegt die soziale Krankenversicherung ebenfalls sehr gut: Beträgt der Verwaltungsaufwand in Österreich 3,6 % des Gesamtaufwandes, sind es in Deutschland 4,6 % und in der Schweiz 9 %! Auch die internationalen Erfahrungen in Chile, Argentinien, Neuseeland und in den USA müssen als eindringliche Warnung vor privaten Krankenversicherungsträgern verstanden werden.

*... Verwaltungsaufwänden und*

Wenn man die Kosten für die jährlichen Krankenversicherungsbeiträge eines Arbeiters mit Frau und zwei Kindern bei einem Bruttojahreseinkommen von ATS 252.000,00 (= EUR 18.313,55), d. s. ATS 18.000,00 monatlich (= EUR 1.308,11), rechnet, dann betragen die Versicherungskosten in Österreich ATS 9.954,00 = EUR 723,39  
in Deutschland ATS 17.262,00 = EUR 1.254,48  
in der Schweiz ATS 35.360,00 = EUR 2.569,71.

*... Krankenversicherungsbeiträgen*

Das alles spricht nicht für einen Systemwechsel zur Versicherungspflicht, schlechtere Versorgung und höhere Kosten sind keine Empfehlung!

## 15. Resümee

Der Systemwechsel von der sozialen Krankenversicherung zum Wettbewerb – der gewinnorientierten Privatversicherung – lässt also nichts Gutes erwarten:

Ziel der Propaganda für die Versicherungspflicht (Privatversicherung) ist es, für die Masse der Versicherten die Kosten massiv zu erhöhen, ohne dadurch die nötigen Mittel für bessere Leistungen zu gewinnen. Die Mehreinnahmen verschwinden in der Verwaltung oder in den Taschen der Aktio-

näre und Spekulanten. Wer das Gesundheitssystem in Österreich verbessern will, muss von der Beibehaltung der Pflichtversicherung im System der sozialen Krankenversicherung ausgehen. Neben weiteren Verbesserungen in Richtung Effizienz und Qualität der dezentralen selbstverwalteten Krankenversicherung müssen die wachsenden Kosten im Gesundheitswesen durch steigende Einnahmen gedeckt werden. Nachdem jedoch die Lohnquote sinkt und damit auch die Einnahmen der Krankenversicherungsträger rückläufig sind, muss zur Trendumkehr eine Einnahmemöglichkeit geschaffen werden, die dem Wachstum von Wirtschaft und Wohlstand entspricht: die Wertschöpfungsabgabe.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

# WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
Weingartshofstr. 10, A-4020 Linz  
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21  
Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
E-Mail: [wiso@ak-ooe.at](mailto:wiso@ak-ooe.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)