

Very Important Patient

„Oft weiß man anfangs nicht, wie lange man im Spital bleiben muss und welche Zusatzleistungen nötig sind, also wie hoch die Kosten am Ende sind.“ **Walter Leonhartsberger, Wiener Städtische**

Wer im Fall des Falles lieber **BESSER BEHANDELT** werden will, sorgt am besten mit einer **KRANKENZUSATZVERSICHERUNG** vor.

VON EVA-MARIA BENISCH

Österreichs Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, diagnostiziert Konstantin Klien, Vorstand der Uniqa Versicherung. Faktum ist jedenfalls: Es steht allen zur Verfügung.

Als Arbeitnehmer ist man im staatlichen Gesundheitssystem genauso versorgt wie als Selbstständiger, Pensionist oder Arbeitsloser – Kinder und nicht arbeitende Ehepartner finden beim Hauptversicherten Unterschlupf.

Alle Österreicher können also darauf zählen, dass ihnen im Krankheitsfall entsprechende Leistungen der Pflichtversicherung zur Verfügung stehen. Und die Kosten sind für den Patienten durchaus überschaubar: In der Regel ist bloß ein kleiner Selbstbehalt zu berappen.

Das klingt alles wunderbar – jedenfalls solange man gesund bleibt.

Spartanische Grundversorgung. Wer mit einer akuten Blinddarmentzündung ins Krankenhaus eingeliefert wird oder mit einem komplizierten Beinbruch länger ans Spitalbett gefesselt ist, lernt sehr rasch, dass man als Patient der so genannten allgemeinen Gebührenklasse keinesfalls zimperlich oder wählerisch sein darf. Eingewiesen wird man in jenes Spital, wo gerade Kapazität frei ist, der behandelnde Arzt wird einem zugewiesen.

Das Zimmer teilt man mit einer Reihe anderer Patienten. Die Zahl der Bettnachbarn hängt vom Krankenhaus und der jeweiligen Abteilung ab: Mit Glück sind es vielleicht nur drei, es können aber auch bis zu zehn sein – und im schlimmsten Fall ist überhaupt kein Zimmer frei, und man wird auf den Gang abgeschoben, wo man Tag und Nacht den Blicken der Passanten ausgesetzt ist. WC und Bad? Am Ende des Ganges, bitte schön. Und die Besuchszeiten sind ausnahmslos einzuhalten. Alles klar?

Besser in der Sonderklasse. Natürlich geht es auch anders: freundliche Einzel- oder Doppelzimmer, Privatbad, Fernseher, eigener Telefonanschluss, Menüauswahl, freie Besuchszeiten und – vor allem – Ärzte und Pfleger, die sich bei so genannten Pri-

vatpatienten deutlich mehr anstrengen. Das alles fördert zweifelsohne den Genesungsfortschritt, hat aber selbstverständlich seinen Preis: Wer mehr als die spartanische staatliche Grundversorgung wünscht, wird kräftig zur Kassa gebeten. Simple Angelegenheiten wie eine Blinddarmentfernung oder eine Entbindung kommen da leicht auf 5000 Euro, Langzeitbehandlungen addieren sich rasch auf das Zehnfache.

Das Risiko trägt der Privatpatient, denn, so Walter Leonhartsberger, Leiter der Personenversicherung in der Wiener Städtischen: „Bei vielen Erkrankungen oder Verletzungen weiß man anfangs nicht, wie lange man im Spital bleiben muss, welche Zusatzleistungen nötig und wie hoch die Kosten am Ende sind.“

Doch solche Unwägbarkeiten lassen sich mithilfe einer privaten Krankenversicherung bequem ausschalten, die laufenden Prämien sind kalkulierbar.

Zauberwort Sonderklasse. Die Assekuranz bietet verschiedene Leistungsbau- steine an. Der beliebteste ist jener für die stationäre Behandlung im Spital in der so genannten Sonderklasse. Und dabei geht es nicht nur um hotelähnlichen Komfort, sondern auch um die medizinische Topversorgung von Privatpatienten.

Im Gegensatz zur allgemeinen Gebührenklasse kann man sich als Zusatzversicherter sowohl das Krankenhaus als auch den behandelnden Arzt aussuchen.

Ein weiterer wichtiger Vorteil des VIP-Status: Keine Wartezeiten – man erhält umgehend das gewünschte Bett. Ein Beispiel aus der Praxis: Für ein künstliches Hüftgelenk wartet ein Kassenpatient in der Regel bis zu einem Jahr auf einen Termin. Als Privatpatient wird man gefragt, wann man kommen will. „Das ist erprobte Realität“, versichert Peter Eichler, Vorstand der Uniqa Personenversicherung.

Dazu kommt, so Leonhartsberger: „Um finanzielle Dinge braucht man sich nicht zu kümmern. Man legt im Krankenhaus nur seine Kundenkarte vor. Die Versicherung bezahlt alle entstandenen Kosten direkt an das Krankenhaus, egal wie hoch sie sind – für Arzt, Operation und Aufenthalt.“

Voraussetzung ist freilich, dass es sich um ein Vertragsspital handelt – dazu zählen in Österreich die meisten, aber nicht alle. Und auch in Vertragsspitalern funktionieren Aufnahme und Abrechnung nur dann völlig reibungslos, wenn man sich bei Abschluss der Versicherung für den richtigen Tarif entschieden hat.

Die Krankenversicherer bieten nämlich höchst unterschiedliche Leistungen zu ebenso unterschiedlichen Preisen an.

Volle Deckung. Die sicherste und bequemste Variante, nämlich die volle Kostendeckung für ganz Österreich, ist logischerweise auch die teuerste. Etwas günstiger steigt man mit einem so genannten Regionaltarif aus. „Das Gesundheitswesen ist föderalistisch organisiert“, erklärt Leonhartsberger. In jedem Bundesland werden für Spital und Ärzte unterschiedliche Kosten verrechnet, was dementsprechend auf die Versicherungsprämien durchschlägt.

Ein Steirer, von dem man annimmt, dass er sich der Grazer Uni-Klinik anvertraut, zahlt bei gleichem Leistungsumfang ein Drittel weniger Prämie, als ein Wiener hinzublättern hat. Will sich dieser Steirer aber von einem Spezialisten im Wiener AKH behandeln lassen, übernimmt die Versicherung nicht die volle Kostengarantie, für den Fehlbetrag muss er letztlich selbst aufkommen.

Solche Defizite lassen sich mit einem Wien-Tarif, dem teuersten der einzelnen Bundesländer, problemlos vermeiden. Man ist damit nicht nur österreichweit in allen Vertragsspitalern, sondern auch innerhalb Europas in allen öffentlichen Krankenhäusern voll gedeckt. Anders freilich im Fall von Privat- spitälern im europäischen Ausland – und überseeischen Krankenhäusern generell:

„Da kann es schon passieren, dass man auf den Kosten sitzen bleibt“, warnt Marion Cadek-Sauter, Prokuristin und Gesellschafterin der Firma benefit consulting, die sich auf Unternehmensberatung und das Maklergeschäft für private und betriebliche Vorsorge spezialisiert hat.

Sparvarianten. Günstiger fährt man mit Versicherungsvarianten, die einen Selbstbehalt des Kunden vorsehen. Das Angebot ist vielfältig: Üblicherweise kann man für eine österreichweite Deckung



„Selbstbehaltstarife sind zunehmend beliebt, weil die Kostenbeteiligung überschaubar ist.“ **Peter Eichler, Uniqa**

zwischen einem Selbstbehalt von rund 800 Euro pro Jahr und rund 1500 Euro wählen. Bei der Variante mit dem niedrigeren Selbstbehalt spart man immerhin rund ein Drittel der Prämie im Vergleich zum Volltarif. Versicherungsmakler Rudolf Komarek von AON Jauch & Hübener rät daher: „Lieber ein verkraftbarer Selbstbehalt als ein billigerer, aber extrem gefährlicher Bundesländertarif.“ Eichler konstatiert,

Ein Steirer zahlt um ein Drittel weniger Prämien als ein Wiener.

dass „Selbstbehaltstarife zunehmend beliebt sind, weil die Kostenbeteiligung überschaubar ist“. Bei Merkur wählen „60 Prozent der Neukunden diese Variante“, berichtet Vorstandsdirektor Peter Kranz.

Darüber hinaus gibt es auch noch ausgesprochene Sparvarianten, wie den so genannten Sonderklassentarif nach Unfall: Hier deckt die Versicherung zwar nach einem Unfall die Kosten einer VIP-Behandlung, zahlt aber etwa für eine Blinddarmentfernung überhaupt nichts.

Eine andere Variante – insbesondere geeignet für junge Leute, die sich einen höherpreisigen Tarif nicht leisten können – ist der „Sonderklassentarif mit Option“: Hier werden vorerst nur Unfallkosten gedeckt, der Versicherte hat aber die Möglichkeit, später auf einen Vollkostentarif umzusteigen – und sichert sich damit den günstigeren Tarif zum früheren Einstiegsalter.

Früh einsteigen. Die Höhe der Prämie hängt – so wie bei einer Lebensversicherung – jeweils von Geschlecht und Alter ab.



Darüber hinaus ist noch der zugrunde liegende staatliche Sozialversicherungsträger (Gebietskrankenkasse, SVA, BVA etc.) entscheidend. Ein weiteres Spezifikum der Krankenversicherer: Sie bemessen das Einstiegsalter jeweils in Fünfjahresschritten. Nur Uniqa und die Generali-Versicherung haben bereits auf Einzeljahre umgestellt. Bei den anderen zahlt ein 26-Jähriger dieselbe Prämie wie ein 30-Jähriger. Das heißt, kritisiert Cadek-Sauter: „Die Prämie ist am unteren Ende der jeweiligen Altersklasse zu teuer und am oberen zu billig.“

Auf jeden Fall gilt: Je jünger man beim Abschluss einer Krankenversicherung ist, umso günstiger ist die Prämie im Vergleich zu einem Einstieg in späteren Jahren. Ein Beispiel: Für einen Mann mit 28 kostet der Spital-Volltarif (Basis Gebietskrankenkasse) rund 69 Euro pro Monat, für einen 38-Jährigen rund 100, also fast um die Hälfte mehr, und für einen 48-Jährigen rund 150 Euro pro Monat, um die Hälfte mehr als für einen zehn Jahre Jüngeren.

Frauen zahlen mehr als Männer, insbesondere im jungen, gebärfähigen Alter. Für eine 28-Jährige kostet die Volltarif-Monatsprämie (Basis Gebietskrankenkasse) mit rund 114 Euro um zwei Drittel mehr als für einen gleichaltrigen Mann, für eine 38-Jährige um 30 Prozent, für eine 48-Jährige aber nur noch sieben Prozent mehr. Eine 55-jährige Frau kommt sogar billiger weg als ein Mann im gleichen Alter, weil, so Kurt Ebner, Vorstand der Wiener Städtischen, „Männer zwischen 50 und 75 Jahren erfahrungsgemäß mehr Krankenversicherungsleistungen in Anspruch nehmen“. Frauen würden dagegen bereits vor 50 stärker auf ihre Gesundheit achten und hätten dadurch eine bessere Konstitution.

Gesundheits-Check. Der Abschluss einer Krankenversicherung in jungen Jahren ist noch aus einem weiteren Grund ▶

Richtig entscheiden

Was Sie beim Abschluss einer Krankenversicherung beachten sollten.

- Legen Sie zuerst fest, welchen Schutz Sie benötigen – nur eine Spitalsversicherung oder zusätzliche Leistungsbausteine (wie ambulante Behandlung, Zahnarzt, Kur und Rehabilitation, Wellness oder ein Einbettzimmer für den Spitalsaufenthalt).
- Prüfen Sie Ihr Haushaltsbudget, wie viel Prämie Sie sich monatlich leisten können. Ein jährlicher Selbstbehalt mit österreichweiter Deckung ist sinnvoller als ein billiger Bundesländertarif.
- Laufende Prämienzahlungen sind kalkulierbar. Die Krankenversicherung bietet lebenslangen Versicherungsschutz. Die Alternative: Als Privatpatient ohne Versicherung muss man womöglich überraschend und vor allem tief in die Tasche greifen. Das Arzthonorar ist individuell auszuhandeln. Für die Aufenthaltskosten im Spital zahlt man bis zu einem Drittel mehr als die Assekuranz, der ein Großhandelsrabatt zugestanden wird. Eine Kosten-Nut-

zen-Rechnung, ob man finanziell mit oder ohne Krankenversicherung besser aussteigen wäre, kann man erst ex post anstellen.

- Ein Abschluss in jungen Jahren macht sich bezahlt. Die Erstprämie ist bei niedrigerem Einstiegsalter günstiger. Zudem ist die Gefahr bereits bestehender Leiden geringer.
- Ein Wechsel zu einem anderen Krankenversicherer kostet wegen des höheren Eintrittsalters, erneuter Gesundheitsprüfung und eventueller Vorerkrankungen meist teures Lehrgeld. Ausnahme: ein Wechsel von einem Einzeltarif auf einen wesentlich günstigeren Gruppentarif.
- Vereinbaren Sie in jedem Fall eine Kostenanpassung. Andernfalls sind Sie bei Inanspruchnahme der Leistung nicht voll gedeckt. Der Versicherer vergütet dann nämlich die jeweiligen tariflichen Leistungen je Operation, Behandlung und Tag.

sinnvoll: Jeder Neukunde muss sich einer Risikoprüfung unterziehen und dazu sämtliche Vorerkrankungen bei Antragstellung preisgeben. Und die Chance, pumperlgsund zu sein, ist in jungen Jahren weitaus größer als im reiferen Alter. Hat man bereits verschiedene Leiden hinter sich, dann hat das entsprechende Konsequenzen, wie Eichler erklärt: „Abgrenzbare Krankheiten wie ein kaputtes Knie kann man ausschließen. Nicht klar abgrenzbare Leiden wie Bluthochdruck oder lädierte Bandscheiben kann man gegen Prämienzuschlag einschließen.“ Eichler weiter: „Das ist für Versicherung und Versicherten die beste Lösung, weil man damit einen Streit vermeidet.“ Die härteste Variante ist freilich, dass man vom Krankenversicherer abgewiesen wird – wenn man etwa bereits an Krebs erkrankt ist oder gerade einen frischen Herzinfarkt hinter sich hat.

Passieren derartige Schicksalsschläge, während man bereits versichert ist, dann muss der Krankenversicherer zu seiner Leistung stehen – außer es wurden Vorerkrankungen bewusst oder unbewusst verschwiegen. Eichler: „Meistens kommen wir im Zuge eines Leistungsfalls drauf.“ Weist die Versicherung eine schuldhaft Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach, dann hat sie nämlich das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Einseitig beenden kann sie den Vertrag nur noch in einem zweiten Fall, und zwar wenn die Prämien trotz Mahnung nicht bezahlt wurden. Ansonsten kann die Versicherung den Vertrag nicht kündigen. Explizit ausgeschlossen ist, dass der Versicherer aufgrund eines Leistungsfalls die Prämie erhöht. Fazit: „Wer früh eine private Krankenversicherung abschließt, genießt lebenslangen Versicherungsschutz“, so Ernst Schmid, Vorstand der Generali-Versicherung.

Kundentreue. Grundsätzlich sollte man seinen Krankenversicherer nur in besonderen Ausnahmefällen wechseln, rät Cadec-Sauter. Damit würde man sich nämlich gleich zwei Nachteile auf einen Schlag einhandeln. Zum einen wird man, so Cadec-Sauter, „mit einer höheren Einstiegsprämie eingestuft“. Schließlich ist man ja

inzwischen älter geworden. Dazu kommt aber noch ein weiteres Spezifikum: Die Assekuranz bildet für jeden Versicherungsnehmer eine so genannte Alterungsrückstellung (ähnlich der Deckungsrückstellung eines Lebensversicherers). Sie kommt dem treuen Kunden über eine Mischprämie zugute, die sich aus der ursprünglichen Prämie zum Einstiegsalter und den jährlichen Kostenanpassungen der Leistungsträger (Spitals-, Arzt- und Behandlungskosten) zusammensetzt.

Fazit: Ein Altkunde zahlt damit weniger Prämie als ein gleichaltriger Neukunde, der mit einem höheren Einstiegsalter eingestuft wird. Kündigt man seinen Vertrag, dann verfällt diese Alterungsrückstellung zugunsten der Versicherungsgemeinschaft. Zum neuen Versicherer kann man sie also nicht als Mitgift mitnehmen.

Zum anderen muss man sich bei einem Wechsel zu einer anderen Versicherung einer neuerlichen Gesundheitsprüfung unterziehen. Und, so Cadec-Sauter weiter: „Je älter man ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man inzwischen eine Krankheit erlitten hat.“ Und diese kann wiederum einen Leistungsausschluss, Prämienzuschlag oder eine Ablehnung des Antrags zur Folge haben. Zudem muss man neuerlich eine Wartezeit einkalkulie-

ren, die bei Neuabschlüssen allgemein drei und für Entbindungen meist neun Monate beträgt.

Oligopol. Die Auswahlmöglichkeiten zwischen den Krankenversicherern sind in Österreich ohnehin nicht groß: Im Grunde teilen sich vier Anbieter – Uniqa (50 Prozent Marktanteil), Wiener Städtische (21 Prozent), Merkur und die Generali-Gruppe (je 13 Prozent) – 97 Prozent eines seit Jahren stagnierenden Markts. Die im Vorjahr um knapp vier Prozent auf 1,3 Milliarden Euro angestiegenen Prämieinnahmen sind im Wesentlichen auf Kostenanpassungen zurückzuführen. Denn die Versicherer müssen ihre Direktvereinbarungen mit der Ärzteschaft über die Honorarleistung und mit den Spitalsträgern über die Aufenthalts- und Behandlungsgebühren jährlich neu ausverhandeln, üblicherweise gegen Jahresende. In den vergangenen zwei Jahren stiegen die Kosten jeweils um durchschnittlich rund vier Prozent, also mehr als die Inflationsrate. Diese Erhöhungen werden an die Kunden in Form von Prämienanpassungen volley weitergegeben, damit die volle Kostengarantie aufrecht bleibt.

Rund 80 Prozent der Einnahmen lukriert die Assekuranz aus Sonderklassentariifen – mit fallender Tendenz, wie Eichler bedauert: „Vor zehn Jahren waren es 1,15 Millionen Kunden, heute knapp über eine Million.“ Gemessen an der Gesamtbevölkerung, sei der Anteil von 13 Prozent dennoch relativ hoch im Vergleich zu anderen Ländern.

„Den Krankenversicherer sollte man nur in besonderen Ausnahmefällen wechseln.“
Marion Cadec-Sauter, benefit consulting



Weitere zehn Prozent der Prämieinnahmen erlöst die Assekuranz aus der stagnierenden Krankenhaus-Taggeld-Versicherung mit rund 2,5 Millionen Kunden. Beliebt ist diese Variante, die einen Verdienstentgang abfedert, vor allem unter Trinkgeldempfängern oder Arbeitnehmern auf Provisionsbasis.

Die restlichen zehn Prozent resultieren aus den übrigen Leistungsbausteinen der Krankenversicherer – allen voran dem so genannten Ambulanztarif. Mit diesem kann man sich die Honorarkosten für Privatarztbesuche, Heilbehelfe und die Auslagen für Medikamente refundieren lassen. Üblicherweise sind dafür Jahrespauschalen – je nach Tarif in verschiedenen Höhen – und ein gewisser Selbstbehalt vorgesehen. Mit ein paar 100.000 Versicherten ist der Ambulanztarif zwar ein Minderheitenprogramm. „Er hat aber“, so Merkur-Vorstand Kranz, „die größte Wachstumsdynamik.“ Die Krankenversicherer leisten

nämlich auch für die Behandlung durch Alternativmedizin (wie Akupunktur oder Homöopathie), für die das staatliche System bislang keinen Cent lockermacht.

Gesundheitsversicherung. Die vier großen Marktplayer und der kleine Mitstreiter Allianz-Leben (zwei Prozent Marktanteil) bieten im Grunde mehr oder weniger die gleichen Produkte an. Trotzdem sind sie extrem schwer vergleichbar, weil jeder Versicherer sein Produkt unterschiedlich verpackt, um sich von den Mitbewerbern abzuheben. Nahezu kartellrechtlich abgesprochen sind dagegen Rabatte: bis zu zehn Prozent für Ehepaare oder beim Kauf eines zusätzlichen Bausteins (wie Ambulanztarif). „Aus Konkurrenzdruck sind

Prämienreduktionen nicht notwendig“, weiß Versicherungsmakler Komarek, „weil man nach fünf Jahren die Versicherung ohnehin nicht mehr wechseln kann.“ Im Wettbewerb wollen die Assekuranzen vor allem über zwei Schienen punkten: über Gruppenversicherungen von Unternehmen, die um bis zu 25 Prozent billiger sind als Einzeltarife, und über die präventive Schiene Gesundheitsuntersuchung, -vorsorge, Fitness und Wellness. Die Merkur Versicherung hat beispielsweise ihre Terminologie längst geändert: Sie versteht sich als „Gesundheitsversicherung“.

Dass die Vorsorge jetzt forciert wird, hat freilich einen guten Grund: Krankheiten vorzubeugen ist nicht nur besser, als sie nachher zu kurieren, Prävention kommt die Versicherungen allemal billiger als Heilung. Und das wird mit der steigenden Lebenserwartung und explodierenden Gesundheitskosten für die Assekuranzen immer aktueller. ▶

Ein Altkunde zahlt weniger Prämie als ein gleichaltriger Neukunde.

Sonderklasse-Versicherung

Die Krankenversicherer bieten eine Vielzahl von Tarifen an. Der Vergleich zeigt die Leistungen und Monatsprämien für einen gängigen österreichweiten Spitaltarif (ohne bzw. mit Selbstbehalt) mit Europadeckung in öffentlichen Spitälern. Basis ist eine Pflichtversicherung bei der Gebietskrankenkasse, Voraussetzung ein einwandfreier Gesundheitszustand.

SONDERKLASSE-VERSICHERUNG, ÖSTERREICH-TARIF¹⁾ ohne Selbstbehalt, mit Selbstbehalt

| TARIFMERKMALE | ²⁾ | ALLIANZ | GENERALI | MERKUR | UNIQA | WR. STÄDTISCHE |
|---|---------------|---|--|---|--|--|
| Tarifname ohne/mit Selbstbehalt | | N 2850/ S 2850 | SD 140, KD 3/ SD 100, KD 3 | Z95T04/ SNT04 | QG 9/2004/ QGS 9/2004 | MS 6/25/ MB 16/22 |
| Mehrbettzimmer³⁾/Zweibettzimmer | A | Zweibettzimmer | Zweibettzimmer in Wien, Einbettz. in Bundesländern | Mehrbettzimmer | Mehrbettzimmer | Zweibettzimmer |
| Selbstbehalt/Person und Kalenderjahr (Euro) | C | 844,- in Wien, andere Bundesländer geringer | 800,- | 862,- | 818,- | 770,- |
| Selbstbehalt für ambul. Operationen (Euro) | C | keiner | 800,- | keiner | 409,- | 385,- |
| Selbstbehalt für Kinder | C | voller Selbstbehalt | voller Selbstbehalt | halber Selbstbehalt | halber Selbstbehalt | voller Selbstbehalt |
| Leistungen für ambulante Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen | A | inkludiert | inkludiert | inkludiert | inkludiert | inkludiert |
| Wartezeit – allgemein | A | 3 Monate | 3 Monate | 3 Monate | 3 Monate | keine |
| Wartezeit – Schwangerschaft/Entbindung | A | 9 Monate | 9 Monate | 7 Monate | 9 Monate | 9 Monate |
| Europadeckung, öffentliche Spitäl | A | inkludiert | inkludiert | inkludiert | inkludiert | nicht inkludiert |
| Weltdeckung, öffentliche Spitäl | A | nicht inkludiert | für Unfälle inkludiert | nicht inkludiert | nicht inkludiert | nicht inkludiert |
| Weltdeckung nur f. stationäre Behandlungen, die in Österreich nicht möglich sind | A | nicht inkludiert | nicht inkludiert | inkludiert | nicht inkludiert | nicht inkludiert |
| Ersatztagelohn, wenn Sonderklasse nicht in Anspruch genommen wird (Euro) | B | 103,73 | 140,00 | 111,92 | 124,00 | 160,00 |
| Ersatztagelohn, wenn Sonderklasse nicht in Anspruch genommen wird (Euro) | C | 103,73 | 100,00 | 111,92 | 83,00 | 80,00 |
| Begleitkosten für mitversicherte Kinder | A | f. minderjährige Kinder | f. Kinder bis 12 Jahre | f. Kinder bis 12 Jahre | f. Kinder bis 12 Jahre | f. Kinder bis 12 Jahre |
| Kur- bzw. Erholungszuschuss (Euro) | A | 22,32/Tag | 22,00/Tag | 21,08/Tag | nur mit Zusatztarif | nur mit Zusatztarif |
| Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit | A | inkludiert, aber gewinnabhängig | nur für Erwachsene, nur in Komb. mit ambul. Tarif | nur in Kombination mit ambul. Tarif | inkludiert, aber gewinnabhängig | mit Prämienzuschlag von 8% einschließbar |
| Wellnessprogramm | A | keines | nur mit Zusatztarif | inkludiert | nur mit Zusatztarif | nur mit Zusatztarif |
| Zusatzleistungen | B | Kosten für Krankentransport | keine | Auslandsrücktransport, Unfallentschädigung, Krankentransportkosten, Krankengeld vom 15.-42. Tag; Euro 7,27 | Kosten für Krankentransport | alle 2 Jahre Gesundenuntersuchung |
| Zusatzleistungen | C | Kosten für Krankentransport | keine | der erste Selbstbehalt je Person entfällt, Auslandsrücktransport | Kosten für Krankentransport | alle 2 Jahre Gesundenuntersuchung |
| Aktuelle Aktion | A C | Bei Neuabschluss bis 31.12.2004 werden 3 Monatsprämien gutgeschrieben | keine | bei Neuabschluss für Ehepartner/Lebensgefährten + Kind, max. 40 Eintrittsalter und 3 Jahre Mindestvertragsdauer: 3 Monatsprämien gratis ⁵⁾ | bis auf weiteres gilt: 3 Monatsprämien gratis; Gesundenuntersuchung + Fitnessprofil für 5 Jahre gratis, ab dem 2. Jahr bis 20% Rabatt möglich; Rabatt für Nichtraucher zusätzlich 5% | bei Abschluss in 2004: kein Selbstbehalt bis Ende 2009 |
| Monatsprämien ohne Selbstbehalt in Euro⁴⁾ | | ALLIANZ | GENERALI | MERKUR | UNIQA | WR. STÄDTISCHE |
| Mann, Alter 28 | | 64,44 | 71,01 | 76,60 | 64,84 | 62,10 |
| Mann, Alter 38 | | 99,68 | 105,87 | 105,98 | 97,57 | 94,87 |
| Mann, Alter 48 | | 154,62 | 158,10 | 156,47 | 153,32 | 147,81 |
| Frau, Alter 28 | | 109,17 | 112,80 | 132,66 | 109,99 | 102,43 |
| Frau, Alter 38 | | 129,45 | 131,50 | 141,82 | 130,90 | 112,65 |
| Frau, Alter 48 | | 173,49 | 179,06 | 155,90 | 171,60 | 145,23 |
| Monatsprämien mit Selbstbehalt in Euro⁴⁾ | | ALLIANZ | GENERALI | MERKUR | UNIQA | WR. STÄDTISCHE |
| Mann, Alter 28 | | 43,11 | 51,35 | 44,51 | 45,55 | 44,08 |
| Mann, Alter 38 | | 66,67 | 76,82 | 66,17 | 67,37 | 67,34 |
| Mann, Alter 48 | | 103,42 | 114,94 | 116,59 | 104,43 | 105,02 |
| Frau, Alter 28 | | 73,02 | 81,39 | 76,64 | 70,09 | 72,73 |
| Frau, Alter 38 | | 86,58 | 95,37 | 85,76 | 83,12 | 80,23 |
| Frau, Alter 48 | | 116,04 | 130,04 | 99,77 | 108,37 | 103,53 |

1) Auf Basis Pflichtversicherung bei der Gebietskrankenkasse und einwandfreiem Gesundheitszustand. 2) A gilt für Tarif ohne und mit Selbstbehalt, B für Tarif ohne Selbstbehalt, C für Tarif mit Selbstbehalt. 3) In der Regel maximal Dreibettzimmer. 4) Inklusive 1% Versicherungssteuer; Allianz, Merkur und Wiener Städtische bemessen die Einstiegsprämie nach Altersgruppen in Fünfjahresschritten (d. h. für 26 bis 30 Jahre dieselbe Prämienhöhe), Uniqa und Generali nach dem individuellen Alter. Zu Vergleichszwecken wurde daher jeweils der Mittelwert abgefragt. 5) Merkur Versicherung hat neue Tarife ab 1.10.2004 avisiert. Für die aktuelle Aktion gilt der 20.9.2004 als letzter Einreichungstermin. Quelle: Angaben der Versicherungen, benefit consulting, eigene Recherchen. Angaben nach bestem Wissen und Gewissen – ohne Gewähr. Stand: August 2004.