

Nur noch für *Klasse-* Patienten?

Kranke Kassen in Not: Das Defizit der Gebietskrankenkassen nähert sich den 400 Millionen Euro, Zivilisationskrankheiten und Pillenkonsum steigen dramatisch an. Demografie und medizinischer Fortschritt haben ihren Preis. Daher befürchten über 87 Prozent der befragten GEWINN-Leser Leistungskürzungen. Hier erfahren Sie, ob Ihre Sorgen berechtigt sind und was private Zusatzversicherungen können.



Weil den Krankenkassen das Geld ausgeht – Operationen, Ärzte, Therapien, Einzelzimmer, Pflege:

▶ **E**in Mann, der sich die Kuppen seines Ring- und Mittelfingers absägt und es sich nur leisten kann, den günstigeren der beiden Finger wieder annähen zu lassen. Ein Mädchen, das beidseitig mit akuter Hörbehinderung geboren wird, aber nur die Operation eines Ohres genehmigt bekommt, und eine Frau, die an Nierenkrebs verstirbt, weil die Versicherung die lebensrettende Knochenmarktransplantation ablehnt.

Keine Angst, das sind noch keine Alltagsszenen aus Österreich, sondern

aus Michael Moores jüngstem Film „Sicko“. Er stellt das US-Gesundheitssystem gnadenlos bloß, um mit einer Lobeshymne auf die staatliche medizinische Versorgung in Europa zu enden.

Das klingt wie Musik in den Ohren unserer geprügelten, hochdefizitären heimischen Krankenkassen, die sich gerne mit den USA messen: Während bei uns de facto noch niemand durch den Rost fällt, hat jeder sechste Amerikaner, insgesamt 47 Millionen Menschen, gar keine Krankenversicherung, hunderttausende sind unter-

versichert und können sich die hohen Zuzahlungen zu Medikamenten oder Arzthonoraren nicht leisten. Spitzenmedizin gibt es in den USA ohnedies nur für Betuchte. Und während wir erst 10,2 Prozent des BIP für Gesundheitsausgaben (25 Milliarden) ausgeben, sind es in den USA über 15 Prozent. Nichtsdestotrotz sterben Amerikaner im Schnitt zwei Jahre früher (Frauen mit 80, Männer mit 75 Jahren).

Noch fühlen sich vier von fünf GEWINN-Lesern vom österreichischen Gesundheitssystem gut versorgt, ▶

VON SUSANNE KOWATSCH, JULIA KISTNER, MICHAEL FEMBEK UND RENATE HERZOG



GEWINN-Rezepte

Was die Sozialversicherungen zahlen

AB SEITE 56

Vorgesorgt im Pflegefall

SEITE 58

Privat zur Operation

SEITE 60

Einzelzimmer im Spital

SEITE 64

Exklusivinterview: Kur für Kassen

AB SEITE 68

Steuern sparen

SEITE 69

Alternativmedizin/Ärzte

SEITE 72

Fotos: Andy Kingsbury/Corbis

► Titelgeschichte: Krankenversicherungen



Foto: Filmpölatat „Sicko“, Cinecontext Bildarchiv

Steuern wir in puncto Gesundheitssystem auf amerikanische Verhältnisse zu, vor denen uns Filmemacher Michael Moore in seiner jüngsten Sozialsatire „Sicko“ so eindringlich warnt?

► doch angesichts der Budgetnöte unserer „kranken Kassen“ rechnet eine deutliche Mehrheit bereits mit Leistungskürzungen und höheren Selbstbehalten (siehe Charts).

Erstaunlich ist, wie viel den Österreichern ihre Gesundheit wert ist: Egal, wie viel die Krankenversicherungen pro Monat verlangen, 41,2 Prozent unserer befragten 700 Leser sind bereit, zusätzlich bis zu 50 Euro pro Monat für ihre Gesundheit aufzuwenden, 32,7 Prozent wollen sogar bis zu 100 Euro aufbringen, knapp 15 Prozent sogar bis zu 200 Euro pro Monat.

Kassen bitten stärker zur Kasse

Wissen Sie eigentlich, was Sie Monat für Monat in die Krankenkasse einbezahlen? Ein Arbeiter mit einem Bruttoeinkommen von 2.000 Euro zahlt monatlich 79, der Angestellte 75 Euro und der Pensionist 99 Euro in die Krankenkasse ein. Etwa noch einmal so viel

zahlt der Unternehmer dazu. Bei einem Verdienst von 3.840 Euro brutto und darüber zahlt man den Höchstbeitragssatz von 151,68 Euro (Arbeiter) bzw. von 144 Euro als Angestellter (jeweils ohne Arbeitgeberanteil) – was für die Wiener Gebietskrankenkasse noch eine Okkasion ist, zumal ein gesunder 25-jähriger Österreicher für eine private Zusatzversicherung im Schnitt schon 100 Euro pro Monat zahlt.

Allerdings wird es für viele Sozialversicherte ab 2008 schon teurer: Die Vereinheitlichung der Beitragssätze der staatlichen Krankenversicherungen bedeutet für ASVG-Versicherte und die Pensionisten 0,15 Prozent höhere Kosten, die Beiträge der Selbständigen werden von 9,1 auf das allgemeine Niveau von 7,65 Prozent gesenkt.

Angepasst werden aber nur die Beiträge, nicht die Leistungen der Krankenkassen. GEWINN hat für Sie

Selbstbehalte – wo Krankenversicherungen schon abkassieren

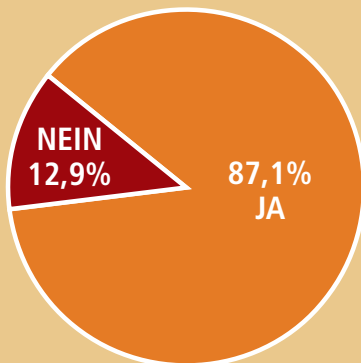
Bezeichnung der Leistung	ASVG	GSVG (Selbständige)	BSVG (Beamten)	B-KUVG (Bauern)
Ärztliche Hilfe und der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen	10,- € pro Kalenderjahr	20%	7,70 € Behandlungsbeitrag pro Fall	20%
Zahnbehandlung: konservierend-chirurgisch	10 € pro Kalenderjahr	Kostenanteil in d. Höhe von 20% d. dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten	7,70 € pro Behandlungsfall	Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20% des jeweiligen Vertragshonorars
Zahnbehandlung: kieferorthopädisch (Kieferregulierung)	10,- € pro Kalenderjahr, Zuzahlung entsprechend der Satzung	Zuzahlung im Ausmaß von 50% der jeweiligen Vertragsleistung	Zuzahlung in der Höhe von 50% der tariflichen Kosten	Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20% des jeweiligen Vertragshonorars
Zahnersatz	10,- € pro Kalenderjahr, Zuzahlung entsprechend der Satzung	20% der Kosten des Versicherungsträgers, 50% der Vertragsleistung für skelettierte Metallprothese und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothese	Zuzahlung in der Höhe von 25% für totale Kunststoffprothesen, 50% für Metallgerüstprothesen	Behandlungsbeitrag in der Höhe v. 20% des jeweiligen Vertragshonorars, 50% für Metallgerüstprothesen Versicherte der VAEB: Behandlungsbeitrag von 30% des Vertragstarifs
Anstaltspflege	10% für die ersten vier Wochen der Anstaltspflege nur für Angehörige ³	nein ²	10% für die ersten vier Wochen der Anstaltspflege	nein ²
Heilmittel	4,70 € Rezeptgebühr	4,70 € Rezeptgebühr	4,70 € Rezeptgebühr	4,70 € Rezeptgebühr
Heilbehelfe	10%, mindestens 25,60 € ¹ (Sehbehelfe mind. 76,80 €)	20%, mindestens 25,60 € ¹ (Sehbehelfe mind. 76,80 €)	20%, mindestens 25,60 € ¹ (Sehbehelfe mind. 76,80 €)	10%, mindestens 25,60 € ¹ (Sehbehelfe mind. 76,80 €)
Hilfsmittel	10%, mindestens 25,60 € ¹	20%, mindestens 25,60 € ¹	20%, mindestens 25,60 € ¹	10%, mindestens 25,60 € ¹
Reise(Fahrt-)kosten	ja	ja	ja	ja
Transportkosten	ja	ja	ja	ja
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	6,68 € pro Verpflegstag	6,68 € pro Verpflegstag	6,68 € pro Verpflegstag	6,68 € pro Verpflegstag
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuraufenthalte...)	ja ³	ja ³	ja ³	ja ³
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (z. B. FSME)	Kostenzuschuss des KVT	wie ASVG	wie ASVG	wie ASVG
Leistungen bei Mutterschaft	Kostenbeteiligung bei Heilbehelfen und Heilmitteln	wie ASVG	wie ASVG	wie ASVG

1) Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger bis zu einem in der Satzung festgelegten Höchstbetrag; der Höchstbetrag ist bei den Kassen unterschiedlich. Bandbreitenregelung durch die Mustersatzung. 2) Während der Anstaltspflege sind aufgrund landesgesetzlicher Vorschriften noch Kostenbeiträge zu leisten, sofern der Krankenversicherungsträger die Pflegegebührenerlässe zur Gänze leistet (keine Kostenbeteiligung des Angehörigen). 3) Bei Kuraufenthalten ist eine Zuzahlung pro Tag zu leisten (Höhe der Zuzahlungen pro Verpflegstag): monatl. Bruttoeinkommen bis € 1.307,38 € 6,68; monatl. Bruttoeinkommen über € 1.307,38 bis € 1.888,77 Euro € 11,81; monatl. Bruttoeinkommen über € 1.888,77 € 16,99.

Exklusive GEWINN-Umfrage: Fühlen Sie sich medizinisch gut versorgt?

Rund 700 GEWINN-Leser wurden zur Befindlichkeit des österreichischen Gesundheitssystems befragt. Fürchtet man sich vor Einschnitten? Hier ein „Best-of“ der Lesermeinungen:

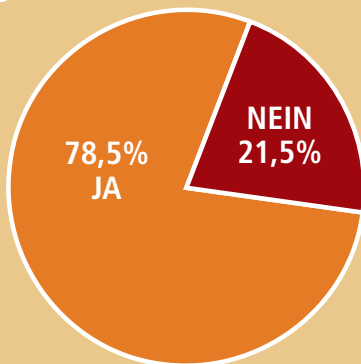
Befürchten Sie Leistungseinschränkungen?



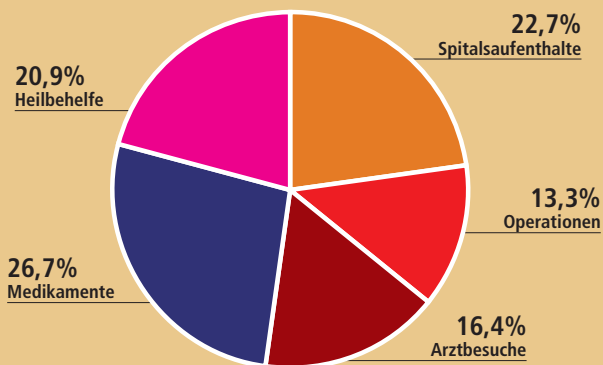
Die meisten gesetzlichen Krankenkassen sind in finanziellen Nöten – das wissen auch die GEWINN-Leser: Neun von zehn Befragten befürchten Leistungseinschränkungen der Sozialversicherungen

Haben Sie den Eindruck, dass Sie öfter privat zur Kasse gebeten werden?

Zuletzt wurde den Patienten etwa bei Physiotherapien oder auch bei Heilbehelfen (z. B. Brille) mehr Eigenleistung abverlangt. Über drei Viertel der Leser haben den Eindruck, mehr selbst zu bezahlen



Wo befürchten Sie steigende Kosten oder eingeschränkte Leistungen?



Paradox: Mit 2008 werden die Rezeptgebühren für Medikamente mit zwei Prozent des Nettoeinkommens gedeckelt und dennoch rechnet man gerade bei Arzneien mit steigenden Belastungen

Unsere Anleger lieben Stabilität. Und die Immobilien der s IMMO Aktie.

s IMMOBILIEN AG

Das Immobilienportfolio der s IMMO Aktie hat alles, was Stabilität verleiht: attraktive, wertbeständige Objekte in Österreich, Deutschland, Zentral- und Osteuropa und hohe Substanzwerte. Dazu eine solide, langfristig ausgerichtete Unternehmens-Strategie und ein Management mit über 20 Jahren Immobilien-Erfahrung.

Diese Einschaltung dient ausschließlich zu Werbezwecken. Sie stellt weder ein Angebot noch eine Einladung zum Bezug oder zum Kauf von Wertpapieren der Sparkassen Immobilien Aktiengesellschaft dar. Erträge und Kursentwicklungen der Vergangenheit lassen keine Rückschlüsse auf Erträge und Kursentwicklungen der Zukunft zu.

Quelle: GEWINN; Umfrage durchgeführt mit Hilfe von Best Questions

► Titelgeschichte: Krankenversicherungen

► zusammengetragen, was die einzelnen Krankenkassen noch von der Behandlung bezahlen.

Was die gesetzlichen Kassen noch leisten

„Grundsätzlich würden wir für die Sozialversicherten gerne noch mehr leisten, wenn man uns liebe“, meint Alois Stöger, Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, und denkt beispielsweise an Zahnersatz oder Zahnspangen. „Würde man Zahnspangen in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen aufnehmen, könnten wir beim Preis mitreden, etwa Zahnspangen in unseren Ambulatorien anbieten und so den Wettbewerb beleben.“

Für zusätzliche Angebote fehlt den Kassen jedoch das Geld, man geht eher den umgekehrten Weg: „In Folge der immer kritischer werdenden finanziellen Situation haben wir unsere Mehrleistungen jüngst sukzessive reduziert“, gibt Christian Moder, Direktor der burgenländischen Gebietskrankenkasse, offen zu. Schon jetzt zahlt man stolze Selbstbehalte, mit noch höheren Selbstbehalten werden vor allem Besserverdiener künftig rechnen müssen

GEWINN-Rezept: Die Schmankerln der Kassen

- **Zähne:** Gewerbliche Kassa (SVA) schießt 610,45 Euro für festsitzende Kieferregulierungen, 100 Euro für Kronen und Brückenglieder zu, für Zahnspangen gibt's bei abnehmbaren z. B. von der WGKK bis zu 298 Euro /Jahr, BVA zahlt medizinisch notwendige Implantate.
- **Augen:** Kontaktlinsen-Zuschüsse wenn medizinisch notwendig, Laseroperation bei grober Fehlsichtigkeit (BVA ab sieben Dioptrien, WKK z. B. ab zehn), GKK Stmk. zahlt z. B. 308 Euro/Auge.
- **Impfung:** Zeckenimpfung (ca. 3,63 Euro oder 7,27 Euro, BVA 16 Euro), NÖ GKK zahlt Beitrag zur HPV-Impfung für Mädchen (<http://www.lknoe.at/de/1988>).
- **Kinder:** NÖ-GGK zahlt Zuschüsse zu Landaufenthalten (Gewichtsreduktion), heilklimatischen Erholungsurlauben, die GKK Bgld. Therapiecamps bei Diabetes, Meeresaufenthalte bei Neurodermitis.
- **Gesundenuntersuchung:** Gratis ein Mal pro Jahr, 100 Euro Gutschein für Gesundheitsförderung bei SVA.
- **Nadelakupunktur:** Rund zehn Euro bis 13 Euro/Sitzung.
- **Psychotherapie:** Kostenzuschuss von 21,80 Euro, GKK Salzburg 31,80 Euro.
- **Spezialgymnastik** (Bobath, Vojka, Lehnert-S): GKK Stmk., Wien und Kärnten.
- **Chiropraxis:** GKK Steiermark.
- **Lymphdrainage:** GKK NÖ (18,89 Euro/45 Minuten), Bgld., Kärnten, Stmk.
- **medizinische Hauskrankenpflege:** meist 8,72 Euro pro Besuch, weniger in VlbG.
- **plastische Chirurgie:** Bei medizin. Grund (Schlupflider, Brustverkleinerung).
- **Reisekosten** (ab 20 km Entfernung zur Behandlung) neun Cent ohne bzw. 14 Cent/Km mit Begleitung.
- **Hypotherapie:** GKK NÖ zahlt 29,65 Euro/Stunde, GKK BGLD.
- **Sonderklasse:** Die SVA erstattet 80 Prozent der Mehrkosten für Sonderklasse.
- **Hebamme:** GKK Steiermark, Kärnten, Vbg. von 8,72 Euro/Pflegetag, Tirol 11,63 Euro und 22,53 Euro bei Nacht- und Feiertagen, Hebammentarif bei BVA.
- **Pflegekostenzuschuss:** BVA 145 Euro, sonst meist 155 Euro Pauschale/Tag.
- **In-vitro-Fertilisation:** 70% zahlt IVF-Fonds (bei Frau < 40, Mann < 50 Jahre).

Die Schwächen der Pflegeversicherungen

Die Zahl der Pflegefälle in Österreich ist groß und wird weiter steigen. Das staatliche Pflegegeld ist niedrig und gemessen an der Kaufkraft seit 1993 sogar deutlich gesunken. Private Versicherer versprechen nun, die Lücke zu den tatsächlichen Pflegekosten zu schließen. Das klingt alles sehr einleuchtend, ist durch die politische Diskussion jedem bewusst, und trotzdem gibt es erst rund 20.000 abgeschlossene Verträge. Wieso so wenig? „Es gibt hier mehrere Probleme“, analysiert Hemma Massera vom großen Versicherungsmakler GreCo International, „abgesehen davon, dass den Kunden nach Lebensversicherung, Krankenversicherung und vielleicht Berufsunfähigkeitsversicherung eine weitere Vorsorgeversicherung verkauft werden soll, haben die Produkte tatsächlich Schwächen. Eine der größten besteht darin, dass immer nur ein bestimmter Geldbetrag bezahlt wird, zusätzlich zum

staatlichen Pflegegeld. Es ist also eine Art ‚Pflege-Monatsgeld‘, gewährt aber keinerlei Deckungsgarantie für sämtliche Kosten, die auftreten können – im Gegensatz zu einer privaten Krankenversicherung.“ Es wird hier also nur eine Lücke verkleinert und nicht geschlossen, weil auch niemand weiß, wie groß sie künftig sein wird. „Und das hängt auch sehr von den politischen Rahmenbedingungen ab, wie viel etwa die öffentliche Hand zur Pflege künftig dazu zahlt“, so Massera. Oder auch wie viel Pflegekräfte künftig kosten. Je mehr man den Arbeitsmarkt dafür Richtung Osten verschließt, desto teurer wird's werden. Wegen dieser Ungewissheit können die Versicherungen nur begrenzte Leistungen anbieten. Und noch ein gravierendes Problem gibt es. „Die mit Abstand meisten Pflegefälle treten im Alter von 80 bis 90 auf. Das heißt, dass die meisten die Prämie auch noch lange zah-



Foto: Petra Spölla

Hemma Massera: „Die Pflegeversicherungen haben tatsächlich Schwächen“

len müssen, wenn sie längst im Pensionsalter sind“, erklärt Massera.

GEWINN-Rezept: Die Alternative zu Pflegeversicherungen: über eine Lebensversicherung ansparen und als Rente auszahlen lassen. Diese zahlt ab dem Rentenalter auf Lebenszeit aus (gemessen an der Prämie weniger, dafür mit viel weniger Fragezeichen).

GEWINN-Diagnose: Das lange Warten aufs neue Knie



Foto: Bildagentur Waldhaus

Die berechtigte Hoffnung auf einen schnelleren Zugang zu Operationen ist das Hauptmotiv für befragte GEWINN-Leser, warum sie eine Privatversicherung abschließen würden

► **Z**wei Jahre warten auf ein künstliches Kniegelenk ist in Wien keine Seltenheit. Gewisse Operationen sind für ihre Wartezeiten geradezu berühmt: Hüft- oder Kniegelenkoperationen sind ganz vorne dabei, Kataraktoperationen (Linsenersatz bei grauem Star) und bestimmte herz- und gefäßchirurgische Eingriffe.

Auch wenn es sich dabei nicht um lebensbedrohliche Fälle handelt. Wer monatelang vor Schmerzen kaum mehr gehen kann oder aufgrund seines grauen Stars fast nichts mehr sieht, den wird dieses Wissen kaum beruhigen. „Die Wartezeiten sind von Krankenanstalt zu Krankenanstalt unterschiedlich, oft wartet man beim einen Spital auf eine Operation einen Monat, bei einem anderen hingegen vier Monate. Mitunter auch, weil die Station oder der bestimmte Arzt einen guten Ruf hat und alle dorthin wollen“, erklärt Gerhard Neustifter von der Wiener Patientenanzwaltschaft. „In manchen Spitälern stehen auch zeitweise die Operationssäle leer, weil etwa Spitalsärzte am Nachmittag in ihrer Privatordination arbeiten“, so Neustifter.

Wie kommt es eigentlich, dass Privatpatienten üblicherweise sehr rasch eingeschoben werden, während die Kassenpatienten warten müssen? Es handelt sich um eine unbestreitbare Tatsache, mit der die Privatversicherungen mitunter auch werben – obwohl es dafür keine gesetzliche Grundlage gibt. „In

den öffentlichen Krankenhäusern gibt es keine Erklärung dafür – und in Privatspitälern gibt es kaum Wartezeiten“, meint etwa die UNIQA. Neustifter hat hingegen die Antwort dafür parat: „Es gibt eine bestimmte Anzahl Klassezimmer pro Krankenanstalt, die sind in erster Linie für Privatversicherte reserviert. Da es nur wenig Klassepatienten gibt und sie Vorrang bei den Klassezimmern haben, kommen sie natürlich früher dran. Es liegt also überwiegend am Bett, weshalb sie schneller operiert werden.“

Primar zuerst

Das am zweithäufigsten genannte Argument in der GEWINN-Umfrage, wieso man eine private Krankenversiche-

rung abschließen möchte, ist die sogenannte freie Arztwahl. Was viele nicht wissen: Wirklich freie Arztwahl besteht aber auch für Privatversicherte nur in Privatkrankenhäusern. Ansonsten können sie sich bloß ein bestimmtes (öffentliches) Spital auswählen, haben jedoch keine Garantie, auch einen bestimmten Arzt zu bekommen – auch wenn es in der Praxis meist doch funktioniert. Trotzdem: Auf diese Weise kann sich der Sinn der Privatversicherung, wie Insider berichten, mitunter auch ins Gegenteil verkehren: „Es führt oft dazu, dass der Primar operiert, weil er in der Hierarchie oben steht und mitverdienen möchte, obwohl er schon lange nicht mehr so viel Übung hat, wie der rangniedrigere Arzt, der tagtäglich im OP steht und daher eigentlich der Bessere wäre“, berichtet ein Spitalsarzt, der namentlich nicht genannt werden möchte.

Im Notfall alle gleich

Dass bei Notfällen Privatpatienten nicht vorgezogen werden dürfen, ist gesetzlich sichergestellt. Der Hauptvorteil von Klassepatienten ist neben der oft angenehmeren Unterbringung – Einzelzimmer statt im schlimmsten Fall Gangbett – die Wahl von Spital und Arzt. Doch zahlt die private Versicherung auch Ausflüge ins Ausland, wenn man der Meinung ist, dass man sich nur von einer bestimmten international anerkannten Koryphäe behandeln lassen will? „Mit einer Weltdeckung in Verbindung mit einer Sonderklasseversicherung ist die Kostenübernahme weltweit garantiert. Hier wird auch nicht geprüft, ob die

GEWINN-Rezept: Schneller drankommen ohne Zusatzversicherung

Als Privatpatient ist man natürlich meist schon von der Privatordination her mit „seinem“ Arzt vertraut, der auch einen gewissen Einfluss auf die Operationsreihenfolge hat.

Nur-Kasse-Patienten, die sich eine schnellere Operation erhoffen, können es immerhin mit einem „Schleichweg“ probieren. Ordiniert der Arzt, von dem

man im Spital operiert werden will, auch privat, kann man sich dort einen Termin geben lassen und mit seinen gesammelten Befunden vorbeikommen. Manchem hat das Bezahlen von ein, zwei privaten Arthonoraren schon genützt, um in der Warteliste vorzurutschen, wenn die Befunde eine schnellere Behandlung angebracht erscheinen lassen.

Unisex-Prämien: Männer zahlen jetzt mehr

Im vergangenen Jahr stellte die EU fest: Was private Krankenversicherungen betrifft, darf das Geburtsrisiko nicht mehr allein von den Frauen getragen werden. Schließlich sind ja auch Männer am Kinderbekommen beteiligt, andererseits wird nicht jede Frau schwanger.

Weil so eine Umstellung nicht von heute auf morgen geht, hatten die Privatversicherer bis Ende November 2007 Zeit, die entsprechende EU-Richtlinie (2004/113/EG) umzusetzen und ihre Tarife umzustellen. Seit 1. 12. ist es nun so weit.

Was sich geändert hat? „Für Frauen bis etwa 40, 45 wurden die Prämien für Neueinsteigerinnen spürbar billiger, bei Sonderklasse-Tarifen ohne Selbstbehalt kann die Differenz durchaus 20 Prozent betragen, bei Selbstbehaltstarifen sind die Unterschiede geringer“,

Die EU ist der Meinung, dass nicht nur die Frauen die Kinder bekommen

konnte Marion Cadec-Sauter von benefit consulting aus den Tarifen herauslesen. Weil die Versicherungen diesen Prämienvorteil für Frauen natürlich nicht aus der eigenen Tasche bezahlen, gibt es auch Verlierer bei dieser Reform: die Männer. Sie zahlen nun entsprechend mehr.

Dass Frauen aber unterm Strich noch immer mehr zahlen als die Männer – siehe Vergleich Seite 66 –, liegt daran, dass andere geschlechtsspezifische Kriterien (z. B. dass sich Frauen früher und öfter behandeln lassen etc.) ja aufrecht bleiben. Insofern verspricht die branchenübliche Bezeichnung als „Unisex-Tarife“ zu viel.



Foto: Szene aus „Junior“, Cinetext Bildarchiv

gen wurde, ist sie zu keiner Leistung verpflichtet (allerdings nur innerhalb der ersten drei Jahre).

Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen haben jedenfalls kaum eine Chance, aufgenommen zu werden. Oder wenn ja, dann nur mit Ausschlüssen für bestimmte Erkrankungen oder erhöhten Prämien bzw. Selbsthalten. Krebs, Herzinfarkt, Diabetes sind natürlich Vorerkrankungen, die meist abgelehnt werden, aber nicht immer:

„Es ist z. B. bei Krebs zu berücksichtigen, seit wann die Behandlung beendet ist, bei Tumorentfernungen muss der histologische Befund vorhanden sein, Angaben, ob und welche Folgetherapien notwendig waren, sowie Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen. An sich ist eine Prüfung auf Versicherbarkeit nach fünf bzw. zehn Jahren nach Ende der Behandlung möglich“, gibt beispielsweise die Merkur Auskunft.

Bei psychischen Vorerkrankungen wird der Auslöser hinterfragt, die Therapie, ob man schon mal stationär aufgenommen wurde, bei „harmlosen“ Erkrankungen wie einer Depression aufgrund eines bestimmten Auslösers ist eine Versicherung aber üblicherweise möglich. Spezialfall sind auch Allergien: in der Sonderklasse meist kein Problem, aber bei ambulanten Tarifen (wo die Allergiebehandlung überwiegend hineinfällt) gibt es meist Prämienaufschläge, teils bis 20, 30 Prozent.

Eine gute Nachricht gibt es immerhin zuletzt: Ist man einmal im Vertrag drin, kann man von der Versicherung bloß wieder gekündigt werden, wenn man seine Prämien nicht zahlt. Wegen zu hoher Krankheitskosten gekündigt zu werden ist nicht drin. Deshalb ist die Prüfung bei der Annahme ja auch so streng.

► Behandlung im Ausland nicht auch im Inland durchführbar ist“, gibt die Wiener Städtische Auskunft. Bei der Allianz, die eine solche „Spezialdeckung“ nicht bietet, ist man allerdings skeptisch: „Österreich hat so viele Spitzenmediziner, ich bezweifle, ob so eine weltweite Deckung in der Praxis genutzt wird und nicht nur Kosten verursacht“, meint Annemarie Waltner, Bereichsleiterin Krankenversicherung der Allianz.

Und gerade im Bereich Organspenden ist man in Österreich ohnehin bevorzugt: Da hier jedem, der nicht ausdrücklich widersprochen hat, Organe entnommen werden können (im Ausland ist es überwiegend umgekehrt), zählt Österreich zu den „Organparadiesen“.

Wie krank darf man für eine Privatversicherung sein?

Wer eine private Krankenversicherung abschließen möchte, muss die sogenannten Gesundheitsfragen beantwor-

ten. So erspart sich der Kunde zwar aufwendige Atteste, darf aber nichts verschweigen. Zusätzlich wird er aufgefordert, behandelnde Ärzte zu nennen, bei denen bei Bedarf nachgefragt werden kann. Sollte die Versicherung in Zukunft zur Zahlung aufgefordert werden und sie kommt dahinter, dass ihr bei Antragstellung etwas verschwie-

GEWINN-Rezept: So werden Sie von der Zusatzversicherung nicht abgelehnt

Ein Tipp jedenfalls für alle, die aufgrund von Vorerkrankungen Probleme bekommen könnten: Gehen Sie zu einem Versicherungsmakler, besprechen Sie mit ihm Ihre Vorstellungen, holen Sie einen Tarifvergleich bei ihm ein, und wenn Sie möglicherweise proble-

matische Vorerkrankungen haben, kann er neben der laut Tarifvergleich vorteilhaftesten Versicherung für Sie auch noch ein, zwei alternative Probeanträge bei Alternativenbietern einholen, um herauszufinden, ob Sie woanders besser wegkommen würden.

GEWINN-Diagnose: Teures Klasse-Zimmer

► Die tägliche Anstaltsgebühr für die Aufnahme in die Sonderklasse am AKH Wien für einen sozialversicherten Patienten beträgt 258,50 Euro, ein Einbettzimmer zusätzlich 52 Euro pro Tag. Neben diesen Gebühren wird zusätzlich das zwischen dem Patienten und den Vorständen zu vereinbarende Honorar verrechnet, das wesentlich höher sein kann als der vorher genannte Tarif der Stadt Wien“, schreibt das AKH Wien auf Anfrage des GEWINN. Resümee des AKH: „Patienten ohne Privatversicherung wird deshalb von einer Aufnahme in die Sonderklasse abgeraten.“

Mit einem Wort: Die theoretische Möglichkeit, sich seine Sonderklasse-Unterbringung aus der eigenen Geldbörse zu finanzieren, wird wohl niemand in die Tat umsetzen.

Was ist nun der Vorteil so einer Sonderklasse-Unterbringung? Im Einzelzimmer erspart man sich schnarchende und sonstwie unangenehme Bettnachbarn, die Verpflegung ist besser, die Ärzte und Schwestern sind häufiger aufmerksamer. Und auch wenn mittlerweile viele Spitäler, besonders außerhalb der großen Ballungsräume, ohnehin nur noch Zwei- oder Dreibettzimmer vorweisen, hat man doch die Garantie, auch bei schlimmstem Ansturm fein untergebracht zu sein, Gangbetten sind zwar seltener, kommen aber mitunter vor.



Foto: Evangelisches Krankenhaus Wien

Sonderklasse hat Hotelcharakter: Theoretisch können sich die Kasse-Patienten den Luxus mit Aufzahlung auch leisten, praktisch kommt's teuer und ist Privatpatienten vorbehalten

Tipps für Sparefrohs: Wer rechtzeitig die Verhältnisse des Spitals, in dem er operiert werden soll, auskundschaftet und zum Schluss kommt, dass es dort auch für Normal-Patienten nett ist, kann auf seine Sonderklasse-Unterbringung verzichten und stattdessen das sogenannte Taggeld beziehen. Das fällt, wie der Vergleich auf Seite 66 zeigt, recht fett aus: je nach Anbieter

zwischen 80 (Merkur) und 155 Euro (Wiener Städtische).

Der Komfort kostet natürlich: Mit 30 liegt man durchwegs noch um die 90 Euro als Mann und knapp über 100 Euro als Frau, 50-Jährige müssen hingegen schon mit beinahe 200 Euro Prämie pro Monat rechnen.

Dazu sei betont: Der hier vorgestellte Tarif ist einer ohne Selbstbehalt. benefit consulting hat für GEWINN auch eine Selbstbehaltsalternative errechnet. Bei Selbsthalten von rund 900 Euro im Kalenderjahr kostet die Prämie für 30-jährige Frauen nur noch zwischen 54 Euro (Merkur) und 70 Euro (Allianz), eine 50-jährige Frau muss statt mit 200 im besten Fall nur noch mit 116 Euro (Generali), im schlechtesten Fall mit 132 Euro (Allianz) rechnen.

Wenn es immer teurer wird

Wer sich im Erwachsenenalter zum Abschluss einer Sonderklasse entschließt, sollte sich übrigens bewusst sein, dass die Prämien Jahr für Jahr weiter ansteigen. „Zwischen zwei und fünf Prozent pro Jahr ist der übliche Rahmen“, erzählt Versicherungsexpertin Marion Cadek-Sauter von benefit consulting. Ihr seien aber auch schon Erhöhungen von sieben Prozent von einem Jahr aufs nächste untergekommen.

Was kann man tun, wenn man langsam nicht mehr mit kann? Kündigen wäre mehr als schade, schließlich erhält

GEWINN-Rezept: So wird die Zusatzversicherung erschwinglich

Tarife mit Selbstbehalt: sind spürbar günstiger als Tarife ohne. Ein Selbstbehalt von rund 900 Euro ist für jeden leistbar, hilft rund 40 Prozent Prämie sparen, Selbstbehalte werden bis zu 1.700 Euro angeboten.

Optionstarif: Mit ihm steigt man als Junger ein mit der Option, später – üblicherweise bis 40, 45 – einen Vollversicherungsschutz zu erhalten. Oft ist dieser Produktbaustein mit dem „Sonderklassetarif nach Unfall“ kombiniert. Ein Produkt, das für Jüngere interessanter ist als für Ältere, da Jüngere ja überdurchschnittlich oft wegen eines Unfalls, weniger wegen einer Krankheit im Spi-

tal liegen. Die UNIQA verrechnet 30 Prozent des jeweiligen Krankenhauskostentarifs.

Ein Tipp für alle Nicht-Wiener: Wer davon ausgeht, dass er ohnehin nur in seinem Bundesland behandelt wird, fährt mit einem reinen Regionaltarif günstiger, als wenn er die Österreich-Deckung wählt (ist gleich der Wiener Tarif, der der teuerste im Land ist). Besonders günstig sind Niederösterreich und das Burgenland. Es gibt auch Tarife, bei denen man z. B. als Niederösterreicher im eigenen Bundesland nur einen geringen Selbstbehalt hat, sollte man doch in ein Wiener Krankenhaus müssen, dann kann man aber

auch auf Sonderklasse liegen, es wird bloß ein höherer Selbstbehalt fällig.

Ein häufiges Problem: Für Leute über 60 werden die Prämien so teuer, dass man sie sich als Pensionist kaum mehr leisten kann. Die Merkur bietet seit kurzem einen Tarif namens „GesundheitPlus“ an, der auch im Alter leistbar bleiben soll. In der Aktivphase zahlt man zwar höhere Prämien, dafür ist garantiert, dass man ab dem 65. Lebensjahr eine 25- oder 50-prozentige Prämienermäßigung (steht zur Wahl) erhält. Übrigens kann er auch zu bereits bestehenden Merkur-Verträgen dazugebucht werden!

► Titelgeschichte: Krankenversicherungen

► man keinen Cent zurück, egal, wie lange man schon eingezahlt hat. „Man kann von einem Tarif ohne Selbstbehalt leicht auf einen Tarif mit Selbstbehalt umsteigen“, rät Annemarie Waltner, Bereichsleiterin Krankenversicherung der Allianz. Nur der umgekehrte Umstieg, das heißt von Selbstbehalt auf keinen Selbstbehalt, sei schwierig, weil aufgrund des sich erhöhenden Risikos des Versicherten wieder Gesundheitsfragen anstehen würden (mehr dazu siehe Kasten S. 62).

Kinder mitversichern ist immer teuer, trotz Familienrabatt

Kinder zusätzlich für Krankheitsfälle privat zu versichern ist auch nicht gerade günstig. Sind auch die Eltern beim gleichen Versicherer unter Vertrag, winkt der Familie der Ehepaar- bzw. Familienrabatt, der meist ab zwei versicherten Erwachsenen zwischen fünf und sieben Prozent beträgt, was bei den Gesamtkosten einer Sonderklassever-

sicherung schon so um die 20 Euro weniger bedeuten kann. Dafür müssen für Mutter, Vater, Kind im Monat unterm Strich trotzdem rund 250 Euro hingebblättert werden (bei einem durchschnittlichen Sonderklastarif ohne Selbstbehalt, Eltern um die 40 Jahre alt), was sich nicht jeder leisten kann oder will.

Falls Sie selbst nicht privat zusatzversichert sind, kann Ihnen für Ihr Kind zur Variante „Sonderklasse nach Unfall“ geraten werden, denn die kostet beispiels-

Privatversicherungen im Vergleich: Auf Sonderklasse im Spital

bei bestehender Pflichtversicherung bei der Gebietskrankenkasse, Österreich-Tarif ohne Selbstbehalt, einwandfreier Gesundheitszustand vorausgesetzt

	Allianz (N3050)	Generali (SD 151)	Merkur (MZG9N7)	UNIQA (QGX 9/2008)	Wr. Städtische (PA 6/07)
Was sie leisten:					
Mehrbett-/Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Mehrbettzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer
Einbettzimmer (ohne zusätzl. Tarif)	in allen Bundesländern außer in Wien inkl.	in allen Bundesländern außer in Wien inkl.	in allen Bundesländern außer in Wien inkl.	in allen Bundesländern außer in Wien inkl.	nicht inkludiert
Weltdeckung – öffentliche Spitäler	nur tarifliche Leistungen	bei Unfall od. akuter Erkrankung, sofern Rückkehr nach Österreich aus medizin. Gründen nicht möglich	nur tarifliche Leistungen	nur tarifliche Leistungen	nur tarifliche Leistungen
Weltdeckung für geplante stationäre Behandlungen, die in Österreich nicht möglich sind	nicht inkludiert	inkludiert	inkludiert	inkludiert	mit Zusatztarif einschließbar
Leistungen für ambulante Operationen	falls amb. Behandlung einen stationären Aufenthalt ersetzt	nicht inkludiert	inkludiert	ja, ab Operationsgruppe III	inkludiert
Ersatztagelohn, wenn Sonderklasse nicht in Anspruch genommen wird	111,01	151,-, für Kinder 76,-	80,-, für Kinder 40,-	128,-	155,-, für Kinder 78,-
Begleitkosten für mitversicherte Kinder	für minderjährige Kinder (Kind + Elternteil müssen vers. sein)	für Kinder bis 12 Jahre (Kind + Elternteil müssen versichert sein)	für Kinder bis 18 Jahre (Elternteil muss nicht mitversichert sein)	für Kinder bis 12 Jahre (Elternteil muss nicht mitversichert sein)	für Kinder bis 12 Jahre (Elternteil muss nicht mitvers. sein)
Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss je Tag	23,84	nicht inkludiert	20,-	nicht inkludiert	nicht inkludiert
Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit	inkludiert, Höhe gewinnabhängig, sofern alle mitvers. Pers. ein Jahr leistungsfrei waren	nur in Kombination mit ambulanten Tarif	nur in Kombination mit ambulanten Tarif	inkludiert, Höhe gewinnabhängig, sofern die vers. Person zwei Jahre leistungsfrei war	nur mit Zusatztarif (8% Prämienzuschlag)
Krankentransport bis zu	442,86	386,-	205,-	399,-	388,-
Zusatzleistungen	–	ärztliche Zweitmeinung bei empfohlenen Operationen (bis zu EUR 100,-), Begleitung des Gesundheitsmanagers	Tagsatz 20,- für Rehab-Leistungen nach best. stationären Aufhalten, kleines Auslandsreisen-Paket	ärztl. Zweitmeinung bei empfohlenen Operationen; 1.491,- bei malignem Tumor; 128,- je Tag für stationären Aufenthalt in Hospiz/Palliativstation	ärztl. Zweitmeinung bei empfohlenen Operationen bis zu 150,-; einmalig Raucherentwöhnung/Ernährungsberatung/TCM-Behandlung
Was sie kosten (Monatsprämien inkl VersSt.):					
Mann, Alter 30	89,89	89,09	82,18	90,72	88,31
Frau, Alter 30	106,87	105,23	104,86	100,76	101,04
Mann, Alter 40	119,90	118,96	115,81	117,46	116,65
Frau, Alter 40	146,78	139,29	139,91	140,52	133,41
Mann, Alter 50	182,88	173,35	177,74	179,92	169,50
Frau, Alter 50	201,33	191,27	183,00	192,10	180,27
Kinderprämie (falls beim Elternteil mitversichert)	35,47	31,39	40,26	31,36	28,56

Anmerkungen: Europadeckung in öffentlichen Spitalern ist in allen Tarifen inkludiert. Wartezeit allgemein beträgt bei Allianz und Merkur drei Monate, bei den anderen gibt es derzeit keine. Bei Schwangerschaft bei allen Anbietern neun Monate Wartezeit. Mindestvertragsdauer drei Jahre (Ausnahme Merkur: zwei Jahre). Die Prämien werden in der Krankenversicherung jährlich an die gestiegenen Kosten im Medizin- bzw. Spitalwesen angepasst.

Quelle: benefit consulting

weise für ein neunjähriges Mädchen bei der Generali 4,11 Euro monatlich, ohne Selbstbehalt (Quelle: Chegg.net).

Ansonsten sieht es düster aus: 28,56 Euro monatlich (bei der Wiener Städtischen als günstigster Anbieter) dafür, dass Ihr Kind im Krankenhaus ohne Aufgeld auf Sonderklasse liegt (oder das Ganze um 13,84 Euro monatlich bei einem Selbstbehalt von 1.700 Euro pro Jahr), sind wohl nur für Sicherheitsfanatiker attraktiv.

Beim kranken Kind im Spital bleiben

Ein häufiger Grund für einen Sonderklasse-Abschluss bei Kindern ist die Garantie, dass man als Erwachsener das Kind ins Spital begleiten kann, wenn es krank ist. Manche Versicherer gewähren das Zuckerl nur für Kinder bis zwölf Jahre (Generali, UNIQA, Wiener Städtische), Allianz und Merkur hingegen sogar bis zum 18. Lebensjahr. Gerade dazu greifen viele auch zu einem Produkt von MuKi (Verein Mutter und Kind im Krankenhaus), der sich genau auf diese Problematik



Foto: Bildagentur Waldhaus

Man muss nicht selbst Zusatzversichert sein, um für das Kind vorzusorgen – hier empfiehlt sich der Tarif „Sonderklasse nach Unfall“, den es um zirka vier Euro pro Monat ohne Selbstbehalt gibt

spezialisiert hat, auch wenn er mittlerweile auch weiterreichende Versicherungsprodukte anbietet.

Kann man heutzutage nicht ohnehin auf eigene Kosten mit dem Kind ins Spital mitgehen? Wenn gerade Platz ist, lautet die Antwort ja. Im Wiener Sankt Anna Kinderspital beispielsweise

ist das Übernachten und sogar die Verpflegung von Elternteilen bis zum dritten Lebensjahr des Kindes gratis. Bei älteren Kindern gelten gestaffelte Nächtigungsgebühren. Allerdings kann nicht garantiert werden, dass genügend Platz ist. Als Privatversicherter hat man diese Garantie im Vorhinein. ▶

Sie denken an Bank mit Tradition.

Wir auch an Innovation vor Ort.

Offizieller Sponsor der Salzburger Festspiele

Investment Banking • Private Banking • Asset Management

Seit 1856 betrachten wir für das Wohl unserer Kunden Dinge aus einem neuen Blickwinkel. Aufbauend auf unserer weltweiten Erfahrung und Kompetenz helfen wir Ihnen, neue Chancen im Investment Banking, Private Banking und Asset Management zu realisieren. Die Credit Suisse (Luxembourg) S.A., Zweigniederlassung Österreich, freut sich, Sie nun an folgenden Adressen persönlich zu beraten. In Wien: Palais Corso, Kärtner Ring 11–13, 1010 Wien, +43 1 512 29 89 0; in Salzburg: Rainerstraße 2, 5020 Salzburg, +43 662 88 00 50 0. www.credit-suisse.com/at

Neue Perspektiven. Für Sie.

► Titelgeschichte: Krankenversicherungen

Radikalkur für die kranken Kassen?

Die Krankenkassen kämpfen mit hohen Defiziten. GEWINN befragte Hauptverbands-Vorsitzenden Erich Lamingner sowie Peter Eichler, Vorstand des Privatversicherers UNIQA, zu möglichen Leistungskürzungen und erfuhr exklusiv, wo gespart wird.

GEWINN: *Angesichts der Kassendefizite rechnen 87 Prozent mit massiven Leistungskürzungen und höheren Selbstbehalten. Sind die Sorgen berechtigt?*

EICHLER: Ich halte sie nicht für unbegründet. In unserem Gesundheitssystem brodelte es wie in einem Kochtopf, überall muss rationiert werden . . .

LAMINGER: . . . ich kann die Wurzel der Ängste nicht orten, in der jetzigen Planung sind sie nicht berechtigt. Im Regierungsübereinkommen steht, dass es in dieser Legislaturperiode keine neuen Selbstbehalte gibt. Die Rezeptgebühren werden sogar gedeckelt . . .

GEWINN: . . . was wiederum 60 Millionen Euro kostet.

LAMINGER: . . . die nicht von uns, sondern aus dem Budget kommen müssen, denn sie waren nicht eingeplant.

EICHLER: Es glaubt ja auch niemand, dass unser Gesundheitssystem von heute auf morgen kollabiert. Man fürchtet sich vielmehr vor einer schleichenden Rationierung der Gesundheitsleistungen . . .

GEWINN: *Die Sie schon feststellen?*

EICHLER: Es gibt Bereiche wie die Physiotherapie, wo Leistungen schon eingeschränkt wurden und wo die Privaten im ambulanten Bereich einspringen.

GEWINN: *Faktum ist, dass die Gebietskrankenkassen derzeit mit 380 Millionen Euro im Minus sind. Sie müssen bis Mitte nächsten Jahres 150 Millionen einsparen, sonst wird die Beitragserhöhung mit 2008 wieder obsolet.*

LAMINGER: Es geht nicht darum, bestehende Ausgaben um 150 Millionen Euro zu kürzen, sondern die Ausgabendynamik um 150 Millionen Euro einzubremsen.

GEWINN: *Auch keine leichte Aufgabe!*

LAMINGER: Derzeit steigen die Medikamentenkosten jährlich mit sieben Prozent, wir müssen eine Erhöhung um nur vier Prozent erreichen, das bringt schon 90 Millionen Euro Einsparung . . .

GEWINN: . . . und harte Verhandlungen mit der Pharmaindustrie.

LAMINGER: Nicht nur. Unser Problem ist zunehmend die Quantität. Für alles

und jedes nimmt man Medikamente: von den Pensionisten, um auf sportliche Höchstleistungen zu kommen, bis hin zur Mutter, die die Blähungen ihres Kindes mit Zäpfchen statt mit Fencheltee bekämpft. Den Versicherten muss wieder klar werden, dass auch ein Medikament ein gut dosiertes Gift mit Nebenwirkungen ist, sonst wäre es kein Medikament.

EICHLER: Die starke Zunahme von Zi-

sozial abgedeckt versteht sich, der richtige Weg für die Zukunft ist.

GEWINN: *Laut GEWINN-Umfrage sind die meisten Leser bereit, stolze Summen für ihre Gesundheit auszugeben . . .*

LAMINGER: Es fehlt nur der Mut der Politiker!

GEWINN: *Sind Sie privat versichert?*

LAMINGER: Derzeit nicht.

GEWINN: *Sehen Sie darin keinen Sinn?*

UNIQA-Chef Peter Eichler (Mitte) im Gespräch mit Hauptverbands-Vorsitzendem Erich Lamingner (re.) und GEWINN-Redakteurin Julia Kistner. Privat und Staat sind sich einig, dass Zivilisationskrankheiten die wahre Zeitbombe sind

Foto: Beppo Schuster



vilisationskrankheiten wie Diabetes sehe auch ich derzeit für einen der größten Kostentreiber, viel mehr als die demografische Entwicklung.

GEWINN: *Deshalb plädieren unsere Leser auch vor allem für höhere Selbstbehalte für Risikogruppen wie Raucher oder Fettleibige.*

EICHLER: Wir haben längst Bonussysteme als Anreiz für eine gesündere Lebensweise, die viel weitreichender sind als nur die Prämienrückerstattungen.

LAMINGER: Löblich, wenn Private das tun und so insgesamt ein Umdenken bei Patienten bewirken. Solche Ansätze gibt es bei uns mit dem Mutter-Kind-Pass – weitere Bonussysteme, die automatisch eine Nichtleistung für andere bedeuten, sind für uns nicht denkbar.

GEWINN: *Mit der Rezeptgebühr, bei der jedes Medikament 4,30 Euro kostet und die gedeckelt ist, werden sie den Pillenkonsum nicht senken können.*

LAMINGER: Ich halte auch nichts von der Rezeptgebühr, so wie sie jetzt ist. Da zahlt der Mensch, der unten in der U-Bahn wohnt, genauso viel wie Dr. Eichler, den die Gebühr kaum berührt. Selbstbehalte müssen sozial gestaffelt sein, um Lenkungscharakter zu haben – doch das ist Zukunftsmusik.

EICHLER: Ich glaube, dass mehr Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung,

Sie soll hilfreich sein, um Operationen zu beschleunigen, für sie spricht auch die Hotelkomponente.

GEWINN: *Unsere Leser erwarten sich auch Zugang zur Alternativmedizin.*

EICHLER: Komplementärmedizin ist ein Thema. Sie hat ja viel mit Zuwendung zu tun statt der Drei-Minuten-Medizin.

LAMINGER: Da kommen wir leider hin: 100 Millionen Arztkontakte im Jahr, bis zu 580.000 Arztbesuche pro Wochentag. Wir brauchen jetzt ein vernünftigeres Ärztehonorarsystem, um unnötige Arztbesuche einzuschränken, sowie vernünftige Patienten.

GEWINN: *Wollen Sie nicht bei den Spitälern sparen?*

LAMINGER: Hier haben wir keinen Einfluss. Der Beitrag, den wir leisten, ist an unsere Einnahmen gekoppelt. Die Gebietskrankenkassen zahlen mit der Beitragserhöhung ab 2008 automatisch rund 50 Millionen mehr an die Krankenanstalten. Hier ist unbedingt mehr Fair Play und Kostentransparenz gefragt. Das System muss doch kränken, wenn ein Primararzt 60.000 Euro regulär verdient und vielleicht 250.000 Euro dazu, weil er gut ist – da stimmt das Verhältnis doch nicht.

EICHLER: Die Differenz zahlen leider wir!

Rezepte für Steuervorteile

Zahnspangen, verspiegelte Spezialbrillen, Privatarztrechnungen, alternative Heilmethoden, Zahnimplantate: All diese Kosten haben gemeinsam, dass sie ordentlich die Brieftasche belasten und von den Kassen nicht bis kaum übernommen werden. Bleibt noch die Hoffnung, dass die Steuer etwas davon berücksichtigt.

Als Faustregel gilt: Steuerlich ist es besser, wenn man in einem Jahr möglichst viel für seine Gesundheit ausgibt, denn nur beim Sprengen der Selbstbehaltsgrenze lässt sich etwas absetzen. Heißer Tipp daher für Familien: Ist bei einem Partner eine Gebissanierung in absehbarer Nähe, beim Kind eine Zahnspange und womöglich beim anderen eine neue Brille, sollte man das unbedingt in ein und dasselbe Kalenderjahr legen. Zusätzlich sollte man beginnen, Arzneimittelrechnungen, Privatarthonorare etc. zu sammeln, da sich das oberhalb der Selbstbehaltsgrenze alles absetzen lässt.

Was lässt sich absetzen?

Wer die Selbstbehaltshürde mal übersprungen hat, kann erstaunlich viel absetzen. Arzt- und Krankenhaushonorare, Medikamente, auch ärztlich verordnete homöopathische Präparate, Rezept-, Ambulanzgebühren, Behandlungsbeiträge (inklusive Akupunktur und Psychotherapie) bis zu Heilbehelfen wie Hörgeräte, Prothesen, Zahnersatz, Brillen etc. Und auch Fahrtkosten zum Arzt oder ins Spital. Es gibt aber auch Kosten, für die der Fiskus gar kein Verständnis zeigt: „Kosten für die Vorbeugung und Erhaltung der Gesundheit sowie für die Schönheit sind nicht abzugsfähig“, erklärt Steuerberaterin Iris Kraft-Kinz von Hübner & Hübner. Bei alternativen Behandlungsmethoden kommt es darauf an, dass sie ein Arzt durchführt. „Ausnahme ist die Psychotherapie, da auch freiberufliche Psychotherapeuten behandeln dürfen“, so Kraft-Kinz.

Sonstige Grenzfälle? „Suchttherapien sind abzugsfähig, reine Raucherentwöhnung würde ich derzeit grundsätzlich verneinen“, meint Kraft-Kinz.

Eine gute Nachricht gibt es noch für Diabetiker: Legt man dem Finanzamt eine Bestätigung (Antrag beim Sozialministerium) vor, kann man pro Monat einen pauschalen Abzug von 70 Euro in die Steuererklärung aufnehmen.

Selbstbehalte für den Absetzposten außergewöhnliche Belastung

Steuerpflichtiges Einkommen	Selbstbehalt	
	normal	AV oder 1 Kind
bis 7.300 Euro	6%	5%
7.300 bis 14.600 Euro	8%	7%
14.600 bis 36.400 Euro	10%	9%
ab 36.400 Euro	12%	11%

Anmerkung: Für jedes weitere Kind reduziert sich der Selbstbehalt zusätzlich um einen Prozentpunkt.



«VERDAMMT GUTE SUBSTANZ.»

Ertragsorientierten Anlegern bietet die CA Immo International-Aktie die Möglichkeit, zielgenau von der dynamischen Entwicklung der Märkte Ost- und Südosteuropas zu profitieren. Das Tochterunternehmen aus der renommierten CA Immo Gruppe hält aktuell ein Portfolio im Wert von 590 Mio. €, das laufend erweitert wird: Erträge, die auf soliden Substanzwerten aufbauen.

**DIVIDENDE FÜR 2007.*
DIE CA IMMO INTERNATIONAL-AKTIE.**

KOSTENLOSES INFO-TEL.: +43/800/010150
ISIN: ATCAIMMOINT5 WWW.CAIMMOINTERNATIONAL.COM

CA IMMO
International

Disclaimer: Diese Anzeige dient Werbezwecken und stellt weder ein Angebot zum Verkauf noch eine Aufforderung zum Kauf oder zur Zeichnung von Wertpapieren dar. Die Wertpapiere sind bereits verkauft worden. Diese Information ist nicht zur Weitergabe in die Vereinigten Staaten von Amerika (USA) bzw. innerhalb der USA bestimmt und darf nicht an „U.S. persons“ (wie in Regulation S des U.S. Securities Act of 1933 in der jeweils geltenden Fassung („Securities Act“) definiert) sowie an Publikationen mit einer allgemeinen Verbreitung in den USA verteilt oder weitergeleitet werden. Die Gesellschaft beabsichtigt, beginnend mit dem Abschluss des ersten vollen Geschäftsjahres (2007), eine jährliche Dividende auszuzahlen. Es ist geplant, dass die erste Dividendenzahlung im Lauf des Jahres 2008 erfolgt.

GEWINN-Diagnose: Privatärzte auf dem Vormarsch

► **P**rivatärzte nehmen sich Zeit, man muss nicht ewig auf einen Termin warten, sie hören zu und kennen einen persönlich, das Wartezimmer ist nicht überfüllt und einige von ihnen zählen zur Medizinerelite des Landes.

Immer mehr Menschen leisten sich aus all diesen Gründen einen Besuch beim Wahlarzt. Ende 2006 hatten nur noch 53 Prozent aller freiberuflich tätigen Ärzte einen Kassenvertrag, 2000 waren es noch 66 Prozent. Somit ist heute schon fast jeder zweite Arzt nur gegen private Bezahlung (mit oder ohne Rückerstattung von der Privatversicherung) zu haben. Die allergrößte Nachfrage besteht übrigens nach privaten Gynäkologen, gefolgt von Zahn- und Augenärzten. Derzeit liegen die Honorare für Privatärzte grob gesprochen zwischen 50 Euro

und 200 Euro, die relativ günstigsten sind dabei die privaten Kinderärzte, die teuersten Neurologen und Psychiater.

Privat versichern für Privatarzt?

Da könnte man sich schon den Abschluss eines sogenannten ambulanten Tarifs einer Privatversicherung überlegen. Er ist spürbar günstiger als der Sonderklasse-Tarif und leistet, wie der Name schon verrät, Ersatz für alle möglichen Krankheitskosten, die außerhalb des Spitals entstehen: für das Honorar des Privatarztes eben, verschriebene Medikamente, die die Krankenkasse nicht zahlt, Heil- und Sehbehelfe etc. Und solange es ein Arzt verschreibt oder praktiziert, dürfen es auch alternative Heilmethoden sein.

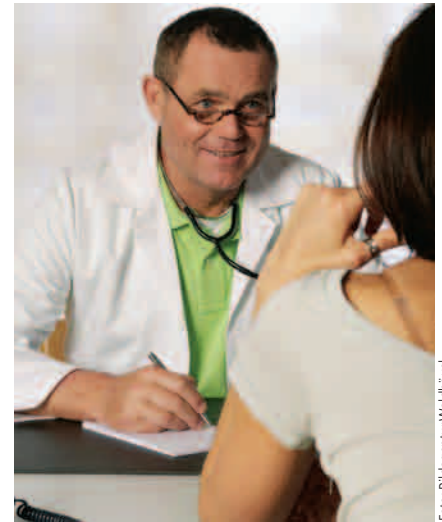


Foto: Bildagentur/Waldhäusl

Immer mehr Österreicher leisten sich Privatärzte ohne überfüllte Wartezimmer, die auch noch Zeit zum Zuhören haben

Privatversicherungen im Vergleich: Ambulante Heilbehandlung inklusive Alternativmedizin

bei bestehender Pflichtversicherung bei der GKK. Jeweils solo abschließbar, keine Zahnleistungen. Einwandfreier Gesundheitszustand vorausgesetzt

	Allianz (AR 200)	Generali (2AS)	Merkur (MA8E/N7)	UNIQA (QAX 8K 2008)	Wr. Städtische (KM1)
Was sie leisten:					
Kostenrückerstattung	80%	80%	80%	80%	80%
Kostenrückerstattung, falls GKK auch leistet	100%	100%	80%	100%	100%
Maximale Gesamtleistung p. a.	2.000,-	3.100,-	2.453,-	1.500,-	2.075,-
Innerhalb dieses Höchstbetrages stehen zur Verfügung für:					
Alternativmedizin	2.000,-	3.100,-	1.387,-	1.500,-	840,-
Schulmedizin	2.000,-	3.100,-	1.387,-	1.500,-	840,-
Medikamente	400,-	525,-	286,- (inkl. Impfstoffe)	1.500,-	240,-
Heilbehelfe	300,-	310,-	263,-	1.500,-	155,-
Sehbehelfe	innerhalb Betrags für Heilbehelfe	innerhalb Betrags für Heilbehelfe, alle 2 Jahre	innerhalb Betrags für Heilbehelfe, alle 2 Jahre	300,- alle 2 Jahre	innerhalb Betrags für Heilbehelfe
Physiotherapie	400,-	775,- (auch f. Logopädie, Heilmassagen, Hebamme)	263,-	300,-	innerhalb Betrags für Alternativ- u. Schulmedizin
Psychotherapie	2.000,- bzw. 400,-, falls von Psychotherapeut durchgeführt	775,-, falls von Psychologen/Psychotherapeuten durchgeführt	innerhalb Betrags für Alternativ- und Schulmedizin	300,-	innerhalb Betrags für Alternativ- und Schulmedizin
Ist dieser Höchstbetrag ausgeschöpft, gibt es folgende Leistungen	keine Leistung mehr	werden 50% der weiteren Arztkosten gezahlt	keine Leistung mehr	30,- je Ordination	keine Leistung mehr
Prämienrückgewähr bei Leistungsfreiheit	ja, ab dem ersten leistungsfreien Jahr	ja, ab dem ersten leistungsfreien Jahr	ja, ab dem ersten leistungsfreien Jahr	ja, ab zwei leistungsfreien Jahren	nur mit Zusatztarif (8% Prämienzuschlag)
Was sie kosten (Monatsprämien inkl. VersSt.):					
Mann, Alter 30	28,80	35,68	34,66	26,46	19,97
Frau, Alter 30	34,51	46,97	42,81	35,15	33,12
Mann, Alter 40	36,31	48,55	48,75	31,92	26,91
Frau, Alter 40	42,10	52,45	58,49	45,75	38,93
Mann, Alter 50	47,60	64,22	66,57	41,51	36,91
Frau, Alter 50	48,30	61,33	70,12	53,03	45,42
Kinderprämie (falls bei Elternteil mitversichert)	18,28	22,72	22,01	19,39	15,52

Quelle: benefit consulting



► Titelgeschichte: Krankenversicherungen

Die Grenzen: „Die Behandlung muss immer medizinisch notwendig sein, also nicht etwa bloß Wohlfühl-Massagen, und wenn nicht ein Arzt selbst es ausführt, muss man von einem Arzt überwiesen worden sein“, skizziert Marion Cadec-Sauter von benefit consulting die Lage. „Vitamine sind eine Abgrenzungsfrage. Wenn sie medizinisch notwendig sind, sind sie dabei, normale Vitaminbräusen und Ähnliches werden aber nicht ersetzt“, ergänzt sie.

Bei den Medikamenten kommt es darauf an, ob sie auf der Liste aller zugelassenen Medikamente in Österreich stehen, dabei ist es egal, ob sie die Kasse zahlt oder nicht. Ersetzt werden sie auch nur, wenn sie von einem Arzt verschrieben werden, nicht wenn man sie einfach ohne Rezept in der Apotheke kauft. Apropos Rezept: Die Rezeptgebühr wird auch ersetzt.

Bei Zähnen heißt es „zusammenbeißen“

Die Zeiten, als man sich auf Privatversicherungskosten bequem die Zähne sanieren konnte, sind allerdings längst vorbei, nachdem die Kosten der Versicherer explodierten. „Die Jahresobergrenze bei Neuabschlüssen sind sehr strikt, sie sind nur noch als Zusatztarif erhältlich und 20 bis 50 Prozent der Behandlungskosten zahlt man jedenfalls selbst“, schildert Gabi Kreindl, Versicherungsexpertin des VKI. Und fügt hinzu: „Ein Sparbuch für Zähne ist meist klüger.“

Alternativmedizin inklusive

„Die Privatversicherer werben zwar mit Shiatsu, TCM und Co, ein konkreter Leistungskatalog, was sie genau er-

Alternativmedizin auf einen Blick

Welche komplementärmedizinischen Behandlungen die Privatversicherung zahlt

	Allianz (AR 200)	Generali (2AS)	Merkur (MA8E/N7)	UNIQA (QAX 8K 2008)	Wr. Städtische (KM1)
Akupunktur	ja	ja	ja	ja	ja
Homöopathie	ja	ja	ja	ja	ja
Bachblütentherapie	k. A.	ja	ja	ja	ja
Biofeedback	ja	ja	ja	ja	k. A.
Bioresonanz	k. A.	ja	ja	nein	ja
Chirotherapie	ja	ja	ja	ja	ja
Fango	k. A.	nein	nein	ja	k. A.
Kneipp-Therapie	ja	ja	ja	ja	ja
Magnetfeldtherapie	k. A.	nein	nein	ja	k. A.
Neuraltherapie	ja	ja	ja	ja	ja
Shiatsu	nein	nein	ja	ja	k. A.
TCM – Traditionelle Chinesische Medizin	k. A.	ja	ja	ja	k. A.

Hinweis: Prämien und sonstige Leistungen für diese Tarife erfahren Sie im Vergleich auf Seite 70

Quelle: benefit consulting

setzen, ist aber nicht erhältlich“, kritisieren Versicherungsmakler gegenüber GEWINN. benefit consulting hat sich für GEWINN dennoch die Arbeit gemacht, nachzufragen und zu recherchieren und obige Tabelle zusammengestellt, die erstmals wirklich eine Übersicht bietet, welcher Versicherer welche alternativen Heilmethoden ersetzt.

Interessant dabei: Gewisse Methoden wie Akupunktur, Homöopathie, Chirotherapie oder Neuraltherapie ha-

ben sich schon so allgemein durchgesetzt, dass sie von allen ersetzt werden, andere wie Fango, Magnetfeldtherapie oder Shiatsu werden erst zögerlich von ein paar Pionieren ersetzt. Am anstandslosesten ersetzt die UNIQA, am wenigsten auskunftsfreudig waren Allianz und Wiener Städtische.

Nochmal zur Erinnerung: Solche Methoden werden trotz allem nur dann ersetzt, wenn sie entweder von einem Arzt durchgeführt oder zumindest verschrieben werden.

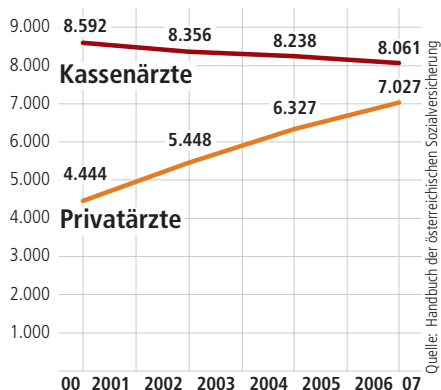
GEWINN-Rezept: Holen Sie sich Geld zurück!

Es soll Menschen geben, die schon seit Ewigkeiten privat versichert sind und sich trotzdem so gut wie nie von der Versicherung etwas zurückholen. Dabei ist es ganz einfach: Grundsätzlich ersetzt die Privatversicherung alles, was die Krankenkasse nicht ersetzt. Angenommen, es geht um ein Privatartzhonorar. Da die Krankenkasse auch einen Teil des Privatartzhonorars ersetzt (nämlich 80 Prozent des Betrags, den sie einem Kassenarzt gezahlt hätte), heißt es zuerst die Originalrechnung bei seiner Krankenkasse einreichen. Sodann schickt man die Kopie der Honorarnote, Kopie des Medikamentenbelegs und positiven sowie negativen Leistungsnachweis der Sozialversicherung an seine Privatversicherung, die

dann 100 Prozent des offenen Restbetrags überweist. Möchte man sich die Formalität mit der Krankenkasse ersparen, leistet die Privatversicherung alternativ 80 Prozent des Rechnungsbetrags.

Die gute Nachricht für alle, die ihre Rechnungen das Jahr über in der Schuhschachtel sammeln: Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren erst nach drei Jahren! Spartipp zum Schluss für Nicht-Privatversicherte: Wie bereits erwähnt, leistet die Sozialversicherung auch für Privatärzte einen Teil. Deshalb reichen Sie immer Ihre Privatarztrechnungen bei der Sozialversicherung ein – zehn, zwanzig oder dreißig Euro je nach Arztleistung sollten etwa schon rückerstattet werden.

Privatärzte im Vormarsch



Die Patienten wollen mehr Aufmerksamkeit, die sie sich von den Privatärzten erwarten