

Die Zukunft der Krankenversicherung

Private Gesundheitsvorsorge:
wünschenswert, notwendig
oder ungerecht?

Warum boomt die private
Krankenversicherung?

Nicht nur länger, sondern
länger gesund leben





**„Gesund werden, wie,
wo und wann ich will.“**

**Wir versichern
das Wunder Mensch.**

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Sollen Wahlärzte künftig verpflichtet werden, auch Kassenpatienten zu behandeln? Mit dieser Frage befasste sich ein hochkarätig besetztes Experten-Panel des *VersicherungsJournal*.

Im Mittelpunkt standen dabei die möglichen Auswirkungen auf die private Krankenversicherung, die Herausforderungen für bestehende Versorgungskapazitäten sowie die Frage, wie sich das Zusammenspiel zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssystem künftig entwickeln könnte. Ein zentrales Fazit der Diskussion: Die private Krankenversicherung wird auch in Zukunft eine wichtige ergänzende Rolle einnehmen, indem sie den Versicherten zusätzliche Wahlfreiheit und hochwertige Serviceleistungen bietet.

Die private Krankenversicherung zählt seit Jahren zu den dynamischsten Sparten der österreichischen Versicherungswirtschaft. Sowohl das Prämienaufkommen als auch die Ertragsentwicklung zeigen kontinuierlich nach oben. Welche Faktoren diese Entwicklung antreiben und welche Perspektiven sich daraus ergeben, erläutert danach Rudolf Mittendorfer in einem ausführlichen Gastkommentar.

Die steigende Lebenserwartung ist zweifellos eine erfreuliche Entwicklung. Gleichzeitig wächst jedoch auch die Zahl jener Lebensjahre, die viele Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen verbringen. Welche Herausforderungen sich daraus für Versicherer ergeben und welchen Beitrag Prävention leisten kann, damit Menschen möglichst lange gesund bleiben, war ein weiterer Schwerpunkt unserer Gespräche mit Experten aus der Versicherungsbranche.

Steigende Wartezeiten und Aufnahmestopps bei zahlreichen Kassenärzten führen nach Ansicht von Versicherungsmakler Avers wiederum dazu, dass immer mehr Patientinnen und Patienten auf Wahlärzte ausweichen müssen – und damit zusätzliche Kosten tragen. Entsprechend gewinnt die private Krankenversicherung aus seiner Sicht weiter an Bedeutung.

Außerdem werfen wir einen Blick auf die Entwicklung der Krankenstände im Jahr 2025. Besonders häufig führen weiterhin Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische Erkrankungen zu längeren Ausfällen. Gleichzeitig zeigt sich, dass bei Prävention, Versorgung und Rehabilitation weiterhin erheblicher Handlungsbedarf besteht.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und wertvolle Impulse aus dieser Ausgabe.

Private Gesundheitsvorsorge:

wünschenswert, notwendig oder ungerecht? **4**

Warum boomt die private Krankenversicherung? **10**

Nicht nur länger, sondern länger gesund leben **14**

„Vom Luxusgut zur notwendigen Infrastruktur“ **18**

Fehlzeiten leicht rückläufig,
Kurzkrankenstände nehmen zu **20**

Welche Ziele die Uniqa im Gesundheitsbereich hat **22**



**KLAUS SCHWEINEGGER,
HERAUSGEBER**

IMPRESSUM

Herausgeber und Verleger: FinanzMedienVerlag GmbH, 1180 Wien, Gentzgasse 15 **Für den Inhalt verantwortlich:** Klaus Schweinegger; für namentlich gekennzeichnete Artikel die jeweilige Autorin bzw. der jeweilige Autor **Produktion:** FinanzMedienVerlag GmbH, 1180 Wien, Gentzgasse 15 **Druck:** Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau, Druckhausstraße 1 **Anzeigenpreise:** Es gilt der Werbetarif 2026 **Offenlegung nach §25 Mediengesetz:** Medieninhaber FinanzMedienVerlag GmbH **Blattlinie:** VersicherungsJournal Spezial, kurz VJ, ist ein österreichweites Fachmedium für die Versicherungswirtschaft. Die unabhängige Redaktion berichtet vierteljährlich über branchenrelevante Themen. Zum Zielpublikum gehören – ähnlich dem digitalen Pendant VersicherungsJournal.at – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Versicherungskonzernen sowie der freie und gebundene Versicherungsvertrieb **Bilder:** S.1: Phisan (AdobeStock), S.3: VÖZ/Woody, S.4: stockpics (AdobeStock), S.5 von oben nach unten: muki, Jeff Mangione, Allianz/Cardes, Lukas Lorenz, Ludwig Schedl, S.6-7: ipopba (AdobeStock), S.10: Meow Creations (AdobeStock), S.12: Rudolf Mittendorfer, S.15: Uwe (AdobeStock), S.16: Vyatcheslav (AdobeStock), S.18-19: Racle Fotodesign (AdobeStock), S.20: DebbyMelindaYanti (AdobeStock), S.22: Uniqa/Nessweda

Private Gesundheitsvorsorge: wünschenswert, notwendig oder ungerecht?

Sollen Wahlärzte auch Kassenpatienten übernehmen müssen? Ein Panel hochrangiger Versicherungsexperten beschäftigte sich für das VersicherungsJournal mit möglichen Folgen für private Krankenversicherer, mit dem Druck auf Kapazitäten und der Frage, ob Österreich ein Zweiklassensystem droht.

Von Marius Perger



PRIVATPATIENT

KASSENPATIENT



Österreich sei überdurchschnittlich von privaten Gesundheitsausgaben abhängig, heißt es in einer Gesundheitsstudie der OECD aus dem Jahr 2025. Daraus würden sich Fragen der Gerechtigkeit und die Gefahr der Entstehung eines Zweiklassensystems ergeben. Gleichzeitig sieht das aktuelle Regierungsprogramm vor, Wahlärzte stärker in das öffentliche Gesundheitssystem einzubinden. So hat Vizekanzer Andreas Babler anlässlich einer Pressekonferenz zur „Reformpartnerschaft“ erklärt, man werde nötigenfalls Wahlärzte verpflichten, auch Kassenpatienten zu übernehmen.

Welche Folgen das für private Krankenversicherungen haben könnte, darüber haben wir im Rahmen eines Experten-Panels hochrangige Vertreter der heimischen Versicherungswirtschaft zu Wort kommen lassen.

Für **Edeltraud Fichtenbauer**, Vorstandsdirektorin der Donau Versicherung, wird es entscheidend sein, „ob gesundheitspolitische Maßnahmen tatsächlich zusätzliche Versorgungskapazitäten schaffen oder bestehende Kapazitäten nur anders verteilen.“ Ob es möglicherweise zu negativen Folgen für das Neugeschäft der Krankenversicherer kommen könnte, hänge sehr stark von der konkreten Ausgestaltung einer solchen Regelung ab. Und sie betont, dass private Krankenversicherung nicht die gesetzliche ersetzt: „Sie ergänzt sie dort, wo Menschen zusätzliche Wahlfreiheit, Planbarkeit, Komfort und Vorsorge wünschen.“

Keinen Einbruch bei der privaten Krankenversicherung erwartet **Jörg Hipp**, Chief Product Officer (CPO) der Allianz Österreich, sollte es dazu kommen, dass Wahlärzte auch Kassenpatienten behandeln müssen. Es würde sich zwar um neue Rahmenbedingungen handeln, aber: „Die Menschen schließen eine private Gesundheitsvorsorge nicht nur wegen des Wahlarztzugangs ab.“ Und auch langfristige Entwicklungen wie der Ärztemangel im Kassensystem, die alternde Bevölkerung und steigende Gesundheitskosten würden die Nachfrage treiben.

Andrea Hutter, Leiterin Krankenversicherung der Generali Versicherung, betont, dass schon jetzt viele Ärzte beide Patientengruppen betreuen und ihre Kapazitäten entsprechend steuern. Entscheidend bei Wahlärzten seien Terminverfügbarkeit, freie Arzt- und Spitalwahl, Komfortleistungen sowie die persönliche Begleitung entlang des gesamten Behandlungspfades. Hutter: „Diese Mehrwerte behalten auch bei möglichen regulatorischen Änderungen ihre Relevanz.“

Auch **Thomas Kuchlbacher**, Gruppenleiter Krankenversicherung bei der Wiener Städtischen Versicherung, geht davon aus, dass die langfristigen Trends, insbesondere das



Thomas Ackerl

Vorstandsvorsitzender
muki Versicherungsverein auf
Gegenseitigkeit



Dr. Edeltraud Fichtenbauer

Vorstandsdirektorin
DONAU Versicherung AG



Dr. Jörg Hipp

CPO
Allianz Österreich



Mag. Andrea Hutter

Leiterin Krankenversicherung
Generali Versicherung AG



Thomas Kuchlbacher, MSc

Gruppenleitung Krankenversicherung
Wiener Städtische Versicherung AG

steigende Gesundheitsbewusstsein sowie das Bedürfnis nach mehr Komfort und Sicherheit, intakt bleiben. Darüber hinaus gewinne vor dem Hintergrund der geplanten Sparmaßnahmen der österreichischen Gesundheitskasse die private Gesundheitsvorsorge als Ergänzung zusätzlich an Bedeutung.

Damit die Vorteile einer privaten Krankenversicherung aber bestehen bleiben, müsse der Gesetzgeber sicherstellen, dass private Praxen nicht durch staatliche Kontingentierungen überlastet werden, betont **Thomas Ackerl**, Vorstandsvorsitzender des muki Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit: „Nur wenn der Arztberuf in der freien Niederlassung attraktiv bleibt und nicht durch starre Quotenregulierungen benachteiligt wird, kann die Qualität, die Patienten im privaten System suchen und schätzen, auch langfristig garantiert werden.“

Stößt auch die private Gesundheitsvorsorge an Grenzen?

Unterschiedlich bewerten die Experten die Frage, ob das private System, was Kapazitäten betrifft, auch ohne eine

solche Regulierung unter Druck kommen könnte. Hutter sieht eine solche Gefahr aktuell nicht, sie erwartet, dass auch künftig ausreichend Spielraum für eine ausgewogene Versorgung und weiteres Wachstum vorhanden ist. Kuchlbacher ergänzt, dass der private Bereich, anders als ein budgetär begrenztes System, seine Kapazitäten grundsätzlich erweitern kann, wenn die Nachfrage steigt; nötig sei allerdings, dass kontinuierlich in den Ausbau des Angebots investiert wird.

Kritischer sieht dies Ackerl: „Wenn das staatliche System Patientinnen und Patienten in den privaten Sektor drängt, stößt unsere Gesellschaft an personelle Grenzen. Das öffentliche wie das private System schöpfen aus demselben Pool an Ärztinnen und Ärzten.“ Auch Hipp glaubt, dass diese Gefahr besteht. Der Druck auf das gesamte Gesundheitssystem wachse, und das nicht nur im Kassenbereich. Wenn immer mehr Menschen zum Wahlarzt gehen, die Zahl der Ärzte aber nicht im gleichen Tempo steige, könnten auch privat finanzierte Strukturen an ihre Grenzen kommen, so Hipp. Um das öffentliche System zu entlasten und gleichzeitig selbst leistungsfähig zu bleiben,



setze die private Vorsorge beispielsweise auf den Ausbau ambulanter Angebote, auf Telemedizin, digitale Services und Prävention.

Auch Fichtenbauer betont, dass die Kapazitätsfrage letztlich das gesamte Gesundheitssystem betrifft: „Wenn mehr Menschen Wahlärztinnen und Wahlärzte in Anspruch nehmen und gleichzeitig die verfügbaren medizinischen Ressourcen nicht ausreichend mitwachsen, entsteht auch im privaten Bereich Druck. Deshalb sollte man öffentliche und private Versorgung nicht gegeneinander ausspielen.“

Kein Zweiklassensystem

Österreich verfüge international betrachtet über eine sehr leistungsfähige und breit aufgestellte Gesundheitsversorgung, so Hutter: „Alle Menschen haben unabhängig von ihrem Einkommen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Grundversorgung.“ Die private Krankenversicherung ersetze dieses System nicht, sondern ergänze es und biete zusätzliche Wahlmöglichkeiten und Serviceleistungen für jene Menschen, die diese in Anspruch nehmen möchten.

Auch Hipp betont das im internationalen Vergleich sehr gute Gesundheitssystem Österreichs. Dennoch gebe es Ungleichheiten: „Manche Menschen warten deutlich länger auf einen Facharzttermin als andere. Frauen werden in der Diagnostik teilweise anders behandelt als Männer – Stichwort Gender Health Gap.“ Es sei nicht Aufgabe privater Krankenversicherer, diese Kluft zu vergrößern, sie seien im Gegenteil eine Brücke, die dort ergänzt, wo das öffentliche System an seine Grenzen stößt.

Man müsse die Sorge vor Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung aber ernst nehmen, sagt Fichtenbauer. Gerade deshalb sei eine starke gesetzliche Krankenversicherung als solidarische Basis unverzichtbar. Wichtig sei eine sachliche Diskussion, die nicht „öffentlich gegen privat“ stellt, sondern die jeweiligen Beiträge im System realistisch betrachte.

Entscheidend sei, dass die private Krankenversicherung Leistungen finanziert, die über das öffentliche Angebot hinausgehen, so Kuchlbacher. Die Grundversorgung bleibe aber für alle erhalten, in Notfällen erfolge die Behandlung unabhängig vom Versicherungsstatus:



„Die medizinische Dringlichkeit entscheidet über die Versorgung – nicht, ob jemand privat versichert ist.“ Und schließlich dürfe man nicht vergessen, dass Versicherte, die private Leistungen in Anspruch nehmen, öffentliche Kapazitäten weniger beanspruchen: „Das kann Wartezeiten im öffentlichen System reduzieren und Ressourcen für andere Patientinnen und Patienten freimachen.“

Für Ackerl ist die Debatte um das Zweiklassensystem oft auch ideologisch verkürzt: „Ohne die private Säule und deren Querfinanzierung wäre das öffentliche System längst kollabiert. Private Gesundheitsvorsorge manifestiert keine Ungerechtigkeit, sondern schafft zusätzliche Kapazitäten, die das Gesamtsystem entlasten. Gerechtigkeit bedeutet für uns, dass jeder Versicherte die Leistung erhält, für die er eigenverantwortlich vorgesorgt hat.“

Die langfristige Perspektive

Der demografische Wandel, die budgetär angespannte Lage und die stark steigenden Gesundheitskosten würden den Staat vor enorme Herausforderungen stellen, betont Kuchlbacher. In dieser Situation seien private Versicherer ein wichtiger Partner, um das Gesundheitssystem zu stabilisieren. Sie seien „ganz klar“ eine Ergänzung zum staatlichen System, und: „Das wird auch so bleiben.“

Bereits heute sei die private Krankenversicherung mehr als Kostenerstattung, so Fichtenbauer: „Sie muss zu unterschiedlichen Lebenssituationen passen und Menschen verlässlich begleiten, wenn Gesundheit zur zentralen Frage wird.“ Langfristig sollte sie „eine klar ergänzende Funktion“ haben: „Sie soll finanzielle Sicherheit bei privat zu tragenden Gesundheitskosten bieten,

Wahlfreiheit ermöglichen und Kundinnen und Kunden im Gesundheitssystem Orientierung geben. Gleichzeitig wird sie stärker zum Service- und Präventionspartner.“

Hipp sieht langfristig drei zentrale Aufgaben der privaten Krankenversicherung: „Erstens: das staatliche System weiter zu ergänzen und zu entlasten. Wo das öffentliche Gesundheitswesen an Kapazitätsgrenzen stößt, springt die private Vorsorge ein. Zweitens: neue Wege in der Gesundheitsversorgung vorantreiben. Private Anbieter können Innovationen oft schneller umsetzen. Drittens: langfristige Absicherung und Prävention. Weg von der reinen Zusatzversicherung, hin zu einer umfassenden Gesundheitsversicherung mit Fokus auf Vorsorge.“

Die private Krankenversicherung werde nie ein Ersatz für das öffentliche System sein, betont auch Ackerl: „Unsere Aufgabe der Zukunft sehe ich in der Entwicklung von der bloßen Zahlstelle für Rechnungen zum aktiven Gesundheitsmanager. Hier gilt es, Innovationen schneller in die Breite zu bringen und als Qualitätsanker die individuelle Wahlfreiheit gegenüber einem zunehmend reduzierten staatlichen Leistungskatalog zu schützen.“

Zentrale Aufgabe privater Krankenversicherer werde es auch zukünftig sein, das öffentliche Gesundheitswesen sinnvoll zu ergänzen und den Menschen zusätzliche Wahlmöglichkeiten sowie hochwertige Serviceleistungen zu bieten, sagt Hutter: „Wir sehen großes Potenzial in einer stärkeren digitalen Vernetzung aller Beteiligten.“ Wichtig sei langfristig, dass das Zusammenspiel zwischen Sozialversicherung, Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungen möglichst einfach, transparent und durchgängig funktioniert. ■

Das VersicherungsJournal Spezial auch digital lesen

Besuchen Sie dazu unsere Homepage unter versicherungsjournal.at



DIE KRANKENZUSATZVERSICHERUNG DER ALLIANZ

Meine Gesundheitsversicherung. Neu: Zahnzusatzversicherung!



Freie Arztwahl: Mit einer Krankenzusatzversicherung haben Ihre Kund:innen Wahlfreiheit bei behandelnden Zahnärzt:innen und profitieren in der Regel von kürzeren Wartezeiten.



Fragen Sie Ihre:n Key Account Manager:in und besuchen [allianz.at/gesundheit](https://www.allianz.at/gesundheit)



Jetzt neu: Zahnzusatzversicherung als eigenständige Absicherung für langfristige Zahngesundheit.

2 Pakete: Basis & Optimum. Unterstützung bei der regelmäßigen Zahnvorsorge und finanzielle Entlastung.

Warum boomt die private Krankenversicherung?

Es gibt kaum eine Sparte in der österreichischen Versicherungswirtschaft, die seit Jahren vergleichbar zuverlässig wächst – sowohl hinsichtlich Prämie als auch Ertrag. Gründe gibt es dafür zahlreiche.

Ein Gastkommentar von Rudolf Mittendorfer



Vorausgeschickt sei, dass die gesetzliche Versorgung im Krankheitsfall in Österreich nach wie vor sehr gut ist. Das merkt man insbesondere bei Unfällen oder plötzlichen Ereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall. In solchen lebensbedrohenden Situationen funktioniert das System nach wie vor hervorragend. Praktisch verschwunden sind hierzulande auch Krankensäle mit zehn bis 20 Patientinnen oder Patienten inklusive sehr eingeschränkter Besuchszeiten.

Die Zwei- oder Drei-Bett-Zimmer mit durchgehender Besuchszeit waren vor vielen Jahren auch der wesentlichste Grund für den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung. Dies noch dazu mit dem Versprechen der freien Arztwahl bei Operationen. Letzteres muss allerdings nicht immer ein Vorteil sein. Der Oberarzt, der täglich operiert, kann die bessere Wahl sein als der Professor, der nur mehr bei prominenten Fällen ausrückt. Aber das sind Geschmacksfragen.

Das rasche Spitalsbett

Entscheidend für eine Sonderklasseversicherung ist mittlerweile der Glaube an das sichere und vor allem rasche Spitalsbett. Die immer häufigeren Berichte und Erzählungen über lange Wartezeiten für lebenswichtige Operationen, die Menschen über Medien oder persönlich erreichen, beflügeln die Nachfrage. Dasselbe gilt auch für orthopädische Behandlungen. Wer kaum mehr gehen kann und ein Jahr auf die neue Hüfte warten muss, erträgt heute die Schmerzen nicht mehr stumm.

Was für den stationären Aufenthalt gilt, gilt ambulant erst recht

Praktisch seit Jahrzehnten „doktern“ Ärztekammer, Krankenkassen und Politik an der flächendeckenden ambulanten Versorgung der österreichischen Bevölkerung herum.

Dass es Gründe geben muss, warum bei bestimmten Fachrichtungen (z.B. Kinderärzte oder auch im Bereich Praktische Ärzte) Kassenstellen nicht besetzt werden können, scheint bei den Playern aber nicht anzukommen.

Wie soll ein Praktischer Arzt überleben können, wenn er im Quartal weniger als 50 Euro bekommt und der Patient kommen kann, so oft er will oder muss? Die geradezu explodierende Zahl von Wahlärzten beweist, welche Erwartungen die Menschen haben und belegt auch, dass sie bereit sind, dafür zu bezahlen.

Die Mär von der Zwei-Klassen-Medizin

Seit Jahr und Tag betonen speziell Politiker, dass es in

Österreich keine Zwei-Klassen-Medizin geben darf und wird. Kommt aber heraus, dass er oder sie selbst sehr wohl eine Privatversicherung abgeschlossen hat, dann wird mit armeseligen Ausreden wie „Nur wegen dem Ehepartner oder der Kinder“ argumentiert. Diese Unehrlichkeit in politischen Kreisen hinsichtlich eines offenkundigen Problems ist unverständlich und beleidigend.

Mehr-Klassen-Medizin seit jeher ein Faktum

Denn nach wie vor haben die verschiedenen Krankenversicherungsträger sehr unterschiedliche Leistungen für ihre Versicherten – sowohl stationär wie auch privat. Unschwer ist an den Ordinationsschildern abzulesen wer „genommen“ wird, und wer nicht. Zusätzlich – und freiwillig – kann man sich natürlich praktisch in allen Bereichen privat „zusatzversichern“.

Sonderklasse Mehrbettzimmer, Sonderklasse Einzelzimmer, Sonderklasse nur bei Operationen oder nur nach Unfällen, Arztkosten, Heilbehelfe, Taggelder, Zahnersatz ... es gibt praktisch alles. Das ist nicht gerade billig, aber offenbar beliebt, wie die Zahlen des Versicherungsverbandes bestätigen: 2025 betrugen die gesamten Prämieinnahmen in der Krankenversicherung knapp 2,5 Milliarden Euro: Tendenz (stark) steigend. Faktum ist, dass mittlerweile knapp 40 Prozent der österreichischen Bevölkerung eine Privatversicherung besitzen.

Volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Bedeutung

Die Private Krankenversicherung (PKV) ist eine unverzichtbare und komplementäre Partnerin des österreichischen Gesundheitssystems. Privatversicherungen bieten Leistungen, die von der Sozialversicherung (SV) nicht oder nur teilweise abgedeckt werden.

Die Zusatzversicherten leisten – wie der restliche Teil der Bevölkerung – Zahlungen an die SV und finanzieren mit ihren Steuern (wie alle anderen auch) die Abgangdeckung der öffentlich finanzierten Krankenanstalten. Außerdem werden die öffentlichen Spitäler durch die Inanspruchnahme von Privathäusern massiv entlastet. Andernfalls wären die Wartezeiten viel länger.

Im Jahr 2025 beliefen sich die Zahlungen der PKV alleine für private und öffentliche Spitäler auf 1,2 Milliarden Euro. Insgesamt wurden für Privat-Versicherte im Vorjahr rund 2,9 Milliarden Euro aufgewendet.

Diese Zahlen belegen eindeutig die Bedeutung der PKV – sowohl für deren Versicherte, für die Versorgung insgesamt und für die Finanzierung des gesamten Sozialversicherungssystems.

Die Krankenversicherung darf in der Beratung nicht ausgeklammert werden.

Das Geschäft boomt.



Rudolf Mittendorfer,
stv. Fachverbandsobmann
der Versicherungsmakler
in der WKO und
Konsumentensprecher

Es existiert schlicht keine Konkurrenz zwischen öffentlichem und privatem System. Vielmehr besteht eine wertvolle Synergie, von der alle profitieren. Die (meist) politischen Parolen hinsichtlich der Zwei-Klassen-Medizin sind nur Parolen ohne faktische Belastbarkeit und daher absolut entbehrlich!

Bedeutung der Privaten Krankenversicherung für Berater und Kunden

Es gibt in Österreich nur wenige Anbieter in der Sparte Krankenversicherung – wiewohl sich das in den vergangenen Jahren zu ändern begonnen hat. Offenkundig hat die Industrie – trotz der hohen Investitionen beim Aufbau einer Krankenversicherung – erkannt, dass es sich dabei langfristig um eine wichtige, sichere und ertragsstarke Sparte handelt.

Jedenfalls ist die Beratung eine höchst anspruchsvolle und komplexe Aufgabe. Neben den bereits angeführten einzelnen Tarifen sind auch Länder-Tarife, Österreich-Tarife, Tarife mit oder ohne Selbstbehalt, Tarife mit Prämienrückgewähr, Tarife, die in der Pension billiger werden, sowie hunderte Gruppenlösungen (offen oder geschlossen) zu berücksichtigen.

Ein Wirrwarr und eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Expertenrat erfordert. Online ist das für mich übrigens nicht vorstellbar!

Eine Entscheidung für immer?

Nachdem eine Krankenversicherung mit steigendem Alter teurer wird, wird selten gewechselt. Auch „erworbene Vorerkrankungen“ stehen einem Wechsel häufig entgegen. Es ist daher von immenser Bedeutung, vor dem Abschluss alle relevanten Parameter zu kennen und die bestmögliche Entscheidung zu treffen. Das muss nicht

zwangsläufig die billigste Prämie bedeuten, denn auch Ausschlüsse, Karenzen, „Einschlussbeiträge“ (eine höchst euphemistische Formulierung für Risikozuschläge, Anm.) müssen in den vorvertraglichen Beratungsprozess einfließen.

Daneben fordern „Schmankerl“ wie ein „Opting out“ oder die Deckungen bei Inländern im Ausland sowie Ausländern im Inland beträchtliche fachliche Kenntnisse und teils umfangreiche Erhebungen. Dazu kommen praktisch lebenslange Betreuungsaufgaben – beispielsweise beim häufigen Wechsel von Selbstständigen zwischen Geldleistung und Sachleistung oder bei Deckungsanfragen – so etwa, ob eine bestimmte Operation medizinisch notwendig oder kosmetischer Natur ist.

Aus der Fülle der genannten Aufgaben erklärt sich durchaus, dass nach wie vor viele Versicherungsvermittler bewusst an der Krankenversicherung „vorbeigehen“. Auch die Tatsache, dass es meist zwar eine durchaus interessante Abschlussprovision, dafür aber eine „ewige“ unbezahlte Betreuungsaufgabe gibt, trägt zu dieser Vermeidungsstrategie bei.

Können sich Berater leisten, keine Krankenversicherungen im Portfolio zu haben?

Für mich ist die Antwort ganz klar. Bei allem Respekt vor der jeweiligen persönlichen Strategie oder Spezialisierung soll und darf die Krankenversicherung nicht ausgeklammert werden.

Das Geschäft „boomt“, und das aus vielen guten Gründen. Der Kunde, der diese Produkte nicht bei seinem Berater, seiner Beraterin, bekommt, geht leicht verloren.

Nachdem – wie geschildert, und es wurden beileibe nicht alle Besonderheiten erwähnt – das Produkt Krankenversicherung höchst anspruchsvoll ist, darf es keinesfalls „so nebenbei mitgenommen“ werden. Es ist ein Kernstück der Beratung – und wie in vielen anderen Bereichen vielleicht ein Paradebeispiel für die Kooperation mit Kolleginnen bzw. Kollegen. Denn das ist die Herausforderung aller wissensbasierten Berufe.

Viele Branchen – Ärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater etc. – sind mit immer komplexeren Aufgaben konfrontiert und spezialisieren sich daher immer mehr. Und in diesem Zusammenhang wird das Thema Kooperation immer wichtiger. Was man/frau nicht selbst machen kann oder will, lässt man nicht einfach liegen, sondern bietet seinen Kunden eine qualifizierte Empfehlung.

Dieses Netzwerk wird immer wichtiger und damit gewinnt man beim Kunden zusätzlich Kompetenz und erntet Treue. ■

muki®

DIE VERSICHERUNG OHNE WENN UND ABER

Neue Tarife ab Juli 2026: Sonderklasse exklusiv und Wahlarzt ambulant.



BRANCHENMONITOR ÖSTERREICH

**1. PLATZ
PREIS/LEISTUNG**

PRIVATE
KRANKENZUSATZVERSICHERER

Im Vergleich: 8 Unternehmen
Befragung 02/2025, ögvs.at/7917

JETZT NEU:

- **70 Jahre** erweitertes Höchstaufnahmearter
- Sonderklasse: **Prämien deutlich gesenkt**
- Wahlarzt: **Laser- und Lasikbehandlung inkludiert**

**muki Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit**

Wirerstr. 10

4820 Bad Ischl

Telefon: 05 0665-1000

🌐 www.muki.com

f muki-versicherung

📷 muki_versicherung



Nicht nur länger, sondern länger gesund leben

Dass die Lebenserwartung auch in Österreich steigt, ist nur die eine Seite der Medaille. Die andere: Auch die Zahl der Jahre, die Menschen mit eingeschränkter Gesundheit leben, nimmt zu. Was das für Versicherer bedeutet und wie Prävention dazu beitragen kann, Menschen möglichst lange gesund zu halten, war Thema unseres Experten-Panels.

Von Marius Perger

Menschen werden hierzulande immer älter. Seit 1951 ist in Österreich die Lebenserwartung bei der Geburt bei Männern um 17,5 Jahre und bei Frauen um 16,6 Jahre gestiegen. Im Jahr 2019 – den jüngsten verfügbaren Daten der Statistik Austria zufolge – betrug sie bei Männern 79,3 Jahre und bei Frauen 84,0 Jahre.

Entscheidend, insbesondere für Krankenversicherer, ist allerdings die „gesunde Lebenserwartung“. Diese bilde ab, wie viele Jahre eine Person in einem gewissen Alter noch in guter Gesundheit verbringen wird, so die Statistik Austria. Das Konzept der gesunden Lebenserwartung erweitere jenes der Lebenserwartung, indem es gleichzeitig die Entwicklung von Mortalität, Morbidität und Beeinträchtigung beurteilt. Es schätze somit die Wahrscheinlichkeit ein, ob mit dem Gewinn an Lebensjahren ein längeres Leben in guter oder in schlechter Gesundheit einhergeht. Diese gesunde Lebenserwartung beträgt (ebenfalls per 2019) bei Männern 63,1 Jahre und bei Frauen 64,7 Jahre. Damit verbringen Männer 11,9 Jahre in mittelmäßiger und 4,3 Jahre in schlechter Gesundheit, bei Frauen sind es 14,4 bzw. 4,9 Jahre. Dazu kommt, dass laut OECD 36 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen über 65 mehrere chronische Erkrankungen haben.

Wir haben Experten aus der Versicherungsbranche gefragt, welche Auswirkungen steigende Lebenserwartung und möglicherweise längere Lebensspannen mit eingeschränkter Gesundheit auf Prämien, Leistungen und Altersrückstellungen der Versicherer haben.

Die Kehrseite der steigenden Lebenserwartung

Grundsätzlich sei die steigende Lebenserwartung eine erfreuliche Entwicklung, betont Thomas Kuchlbacher,

Gruppenleiter Krankenversicherung bei der Wiener Städtischen Versicherung. Entscheidend sei jedoch, dass die gewonnenen Lebensjahre möglichst lange in guter Gesundheit verbracht werden. Fakt ist aber auch, dass Menschen mehr Lebensjahre mit gesundheitlichen Einschränkungen verbringen, was die Leistungsanspruchnahme im Alter erhöhe, sagt Thomas Ackerl, Vorstandsvorsitzender des muki Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

Damit werde der Druck auf alle Teile des Gesundheitssystems erhöht, so Edeltraud Fichtenbauer, Vorstandsdirektorin der Donau Versicherung. Für private Krankenversicherer bedeute das, langfristig und nachhaltig zu kalkulieren. Medizinischer Fortschritt, steigende Gesundheitskosten, höhere Leistungsanspruchnahme und demografische Entwicklungen müssen in der Tarifgestaltung berücksichtigt werden, betont Fichtenbauer: „Pauschale kurzfristige Prämienprognosen wären unseriös.“

Jörg Hipp, Chief Product Officer (CPO) der Allianz Österreich, ergänzt: „Wenn Menschen länger leben, aber in den letzten Lebensjahren häufiger chronisch krank sind, steigen die Gesundheitskosten pro Person. Für Versicherer bedeutet das: Leistungen werden über einen längeren Zeitraum beansprucht, und kostenintensivere Behandlungen – etwa bei chronischen Erkrankungen oder in der Rehabilitation – gewinnen an Bedeutung.“

Die Antwort auf diese Herausforderungen seien vorausschauende Kalkulation der Neugeschäftsprämien und die entsprechenden versicherungsmathematischen Beitragsanpassungen im Bestand, um Kunden die bestmögliche Leistungsbasis zu gewähren, sagt Ackerl.

Und Andrea Hutter, Leiterin Krankenversicherung der Generali Versicherung, betont, dass Krankenversicherer



die langfristigen demografischen und medizinischen Entwicklungen sehr genau beobachten und in der Kalkulation berücksichtigen müssen: „Unser Anspruch ist es, die langfristige Leistbarkeit unserer Produkte sicherzustellen und die dauerhafte Erfüllung aller Leistungsversprechen zu gewährleisten.“ Für die private Krankenversicherung sei das allerdings kein neues Risiko, so Kuchlbacher. Demografische Entwicklungen seien langfristig absehbar und würden bei der Prämienkalkulation berücksichtigt.

Eine wichtige Rolle komme dabei den Altersrückstellungen zu, erläutert Hipp. Dabei handle es sich um Geld, das Versicherer in jüngeren Jahren der Versicherten zurücklegen, damit die Beiträge im Alter nicht sprunghaft steigen. Diese Rückstellungen werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst. Ackerl ergänzt: „Vorsichtig kalkulierte Altersrückstellungen finanzieren steigende Kosten im Alter vor und dämpfen so zudem massive Prämiensprünge. Solide Rückstellungen sind das Fundament, auf das sich unsere Versicherten verlassen können.“ Nicht zuletzt würden sie dafür sorgen, dass steigende Gesundheitskosten über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg nachhaltig finanziert werden können, so Hutter.

Ziel müsse es sein, den Versicherten auch in einer alternden Gesellschaft langfristig einen verlässlichen und nachhaltigen Versicherungsschutz zu bieten, resümiert Kuchlbacher. Und für Fichtenbauer ist klar: „Je stärker Prävention, Früherkennung und Gesundheitskompetenz wirken, desto besser ist das für Menschen und System.“

Prävention als wichtigster Hebel

Einig sind sich die Experten, dass der Prävention im Bereich der Gesundheit eine herausragende Rolle zukommt. Krankenversicherung sollte nicht erst im Leistungsfall beginnen, betont Fichtenbauer: „Versicherer können Vorsorge und Früherkennung fördern, Gesundheitsinformationen bereitstellen, digitale Services anbieten und positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten setzen.“ Möglich seien beispielsweise telemedizinische Beratung oder neue Ansätze in der personalisierten Gesundheitsvorsorge. Solche Angebote würden dabei helfen, Beschwerden früher abzuklären, Gesundheitskompetenz zu stärken und Patienten besser zu begleiten. Entscheidend sei aber, dass Prävention freiwillig, verständlich und konkret nutzbar bleibt, so Fichtenbauer.



Für Hipp ist Prävention der wichtigste Hebel, um Menschen möglichst lange gesund zu halten und gleichzeitig die Kosten zu bremsen: „Je später eine chronische Erkrankung auftritt und je besser sie frühzeitig erkannt wird, desto besser für alle Beteiligten.“ Dazu könnten Versicherer viel beitragen, beispielsweise mit der Integration von Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitschecks in ihre Produkte. Wichtig seien auch die Schaffung von Anreizen für regelmäßige Vorsorge, die Zusammenarbeit mit Unternehmen, um betriebliche Gesundheitsprogramme aufzubauen, ebenso wie frauenspezifische Vorsorgeangebote und geschlechtersensible Gesundheitschecks.

Ackerl sieht Prävention nicht nur als „die wirksamste Bremse für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen“. Sie eröffne Versicherern die Chance, den Wandel von der Reparaturmedizin hin zur Erhaltungsmedizin anzuführen: „Jeder Euro, den wir heute in die Vorsorge investieren, sichert die Finanzierbarkeit des Systems von morgen. Hier müssen Versicherer ansetzen – mit Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen, Gesundheits-Checks und digitalen Angeboten.“ Gerade bei der Teilnahme an Screenings gebe es in Österreich noch deutliches Potenzial.

Nicht die Finanzierung von Krankheit, sondern die Verlängerung gesunder Lebensjahre sei die größte Herausforderung, betont Hutter. Prävention müsse deshalb künftig stärker in den Mittelpunkt rücken. Es gehe darum, Bewusstsein zu schaffen, die Gesundheitskompetenz zu fördern und konkrete Angebote bereitzustellen, die Menschen dabei unterstützen, länger fit zu bleiben. Das biete doppelten Nutzen: Versicherte würden von einer höheren Lebensqualität profitieren, während Folgekosten reduziert werden können.

Sowohl gesellschaftlich als auch wirtschaftlich werde Prävention künftig eine noch zentralere Rolle spielen, ist Kuchlbacher überzeugt. Denn je früher Gesundheitsprobleme erkannt oder vermieden werden, desto besser sei das für die Betroffenen und das gesamte System. Sein Unternehmen setze dabei auf Vorsorgeuntersuchungen, Programme zur psychischen und körperlichen Gesundheit, Wellness-Angebote oder Fitnessclub-Mitgliedschaften. Gleichzeitig werde in Gesundheitskompetenz und Aufklärung investiert. Denn Prävention funktioniere dann besonders gut, wenn sie niederschwellig, alltags-tauglich und individuell relevant ist.

Belohnen oder bestrafen?

Ein klassisches Bonus-Malus-System für eine gesunde bzw. riskante Lebensführung, ähnlich der Kfz-Versicherung,

ist für die Branchenvertreter in der Krankenversicherung allerdings nicht vorstellbar. Ein solches System sei „in Österreich weder am Markt etabliert noch rechtlich oder kalkulatorisch realistisch umsetzbar“, so Hipp.

Für Hutter ist die Förderung aktiver und bewusster Lebensweisen wirkungsvoller als die Bestrafung von Risikoverhalten: „Genau hier setzen moderne Präventionsprogramme, Gesundheitscoachings und digitale Gesundheitsservices an.“ Aus heutiger Sicht sei ein klassisches Bonus-Malus-System weder realistisch noch zielführend. Krankenversicherung basiere auf dem Prinzip der Solidarität innerhalb der jeweiligen Versicherten-gemeinschaft, darüber hinaus bestünden klare gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen hinsichtlich Tarifgestaltung und Gleichbehandlung. Ziel müsse es sein, Menschen dabei zu unterstützen, vital zu bleiben und eigenverantwortliche Entscheidungen für ihr Wohlbefinden zu treffen.

Auch für Fichtenbauer sind vor allem positive Anreize für Vorsorge und gesundheitsbewusstes Verhalten sinnvoll: „Wenn Menschen motiviert werden, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen oder Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen, profitieren Versicherte und langfristig auch das Gesundheitssystem.“ Ein anderes System sei schwer vorstellbar, weil Gesundheit nicht ausschließlich Ergebnis individueller Lebensführung sei: „Realistischer und verantwortungsvoller sind freiwillige, transparente Bonusmodelle, die Prävention fördern, ohne Menschen zu diskriminieren.“

Ackerl sieht ein Malus-System ebenfalls kritisch: „Gesundheit darf niemals zur Frage der genetischen Lotterie oder des sozialen Status werden.“ Ein Bonus-System, das Eigenverantwortung und einen gesunden Lebensstil belohnt, sei dagegen ein zeitgemäßes und faires Motivationsinstrument. Ackerl: „Belohnung fördert die Gesundheit, Bestrafung gefährdet den sozialen Zusammenhalt der Versichertengemeinschaft.“

Und auch Kuchlbacher lehnt ein Bonus-Malus-System für die Krankenversicherung ab: Gesundheit sei ein höchstpersönliches Thema und verlange im Umgang damit besondere Sorgfalt – sowohl seitens der Behandler als auch seitens der Kostenträger, die Grenzen im Hinblick auf Ethik, Datenschutz und soziale Fairness seien dabei sehr eng gesetzt. Wichtig seien dagegen positive Anreize, um eine gesunde Lebensführung zu fördern und zu unterstützen: „Unser Zugang ist klar: Bonus ja, Malus nein. Wir wollen gesundes Verhalten fördern, aber Krankheit nicht bestrafen.“ ■

„Vom Luxusgut zur notwendigen Infrastruktur“

Längere Wartezeiten und Aufnahmestopps bei vielen Kassenärzten, meint Versicherungsmakler Avers, erzwingen faktisch ein Ausweichen auf Wahlärzte, wo freilich Kosten anfallen. Avers sieht deshalb die Bedeutung der Privatversicherung wachsen.

Von Emanuel Lampert

Bei einem beachtlichen Teil der Kassenärzte gilt ein Aufnahmestopp, berichtet der oberösterreichische Versicherungsmakler Avers, der das Online-Angebot [krankenversicherern.at](https://www.krankenversicherern.at) betreibt. Rund jeder Dritte (31,8 Prozent) nehme keine neuen Patienten auf. Das ergaben Anfragen bei 1.112 per Zufallsprinzip aus der Arztsuche der Ärztekammer ausgewählten Kassenärzten, durchgeführt vom 18. Mai bis 5. Juni 2026.

Besonders betroffen seien Dermatologie und Gynäkologie, wo 65,9 bzw. 65,2 Prozent keine neuen Patienten akzeptieren. Danach folgen HNO-Ärzte (36,9 Prozent) und Hausärzte (36,7). Auch in Psychiatrie, Orthopädie, Innerer Medizin, bei Augenärzten und in der Urologie liege der Anteil jeweils bei über 30 Prozent, in der Kardiologie mit 29,0 Prozent nur knapp darunter. Kaum niedriger sind die Anteile in Pulmologie, Pädiatrie (jeweils 25,3 Prozent) und Neurologie (23,9). Am niedrigsten ist die Hürde in der Radiologie (14,9 Prozent). Die Schwankungsbreite wird mit $\pm 2,6$ Prozentpunkten angegeben.

Qualitätssicherung und Überlastung

Als Ursache ortet Avers strukturellen Druck von drei Seiten. Erstens werde die Patientenzahl oft bewusst begrenzt, um die Behandlungsqualität zu sichern. Zweitens steige die Nachfrage, weil die alternde Gesellschaft mehr und komplexere Behandlungsfälle mit sich bringe – während zugleich drittens das Angebot schrumpfe, weil Kassenstellen teilweise unbesetzt seien und es viele Ärzte gebe, die in den Wahlarztbereich wechseln.

Aus Sicht von Sebastian Arthofer, COO des Maklerunternehmens, handelt es sich deshalb nicht bloß um

„Einzelfälle“, sondern um ein „strukturelles Kapazitätsproblem“. Für Patienten bedeute dies längere Wege und längeres Warten „oder den Schritt zur privaten Versorgung beim Wahlarzt“.

„Klare Zweiteilung“ bei Wartezeiten

Bereits zuvor ist Avers der Frage nachgegangen, wie sich Wartezeiten im Wahlarztsektor von jenen bei Kassenärzten unterscheiden. Dafür wurden österreichweit 3.182 Arztkontakte – je zur Hälfte Kassen- und Wahlärzte – ausgewertet. Die Feldphase für die Wahlärzte dauerte von 25. November 2025 bis 16. Jänner 2026, jene



für die Kassenärzte umfasste den September 2025. Die Tester seien als potenzielle Neupatienten aufgetreten; der Kontakt erfolgte über Telefon, E-Mail und Online-Buchungsdienste. Die Auswertung erfolgte auf Basis des Medians ($\pm 1,9$ Tage bei Wahlarzt-, $\pm 3,1$ Tage bei Kassenarzt-Daten).

Bis zu 13-fache Wartezeiten

„Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Diskrepanz in der Versorgungsgeschwindigkeit“, berichtete Avers. Im Kassensektor gälten oft Monatsfristen – im Gegensatz zu Wartezeiten unter zwei Wochen bei Wahlärzten in allen 14 untersuchten Fachrichtungen. Kassenpatienten, heißt es weiter, warten im Median bis zu 13-mal so lange auf einen Termin.

„Besonders drastisch“ sei der Unterschied in stark nachgefragten Disziplinen. Kassenpatienten müssten oft wochenlang warten; die private Verfügbarkeit etwa in der Orthopädie liege hingegen bei zwei Tagen oder in der Radiologie bei drei. Die größte Differenz wurde in der Augenheilkunde festgestellt. „Hier stehen 52 Tage Wartezeit im Kassensystem einer Verfügbarkeit von vier Tagen beim Wahlarzt gegenüber.“ Die längste Wartezeit im Kassensektor wird mit 63 Tagen für die Innere Medizin ausgewiesen, gegenüber acht im Wahlarztbereich.

Warum diese Unterschiede? Auch hier sieht Avers mehrere Faktoren wirken: Die Anzahl der Wahlärzte nehme zu, Wahlärzte hätten außerdem eine geringere

Patientendichte, die eine „kurzfristigere Taktung“ ermögliche. Zudem könne ein Wahlarzt Ressourcen und Ordinationszeiten flexibler an die Nachfrage anpassen. „Während das öffentliche System mit Kapazitätsgrenzen kämpft, fungiert der Wahlarztsektor als schnellerer Versorgungskanal“, sagt Arthofer.

Was ein Ersttermin beim Wahlarzt kostet

Avers hat von 25. November 2025 bis 3. Februar 2026 auch erhoben, wie hoch die Erstordinationskosten bei Wahlärzten sind. Hierzu wurden per „Mystery Calling“ österreichweit 1.590 Wahlärzte kontaktiert. Die Analyse der Durchschnittswerte zeigt laut Avers, dass ein Ersttermin in zwölf von 14 Fachbereichen mehr als 150 Euro kostet.

An der Spitze liegt die Radiologie (268 Euro), vor Urologie (237), Kardiologie (211), Psychiatrie (206), Pulmologie (203) und Gynäkologie (202). Für durchschnittlich unter 200 Euro war ein Termin in der Inneren Medizin (181 Euro) zu bekommen, ebenso bei Orthopäden (178), Neurologen (177), HNO-Ärzten (173) und Augenärzten (172). Am niedrigsten waren die Kosten in der Pädiatrie (155 Euro) sowie bei Haut- (149) und Hausärzten (108).

Lange Wartezeiten im Kassenbereich „erzwingen eine faktische Ausweichbewegung hin zum Wahlarzt“, meint man bei Avers. Damit werde die private Krankenversicherung „vom Luxusgut zur notwendigen Infrastruktur“.



Fehlzeiten leicht rückläufig, Kurzkrankenstände nehmen zu

Die Krankenstände sind 2025 leicht zurückgegangen, zugleich stieg der Anteil kurzer Fehlzeiten. Besonders belastend bleiben Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen sowie Lücken in Prävention, Versorgung und Rehabilitation.

Laut Fehlzeitenreport 2026 des Wifo verbrachten unselbstständig Beschäftigte 2025 durchschnittlich 14,7 Kalendertage im Krankenstand, nach 15,1 Tagen im Jahr davor. Die Krankenstandsquote sank geringfügig von 4,1 auf 4 Prozent.

Der Anteil kurzer Krankenstände nahm dennoch zu. 44,7 Prozent aller erfassten Fälle dauerten weniger als vier Tage, verursachten aber nur 10 Prozent aller Fehltage. 2008 lag der Anteil kurzer Krankenstände noch bei 30,5 Prozent, 2019 bereits bei 41,7 Prozent. „Krankenstände sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt leicht zurückgegangen, gleichzeitig sind sie geschlechterspezifisch nicht gleichmäßig verteilt“, sagt Claudia Neumayer-Stickler, Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger.

Frauen kamen 2025 auf durchschnittlich 15,5 Krankenstandstage und damit auf rund 10 Prozent mehr als

Männer mit 14,1 Tagen. Ab dem 50. Lebensjahr steigen Dauer und Häufigkeit der Krankenstände deutlich an. Auffällig bleibt auch die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Sie machen zwar nur einen kleinen Teil der Fälle aus, verursachen wegen ihrer langen Dauer aber deutlich mehr Krankenstandstage. Nach einer Phase der Stagnation bis 2018 ist hier laut Wifo wieder ein steigender Trend zu beobachten.

Hohe Kosten für Unternehmen und System

Die direkten Kosten krankheitsbedingter Ausfälle beliefen sich 2024 auf rund 6 Milliarden Euro. Davon entfielen 4,8 Milliarden Euro auf die Entgeltfortzahlung der Betriebe und 1,2 Milliarden Euro auf Krankengeld. Hinzu kommen mögliche Wertschöpfungsverluste von bis zu 8,8 Milliarden Euro.

Rolf Gleißner von der Wirtschaftskammer verweist darauf, dass das Niveau der Krankenstände weiterhin klar über jenem der 20 Jahre vor Covid liegt. Den Großteil der Kosten trügen die Unternehmen. Sie hätten daher ein starkes Eigeninteresse, Krankenstände durch bessere Arbeitsbedingungen und ergonomische Maßnahmen zu reduzieren.

Wenige Krankheitsgruppen prägen das Bild

Besonders ins Gewicht fallen Atemwegs- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Gemeinsam sind sie für mehr als die Hälfte aller Krankenstandsfälle verantwortlich. Während Atemwegserkrankungen besonders häufig auftreten, führen Muskel-Skelett-Erkrankungen oft zu längeren Ausfällen.

2025 waren 445.618 Beschäftigte zumindest einmal wegen einer solchen Erkrankung im Krankenstand. Betroffene kamen im Durchschnitt auf 33,4 Krankenstandstage im Jahr, Personen mit anderen Erkrankungen auf



19,3 Tage. Männer waren häufiger betroffen, Frauen wiesen im Erkrankungsfall jedoch längere Ausfälle auf.

Rückenleiden dominieren

Innerhalb der Muskel-Skelett-Erkrankungen dominieren Beschwerden des Rückens und der Wirbelsäule. Kreuz- und Lendenschmerzen verursachen fast die Hälfte aller Fälle in dieser Krankheitsgruppe. Betroffen sind körperlich Tätige ebenso wie Beschäftigte in sitzenden Berufen.

Seltener auftretende degenerative Erkrankungen führen oft zu besonders langen Krankenständen. Bei Kniegelenksverschleiß lag die durchschnittliche Dauer etwa bei 38 Tagen. Ähnlich ist das Bild bei Bandscheibenschäden, Meniskusverletzungen und Schultererkrankungen.

Versorgung erreicht viele Betroffene nicht

Aus Sicht des Wifo besteht vor allem bei der Versorgung Handlungsbedarf. „Therapeutische Angebote wie Physiotherapie oder physikalische Medizin erreichen nur einen

kleinen Teil der Betroffenen“, sagt Studienautorin Christine Mayrhuber. Die zentrale Rolle komme der Allgemeinmedizin zu.

Auch die Arbeiterkammer sieht hier eine Lücke. Frühzeitige, interdisziplinäre und arbeitsplatzbezogene Maßnahmen hätten die besten Erfolgsaussichten, standardisierte Versorgungskonzepte fehlten jedoch weitgehend. Gefordert werden strukturierte Programme mit raschem Zugang zu Rehabilitation und besserer Abstimmung zwischen Gesundheitsberufen und Sozialversicherung.

Für Krankenversicherer und das gesamte Gesundheitssystem liegt der zentrale Hebel damit in Prävention, Früherkennung und Rehabilitation. Eine besser koordinierte Versorgung könnte langwierige Krankheitsverläufe verhindern und Beschäftigte rascher in den Arbeitsalltag zurückführen. Das würde nicht nur die Betroffenen entlasten, sondern angesichts der hohen direkten Kosten und möglichen Wertschöpfungsverluste auch Unternehmen und Sozialversicherung. ■

Werbung



REGIONAL FÜR SIE DA.
MIT FACHWISSEN
UND HERZBLUT.
ONLINE UND PERSÖNLICH.

Welche Ziele die Uniqa im Gesundheitsbereich hat

Von Marius Perger

Schon seit einiger Zeit gibt es keine Präsentation der Uniqa, in der das Thema Gesundheit und die Angebote der Uniqa-Gesundheitsmarke Mavie nicht breiten Raum einnehmen. Das VersicherungsJournal hat deshalb mit CEO Andreas Brandstetter über die Bedeutung des Gesundheitsbereichs für Uniqa gesprochen.

„Versicherung ist und bleibt das Kerngeschäft“, betont Brandstetter einleitend. Dafür sprechen auch die Zahlen: Die Prämieinnahmen der Versicherung lagen im Vorjahr bei 8,4 Milliarden Euro, der Umsatz von Mavie bei 300 Millionen. Der Gesundheitsbereich sei aber eine weitere Möglichkeit zur Diversifikation. Dahinter stünden „simple Überlegungen“, so Brandstetter: demografische, soziale und geopolitische ebenso wie volkswirtschaftliche.

Am Weg zum ganzheitlichen Gesundheitsanbieter

Gesundheit habe in unserem Teil der Welt eine große Bedeutung, gleichzeitig bestehe eine große Divergenz von Lebens- und Gesundheitsspanne: Die Lebenserwartung von Frauen beträgt in Österreich rund 84 Jahre, aber 20 Jahre davon verbringen sie in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. In diesem Spannungsfeld wolle sich Uniqa positionieren und mehr als nur Versicherung bieten. Ziel sei es, ein „holistischer Gesundheitsanbieter“ zu werden, betont Brandstetter. Denn das Thema „betrifft alle Menschen, für die wir arbeiten“.

Ziele auch durch Akquisitionen erreichen

Ziel sei es, in den Ländern, in denen Uniqa tätig ist, möglichst viele Versicherungskunden als Gesundheitsdienstleister zu gewinnen – eigene genauso wie andere: Denn von den 155 Millionen Menschen in diesem Raum sei die große Mehrheit nicht Kunde der Uniqa. Ein klarer Schwerpunkt liege dabei auf der betrieblichen Gesundheitsvorsorge, die es Unternehmen ermögliche, zu attraktiven Arbeitgebern zu werden. Weiters im Fokus von Mavie befinden sich Prävention, Telemedizin und Pflege. „Sehr sicher“ würden aber im Lauf der nächsten Jahre weitere Bereiche dazukommen, so Brandstetter.



Pflege als Schlüsselherausforderung

Pflege sei für so gut wie alle Staaten heute eine „Schlüsselherausforderung“. In Österreich befindet sich derzeit eine halbe Million Menschen in Betreuung, bis 2050 werde diese Zahl auf 750.000 anwachsen. Dafür seien von heute weg 70.000 zusätzliche Pflegekräfte nötig. Drängendste Aufgabe sei es, die Betreuungskapazitäten zu sichern. Brandstetter spricht sich deshalb dafür aus, die „Rot-Weiß-Rot-Karte“, die einen Aufenthaltstitel für Drittstaatsangehörige bietet und derzeit nur Angestellten offensteht, „strukturiert“ auch für selbstständig tätige Fachkräfte zu öffnen.

Auch ökonomisch sinnvoll

Vom Gesundheitsbereich profitieren soll aber auch der Gesamtkonzern. „Uns wird als Krankenversicherer eine hohe Glaubwürdigkeit zugeschrieben“, sagt Brandstetter. Nun gehe es darum, die Wertschöpfungskette bewusst zu erweitern. Uniqa habe sogar die Pflicht, sich um das Thema Gesundheit zu kümmern und Resilienz in die Gesellschaft zu bringen – aber nie in Konkurrenz zur öffentlichen Hand, sondern nur zur Ergänzung und Entlastung. ■

„Kein Luxus, sondern mittlerweile Mainstream“

Mit den Veränderungen im Gesundheitssystem wächst bei vielen der Wunsch nach verlässlicher Versorgung. Private Gesundheitsvorsorge gewinnt vor allem bei jungen Menschen zunehmend an Bedeutung.

Die Gesundheitsstudie der Wiener Städtischen zeichnet ein klares Bild: 45 Prozent der Befragten nehmen eine Verschlechterung der Gesundheitsvorsorge wahr, nur acht Prozent eine Verbesserung. Sonja Brandtmayer, Wiener Städtische Generaldirektor-Stellvertreterin: „Gesundheitsvorsorge ist heute kein Luxus mehr, sondern mittlerweile Mainstream geworden. Die Menschen spüren, dass Eigenverantwortung immer wichtiger wird.“



Individuelle Leistungen mit kleinem Budget

Ein ruhiges Ein- oder Zweibettzimmer, freie Spitalswahl oder die Begleitung durch vertraute Ärzt:innen machen oft den entscheidenden Unterschied. Studien zeigen zudem, dass sich Patient:innen schneller erholen, wenn sie sich wohlfühlen. Die Wiener Städtische bietet mit der bestHEALTH Sonderklasse eine Auswahl von vier Tarifvarianten – mit oder ohne Selbstbehalt, europaweit oder weltweit gültig. Besonders attraktiv: Vom 20. bis zum 40. Lebensjahr entfällt der Selbstbehalt, auch bei Unfällen, Entbindungen oder ambulanten Operationen, unabhängig vom Alter. „So ermöglichen wir jungen Erwachsenen einen günstigen Einstieg in die private Gesundheitsvorsorge. Und ein späterer Tarifwechsel ist jederzeit ohne neue Risikoprüfung möglich“, sagt Brandtmayer. Darüber hinaus hat die Wiener Städtische kürzlich zwei neue Sonderklasse-Tarife eingeführt, die speziell auf die Bedürfnisse von jungen Menschen und Familien abgestimmt sind. Sie bieten unter anderem eine langfristige Absicherung nach Unfällen und flexible

Umstiegsoptionen für den späteren Wechsel in eine umfassende Sonderklasse.

Besonders familienfreundlich

Gerade für werdende Eltern spielt Absicherung eine große Rolle. Die Wiener Städtische bietet passgenaue Lösungen – von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter. Für Babys gibt es maßgeschneiderte Sonderklasse-Tarife und das mit oder ohne Selbstbehalt. Ist ein Elternteil bereits versichert, kann das Neugeborene ohne Gesundheitsprüfung mitversichert werden. Zudem können Kinder bis zum 18. Lebensjahr von einer Bezugsperson begleitet werden und die Kosten dafür werden von der Wiener Städtischen übernommen.

Wer an die Gesundheit seiner Familie denkt, denkt heute nicht nur an den Ernstfall im Krankenhaus, sondern auch an wichtige Vorsorgemaßnahmen im Alltag. Dazu zählt insbesondere die Zahngesundheit. Gleichzeitig schrecken viele Menschen vor den steigenden Kosten moderner Zahnbehandlungen zurück. Mit der Zahnzusatzversicherung sorgenfreies.lächeln der Wiener Städtischen, die seit 2025 als Ergänzung zur Sonderklasse angeboten wird, gibt es dafür eine maßgeschneiderte Lösung, unter anderem für Zahnersatz, Implantate, Zahnspangen oder professionelle Mundhygiene und schützt so vor hohen Eigenkosten. Insgesamt zeigt sich, dass private Gesundheitsvorsorge heute ein wichtiger Baustein für die langfristige Absicherung der eigenen Gesundheit ist und gleichzeitig mehr Flexibilität und Sicherheit im Alltag bietet.

Nähere Informationen und die Details zu den Produkten finden Sie hier:



Bis 31.12.2026
Sonderklasseversicherung
kombinieren und von tollen
Vorteilen profitieren.

Aktionsbedingungen und weitere Infos
bei Ihrer/Ihrem Maklerbetreuer:in.

Ich wi// Gesundheitsvorsorge mit Weitblick.

Ich wi// zur DONAU.

//onau
VIENNA INSURANCE GROUP