



PRIVAT-Report

Betriebliche Gesundheits- konzepte

**Zufriedene und gesunde
Mitarbeiter mit innovativen
Entlohnungsmodellen an
das Unternehmen binden!**

Über mich

Sehr geehrte Damen und Herren Unternehmer,
Vorstände bzw. Geschäftsführer,

darf ich mich Ihnen vorstellen?

Mein Name ist Frank Ulbricht, Jahrgang 1956.

Ich bin seit 1990 in der Versicherungsbranche tätig, seit 1992 als Versicherungsmakler und seit 1997 als GGF der SüGa Versicherungsmakler GmbH, einem reinen Familienunternehmen mit Sitz in Löbnitz/Erzgebirge.



Seit der Jahrtausendwende habe ich mich zunehmend auf die Gesundheits-Finanzierung* spezialisiert, und habe diese mittlerweile um Pflegeversicherungen und betriebliche Versicherungskonzepte erweitert.

Die Herangehensweise an das Thema „Betriebliche Gesundheitskonzepte“, also die klassische betriebliche Krankenversicherung über Gruppenversicherungsverträge, kann unterschiedlicher nicht sein! Viele Vermittler beschränken sich auf Krankheitskostentarife, die aber in der Praxis (mit wenigen Ausnahmen) sehr umstritten sind.

Im vorliegenden PRIVAT-Report erfahren Sie meine Sicht auf die gesamte Thematik „Betriebliche Gesundheitsvorsorge“, und das wie immer ehrlich und ganz ungeschönt!

Sie werden dabei feststellen, dass es verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung gibt – auch solche ohne Bezugnahme auf *DrohMedizin* und *AngstVersicherung*!

Sie erfahren hier Lösungswege für eine Mitarbeitergewinnung und -bindung über innovative Entlohnungsmodelle, die sich in kürzester Frist von selbst tragen werden.

Mit diesem Wissen wird es Ihnen gelingen, ein perfektes betriebliches Gesundheitssystem aufzubauen!

Ich wünsche Ihnen also viel Spaß bei der Lektüre!

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, mir diese zu stellen.

Ich freue mich auf Ihre Response!

Ihr

Kunden-Hotline: 03771 – 300 400

* Wir können Ihnen auch heute noch attraktive PKV-Tarife anbieten. Diese als „Großschadentarife“ bekannten Tarife beinhalten beste Leistungen bei niedrigsten Prämien. Möglich wird das durch Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung.
Zu diesem Thema gibt es einen gesonderten PRIVAT-Report.

GRUNDSÄTZLICHES

Betriebliche Gesundheitskonzepte unter Einbeziehung privater Krankenversicherer sind ein zukunftsträchtiges Versorgungssystem.

Folgende Fakten sprechen für diese Annahme:

Beide Beteiligte, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, haben einen großen Nutzen daraus. Bereits ca. 10 % aller Arbeitnehmer verfügen über eine zusätzliche betrieblich finanzierte gesundheitliche Absicherung – vielleicht gibt es diese auch schon in Ihrem Unternehmen? Ob es die „richtige“ Absicherung ist, werden Sie am Ende Ihrer Lektüre besser einschätzen können...

Angesichts der bisherigen und zukünftigen Leistungskürzungen der gesetzlichen Krankenversicherung wünschen sich immer mehr Mitarbeiter ergänzenden Schutz. Im Folgenden erfahren Sie, worauf Sie dabei achten müssen.

Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft steigt ganz objektiv die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten an. Die krankheitsbedingten Ausfallzeiten steigen und die Effektivität sinkt.

Durchschnittlich verursacht jeder Mitarbeiter dem Unternehmen jährlich krankheitsbedingte Kosten in Höhe von 3.591 Euro (Stand 2013).

Jeder Ausfalltag eines Mitarbeiters kostet Sie als sein Arbeitgeber viel Geld. Bemerkenswert ist aber auch, dass ein Drittel aller Krankheitskosten durch Präsentismus entsteht, also die Anwesenheit im Betrieb trotz tatsächlicher Arbeitsunfähigkeit.

Gleichzeitig gibt es unbestritten einen Fachkräftemangel in den Unternehmen und einen zunehmenden Wettbewerb um jüngere und vor allem leistungsstarke Mitarbeiter. Die Unternehmen sind daher auf allen Ebenen gezwungen, sich als attraktive Arbeitgeber zu präsentieren. Die betriebliche Gesundheitsvorsorge ist einer dieser Aspekte.

In gleichem Maße gibt es immer weniger qualifizierte Experten, die in der Lage sind, die Unternehmen verantwortungsbewusst und zugleich kritisch zu beraten.

Die Zahl der registrierten Vermittler sinkt von Jahr zu Jahr – und mit ihr die Zahl der unabhängig arbeitenden Vermittler. Nur letztere haben überhaupt die Möglichkeit, eine ausreichende Anzahl verfügbarer Angebote zu bewerten.

Als Kehrseite der Medaille etablieren sich aber auch viele Vertriebe in diesem wirklich zukunftsträchtigen Markt – mit mitunter zwielichtigen Methoden und teilweise eher eigennützigen Angeboten.

Jeder Arbeitgeber ist gut beraten (z.B. mit Hilfe dieses PRIVAT-Reports), sich selbst einen gewissen Überblick über diesen wichtigen Markt zu verschaffen und so einen doppelten Nutzen daraus zu erzielen: Sie helfen sich und Ihren Mitarbeitern!

Definition

Unter einer bKV versteht man eine zwischen einem Unternehmen und einem privaten Versicherer vereinbarte arbeitgeberfinanzierte Gruppenversicherung. Diese hat das Ziel, der gesamten Belegschaft oder einem definierten Mitarbeiterkreis Krankenversicherungs-

schutz als Ergänzung der gesetzlichen (bzw. bereits einer vorhandenen privaten) Absicherung zur Verfügung zu stellen.

Eine Gruppenversicherung setzt den Einschluss einer Mindestanzahl zu versorgender Mitarbeiter voraus. Meist sind dies zehn Mitarbeiter, mitunter auch deutlich mehr – aber manchmal auch nur fünf versicherte Personen.

Die meisten Gruppenversicherungsangebote haben keine Wartezeiten (es gibt sofortigen Versicherungsschutz ab Policierung) und keine Gesundheitsfragen. Letzteres ist ein großer Vorteil für diejenigen Arbeitnehmer, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes anderweitig keinerlei Zugang zu privaten Zusatzversicherungen erhalten würden.

Aus der Sicht des Arbeitgebers

Die Berechnung der Krankheitsquote Ihres Unternehmens ist Ihnen als Unternehmer sicherlich geläufig. Sie errechnet sich aus der Anzahl der Ausfalltage, geteilt durch die Regelarbeitstage.

$$\text{Krankheitsquote} = \text{Ausfalltage wegen AU} / \text{Regelarbeitstage}$$

Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

Ein Unternehmen mit 50 Mitarbeitern mit einem durchschnittlichen Krankenstand von 14,3 Arbeitstagen im Jahr (in Summe also 715 Ausfalltage) erreicht eine Krankheitsquote von 6,56 %, wenn man je Arbeitnehmer 248 Arbeitstage minus 30 Tage Urlaub im Jahr (=218 Arbeitstage) gegenüberstellt.

$$715 \text{ Ausfalltage} / (50 \times 218) \text{ Arbeitstage} = 6,56 \%$$

Bei angenommen 2,5 Mio Euro Personalkosten verliert das Unternehmen jedes Jahr 164.000 Euro. Eine Senkung der Krankheitsquote um nur 20 % reduziert diese Kosten um ca. 33.000 Euro.

Bei kleineren Unternehmen und auch bei weniger gut verdienenden Arbeitnehmern sind diese Zahlen natürlich niedriger. Der Prozentsatz der Einsparung bleibt aber gleich und somit die entsprechende Gewinn-/Verlust-Situation im Unternehmen.

Die Geschäftsleitung hat größtes Interesse an einer Senkung der Krankheitsquote. Mit richtig installierten betrieblichen Gesundheitskonzepten gelingt dies sicher langfristig!

Voraussetzung dafür ist die Auswahl einer geeigneten Tarifkombination, die auch tatsächlich zu einer Senkung der Ausfallzeiten führt und vor allem auch den Arbeitnehmer von der Sinnhaftigkeit der angebotenen Lösungen überzeugt.

Fachkräftemangel

Der Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter wird schärfer und erfordert seitens des Arbeitgebers neue Anreize. Allein mehr Lohn oder Gehalt reicht nicht aus, um neue Mitarbeiter an das Unternehmen zu binden.

Die Kosten der Fluktuation, bestehend aus Abfindungen, Gerichts- und Rechtsanwaltskosten sowie vor allem der Kosten für die Suche nach neuem Personal machen in Summe das Zwei- bis Dreifache eines Jahresgehalts aus.

Besser, man findet Möglichkeiten, die Mitarbeiter zu halten.

Die Anzahl unbesetzter Fachkräftestellen wächst rapide an. Derzeit sind rund 1 Mio Stellen unbesetzt. Arbeitnehmer entscheiden sich zunehmend nicht nur nach Gehalt und Zulagen für einen Arbeitgeber, sondern auch auf Grund von Zusatzleistungen, wie die betriebliche Renten- und Krankenversicherung.

In vielen Betrieben wird daher ein aktives betriebliches Gesundheitsmanagement betrieben, welches auch die bKV beinhaltet.

Als Versicherungsmakler verfügen wir über leistungsfähige bKV-Angebote. Wir stellen Ihnen auf Wunsch Kontakte zu Anbietern im betrieblichen Gesundheitsmanagement her.


Aus der Sicht des Arbeitnehmers

Die Intuitionen des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers in Bezug auf die betrieblichen Gesundheitskonzepte sollten im Idealfall übereinstimmen. In der Praxis kann es jedoch Differenzen in zweierlei Hinsicht geben:

- Die Arbeitnehmer wünschen sich gelegentlich mehr Nettoeinkommen anstelle der Gesundheitsleistungen
- Die Ansichten der einzelnen Arbeitnehmer bezüglich der angebotenen Leistungsinhalte gehen weit auseinander

Ersterer Punkt ist leicht erfüllbar: Der Mitarbeiter erhält indirekt ein Mehreinkommen infolge weniger krankheitsbedingter Ausfalltage – und vielleicht früher eine Gehaltserhöhung aufgrund besserer Leistungen. Ganz davon abgesehen wäre es dem Arbeitnehmer nicht ansatzweise möglich, aus einer gleichwertigen Lohnerhöhung adäquate Versicherungsleistungen privat abzuschließen. Betriebliche Lösungen zeichnen sich durch günstige Prämien in Gruppenversicherungsverträge ohne Gesundheitsprüfung und zumeist ohne Wartezeiten aus.

Schwieriger wird es schon bezüglich der Leistungsinhalte, die keinesfalls individuell auf die Arbeitnehmer ausgerichtet werden können. Es obliegt dem Unternehmen, passende Tarife zu wählen, die sowohl dem Unternehmen selbst als auch einem breiten Kreis von Mitarbeitern Nutzen bieten.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Entscheidung in beiden genannten Punkten allein vom Arbeitgeber (ggf. unter Mitsprache der Arbeitnehmervertretung) getroffen wird. Ein Mitspracherecht der Arbeitnehmer würde mit zunehmender Betriebsgröße zu keinerlei Ergebnis führen. 

Geht man davon aus, dass insbesondere größere Unternehmen akzeptable Gehälter zahlen, dürfte letztlich die Frage der Leistungsinhalte entscheidend sein. Prinzipiell bewerten Arbeitnehmer betriebliche Gesundheitslösungen als sehr interessant. Gesundheit ist eines der Grundbedürfnisse des Menschen.

Die betriebliche Leistung sorgt hier für eine besonders intensive emotionale Bindung – dies vor allem bei den Vorsorge-Tarifen! Dort steht die Gesunderhaltung im Vordergrund und die Vermeidung von Krankheiten durch deren frühzeitiges Erkennen und Intervenieren!

Leistungen


Prinzipiell können folgende Leistungsarten vereinbart werden.

- Zahnersatz
- Vorsorge und Schutzimpfungen
- Prophylaxe und Zahnbehandlung
- Stationäre Zusatzleistungen (Chefarzt und Zweibettzimmer)
- Ambulante Zusatzleistungen
- Krankentagegeld-Leistungen
(diese sind nur im Ausnahmefall verfügbar und auch nicht unbedingt angeraten, da eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit beim Arbeitnehmer abgedeckt wird)

Die Prämien liegen je nach Alter des Mitarbeiters und gewähltem Tarif zwischen fünf und 60 Euro im Monat. Das sagt noch gar nichts, weil hinter diesen Beträgen natürlich unterschiedlich hohe Leistungen stehen.

Unsere Tarifempfehlungen liegen im Wesentlichen bei einem Monatsbeitrag zwischen zehn und 15 Euro im Monat pro Mitarbeiter.

Zusätzliche Kosten entstehen (in den allermeisten Fällen einseitig dem Arbeitgeber) durch Nebenkosten für Steuer und ggf. Sozialversicherung. Diese können nominal bis zu 80 % der Versicherungsprämie betragen.

 Nach Steuern verbleiben meist effektive Nebenkosten in Höhe von ca. 30 % der gezahlten Versicherungsprämie. Im **Anlage 3** finden Sie eine entsprechende Beispielrechnung.

Insgesamt geht es also in den meisten Fällen um weniger als einen Stundenlohn pro Mitarbeiter im Monat als tatsächlichen Aufwand.

Steuerliche Rahmenbedingungen

Die Aufwendungen des Arbeitgebers zu einer bKV sind gemäß § 4 Abs. 4 EStG immer als Betriebsausgaben absetzbar.

Sämtliche Versicherungsleistungen aus der bKV sind steuer- und sozialabgabenfrei.

Die vom Arbeitgeber gezahlten Beiträge stellen beim Arbeitnehmer einen geldwerten Vorteil dar. Dieser ist steuer- und SV-pflichtig. Die Versteuerung kann der Mitarbeiter oder der Arbeitgeber übernehmen.

Folgende Möglichkeiten für die Versteuerung gibt es:

- Barlohnversteuerung des geldwerten Vorteils
Der Arbeitnehmer übernimmt die Versteuerung
- Nettolohnversteuerung
Der Arbeitgeber übernimmt die Versteuerung
- Pauschalversteuerung nach § 40 Abs. 1 EStG
Der Arbeitgeber übernimmt die pauschale Versteuerung

In den allermeisten Fällen übernimmt der Arbeitgeber die entstehenden Nebenkosten und bietet so dem Arbeitnehmer einen 100%igen Mehrwert. Die Kostenübernahme ist auch aus Sicht des Arbeitnehmers ein Anreiz, die gebotenen Gesundheitskonzepte anzunehmen und deren Leistungen zu nutzen.

Pauschal-Versteuerung nach § 40 Abs. 1 EStG

Eine Pauschalversteuerung ist nur möglich, wenn es sich bei den Beiträgen sozialversicherungsrechtlich um „*einmalige Zuwendungen*“ handelt und damit ein „*sonstiger Bezug*“ beim Mitarbeiter vorliegt.

Hierfür gibt es aktuell folgende Voraussetzungen:

- Die Beiträge zur bKV zahlt der Arbeitgeber jährlich
- Die bKV muss für eine „größere Anzahl“ von Mitarbeitern gewährt werden (üblicherweise geht man von mehr als 20 Versicherten aus)
- Die Pauschalierung von „sonstigen Bezügen“ ist nur bis zu 1.000 Euro je Mitarbeiter und Kalenderjahr möglich

Die Pauschalversteuerung muss vom Arbeitgeber beim zuständigen Betriebsstätten-Finanzamt beantragt werden. Dieses erteilt einen entsprechenden Bescheid.

Wir dürfen Sie nicht steuerlich beraten. Bitte konsultieren Sie Ihren steuerlichen Berater. Eine lohnsteuerrechtliche Anfrage beim Finanzamt (eine sog. Anrufungsauskunft) ist gemäß § 42 e EStG gebührenfrei. Gern stellen wir Ihnen eine entsprechende Vorlage für eine Musterauskunft als Unterstützung zur Verfügung.

Auf Grund der notwendigen Beantragung beim Betriebsstättenfinanzamt und vor allem wegen der jährlichen Zahlweise der Prämien und Nebenkosten sind nicht alle Arbeitgeber von dieser Besteuerungsform angetan. Hinzu kommt eine vorübergehende Minderung der Liquidität, weil die erhöhten Betriebsausgaben frühestens nach einem Jahr steuerwirksam werden.

Nettolohnversteuerung durch den Arbeitgeber

Hier erstattet der Arbeitgeber die für den bKV-Vertrag anfallenden Steuern und SV-Beiträge in Form einer Gutschrift auf dem Lohnschein. Normalerweise gibt es hier also die monatliche Prämienzahlweise für die bKV – ohne den Vorteil der Prämieinsparung bei jährlicher Zahlweise. Es entsteht so ein monatlicher Abrechnungsaufwand, der aber schnell zur Routine wird und der so nicht als Belastung empfunden wird.

Immer mehr Arbeitgeber entscheiden sich daher für die Nettolohnversteuerung. Dies meist schon allein wegen der ratierlichen und nicht jährlichen Zahlweise.

Die Höhe der entstehenden Nebenkosten ist bei beiden bevorzugten Varianten (Pauschalversteuerung und Nettolohnversteuerung durch den Arbeitgeber) in etwa gleich. Das ist auch verständlich. Der Gesetzgeber lässt verschiedene Möglichkeiten der Versteuerung zu. Er würde dies nicht tun, wenn eine dieser Varianten eine extrem abweichende Steuerlast zur Folge hätte.

Betriebliche KV vs. Lohnerhöhung?

Betriebliche Gesundheitskonzepte sind ein effektives Personalinstrument. Es ist dem Arbeitnehmer definitiv nicht möglich, mit einer gleich hohen Lohnerhöhung aus dem sich daraus ergebenden Nettolohn eine auch nur annähernd adäquate private Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Das scheitert einerseits an den Prämien (günstige Gruppenversicherungskonditionen, keine Wartezeiten...), andererseits nicht selten an den Gesundheitsfragen bei einer individuellen Beantragung.

Der Mitarbeiter erhält eine hochwertige Gesundheitsleistung vom Arbeitgeber finanziert, und wird diese in den allermeisten Fällen als solche wahrnehmen und würdigen. Er weiß zudem, dass ihm diese Leistung beim Betriebsaustritt (aus eigener Entscheidung oder wegen mangelhafter Leistungen) entzogen wird. Eine Neuversicherung als privater Vertrag wird im Laufe der Jahre immer teurer, weil das Eintrittsalter und möglicherweise auch die individuelle Gesundheitsprüfung dies erfordert.

Die weitere Senkung des Versorgungsniveaus der gesetzlichen Krankenversicherung zwingt die Arbeitnehmer aber geradezu zu ergänzenden Leistungen. Die Initiative des Arbeitgebers wird somit zunehmend positiv wahrgenommen.

Die bKV-Lösung ist zudem deutlich nachhaltiger. Richtig installierte betriebliche Gesundheitskonzepte finanzieren sich selbst, indem die Ausfallzeiten und somit die Kosten gesenkt werden. Im Falle einer gleichwertigen Lohnerhöhung anstelle der bKV-Lösung würde in den allermeisten Fällen keine Ersparnis erzielt. Dies auch deswegen, weil die entstehenden Ausfallkosten weitestgehend auch in die Lohnfortzahlung einfließen.



EINE SINNVOLLE INVESTITION

Sinnvoll eingerichtete betriebliche Gesundheitskonzepte sichern sowohl Ihnen als Arbeitgeber, als auch Ihren Arbeitnehmern nachhaltige Vorteile:

Für den Arbeitgeber:

- Steigende Attraktivität des Unternehmens
- Senkung der Fluktuation
- Verbesserte Mitarbeiterbindung
- Wettbewerbsvorteile gegenüber Mitbewerbern
- Imagegewinn als sozial engagierter Arbeitgeber
- Kostensenkung durch langfristig sinkende Krankheitskosten
- Steuerliche Absetzbarkeit
- unbürokratische Vertragsverwaltung über Sammelanmeldungen

Für den Arbeitnehmer:

- bessere medizinische Versorgung
- Gruppenvertrag ohne Gesundheitsprüfung
- Versicherungsschutz zumeist ohne Wartezeiten
- Beitragsübernahme durch den Arbeitgeber
- Abschluss zusätzlicher Tarife gegen eigenen Beitrag möglich
- Fortführung des Versicherungsschutzes als Privatvertrag nach Firmenaustritt möglich*

* dies zumeist unter Wegfall der Prämiennachlässe des Gruppenvertrages; eine Fortführung des Vertrages bei einem anderen Arbeitgeber ist nur dann möglich, wenn dieser zufällig den gleichen Versicherer gewählt hätte

Ein perfektes Angebot?

Die vorstehenden Fakten zeigen, dass es sich hier um ein scheinbar perfektes Angebot handelt. Beide Seiten, also Arbeitgeber und Arbeitnehmer, haben deutliche Vorteile, ganz davon abgesehen, dass auch die Anbieter nicht gerade unglücklich über die entstehenden Versicherungsverträge sind.

Damit wirklich alle Seiten Vorteile haben, kommt es ausschließlich auf die Sinnhaftigkeit der Vertragsgestaltung und die Qualität und Wirksamkeit der zugesicherten Leistungen an.

Hier gibt es die größten Chancen – aber auch die größten Probleme...

Problemfälle

Worauf muss man achten, um eine wirkliche vernünftige bKV einzurichten?

Am Markt sind – soweit diese überhaupt angeboten werden – die verschiedensten Tarifkombinationen feststellbar. Jede dieser Varianten wird natürlich mit wertigen und

stichhaltigen Argumenten untersetzt. Doch wie stichhaltig sind diese wirklich?
Wir beleuchten folgende Punkte:

- Versorgungsfähige Mitarbeiter
- Tarifauswahl – die wichtigste Voraussetzung!
- Vertragsgrundlage

Versorgungsfähige Mitarbeiter

Ähnlich der betrieblichen Altersvorsorge (bAV), gilt es auch bei der betrieblichen Gesundheitsvorsorge das Gleichbehandlungsprinzip. Als Arbeitgeber dürfen Sie Ihre Arbeitnehmer nicht ungleich behandeln.



Üblicherweise wird der Gleichbehandlungsgrundsatz mit der sog. Gruppenbildung realisiert. Arbeitnehmer mit ähnlichen Tätigkeiten bzw. Qualifikationen werden gleichen Gruppen zugeordnet, die in sich einheitliche Leistungen beinhalten. Das kann so umgesetzt werden, dass einzelne Gruppen keine bKV-Leistungen erhalten (z.B. Auszubildende oder Mitarbeiter in der Probezeit). Natürlich dürfen anderen Gruppen auch höherer Leistungen zugesagt werden, z.B. den Führungskräften.

Die Gruppenbildung obliegt Ihnen als Arbeitgeber. Die Gruppen-Definition sollte genau dokumentiert werden.

Dabei ergeben sich zwei Probleme:

- die vom Versicherer vorgegebene Mindest-Versicherten-Anzahl muss prinzipiell eingehalten werden
- der vom Versicherer vorgegebene Vorversicherungs-Status (GKV, PKV...) muss erfüllt sein

Die Mindestzahl zu versorgender Mitarbeiter liegt meist zwischen fünf und 25 Personen. Für Großunternehmen sind beide Werte keine nennenswerte Hürde. Ganz anders ist das bei Kleinbetrieben. Ist die Mindest-Versichertenzahl mit zehn vorgegeben und es sind genau zehn Personen im Unternehmen, dann müssen alle Mitarbeiter versichert werden. So kann durch Weggang eines einzigen Arbeitnehmers die vorgegebene Versichertenzahl unterschritten werden, was der Versicherer sicher eine Zeit lang, aber nicht dauerhaft tolerieren wird.

Wenn unter den zehn Beschäftigten auch PKV-Versicherte sind, der gewählte Versicherer aber Tarife ausschließlich für GKV-Versicherte anbietet, wäre ein Vertragsabschluss von vorn herein nicht möglich. Besonders unangenehm wäre dies für die Geschäftsinhaber, wenn er bzw. sie selbst in der eigenen bKV nicht mitversichert werden könnten.

Unter welchen Voraussetzungen könnte eine bKV auch für Privat-Versicherte interessant sein?

- der Versicherte hat niedrige stationäre Leistungen versichert und kann im Rahmen der bKV ein Ein-/Zweibett-Zimmer und Chefarztleistungen versichern
- der Versicherte kann höhere Zahnleistungen abrechnen
- der Versicherte nutzt (höhere) Vorsorgeleistungen, ohne Wirksamkeit auf seine Selbstbeteiligung bzw. Beitragsrückerstattung

Auch Familienangehörige der Mitarbeiter können in die betrieblichen Gesundheitskonzepte integriert werden. Dies ist praxisrelevant vor allem in kleineren Betrieben. Leider hilft die Mitversicherung von Familienangehörigen generell nicht dabei, die Mindestanzahl der Versicherten gemäß der Vorgabe der Versicherer zu erreichen. Mitversicherte Familienangehörige werden dort nicht eingerechnet!

Dass mitversicherte Familienangehörige nicht über das Unternehmen finanziert werden, sollte hingegen selbstverständlich sein. Sie zahlen die Prämien vom Privatkonto oder aus dem Nettolohn des Betriebsangehörigen.

Auch das Tarifangebot ist für Familienangehörige eingeschränkt. Ihnen stehen nicht alle Tarife offen, so z.B. teilweise auch nicht die Vorsorge-Tarife.

Insgesamt betrachtet wird die Mitversicherung von Familienangehörigen eher in kleineren Betrieben eine nennenswerte Rolle spielen. In Großbetrieben wäre der zusätzliche Verwaltungsaufwand zu bedenken. In Kleinbetrieben kennt man sich persönlich und hat eine ganz andere Bindung zu den Familienangehörigen.

Doppelversicherungen

Von Doppelversicherungen spricht man, wenn ein Risiko in zwei Versicherungsverträgen (ggf. bei zwei verschiedenen Versicherern) abgesichert wird.

Gerade bei der bKV kommt diese häufig vor und muss unbedingt geklärt werden.

Besitzt ein Mitarbeiter beispielsweise bereits eine private Zahnzusatzversicherung und wird ihm dieser Schutz nun auch in der bKV angeboten, kann es Probleme geben. Eine derartige Doppelversicherung ist nicht zulässig und muss beendet werden.

Möglicherweise besteht der private Vertrag aber schon länger, oder er ist preiswerter oder es gibt andere Vorzüge. Der Arbeitnehmer steht dann vor einer schwierigen Entscheidung. Die Einsparung der privat gezahlten Beiträge ist sicher reizvoll. Er selbst kann aber zumeist nach den Versicherungsbedingungen nicht einschätzen, welcher Vertrag „besser“ ist. Er weiß auch nicht, ob er ewig Nutznießer der betrieblichen Lösung sein wird. Bei einem Arbeitgeberwechsel oder spätestens mit dem Renteneintritt muss er die bKV verlassen. Bei einem Privatvertrag gibt es derartige Probleme nicht.

Die Versicherer prüfen von sich aus, ob innerhalb des Unternehmens eine derartige Doppelversicherung vorliegt. Ist das der Fall, muss sich der Arbeitnehmer entscheiden, ob er den Vertrag fortführt. Eine gesellschaftsübergreifende Prüfung gibt es aber nicht.

Wenn der Mitarbeiter den Privatvertrag fortführen will, ist eine Aufnahme in den bKV-Rahmenvertrag nicht möglich. Wird dies erst später festgestellt, müsste er gegebenenfalls den bKV-Vertrag verlassen, wenn die Doppelversicherung bekannt wird.

Aber keine Angst! Wir unterstützen Sie weitestgehend bei der Lösung derartiger Problemstellungen! Manche Versicherer regeln das ganz unproblematisch, indem anstelle der Versicherungsleistung Barauszahlungen direkt an den Arbeitnehmer erfolgen. Dieser kann damit den Privatvertrag (teil-)finanzieren.

Auch eine Umstellung des Privatvertrages in eine Anwartschaftsversicherung ist denkbar. Der somit „ruhende“ Vertrag kann jederzeit wieder aktiviert werden.

Erfolgsfaktoren

Was wünscht sich jeder Unternehmer in Bezug auf eine bKV?

Eine Umfrage eines angesehenen Wirtschaftsforschungsinstitutes erbrachte folgende Ansprüche der Arbeitgeber, die immer wieder genannt wurden. Entscheiden Sie, ob diese Punkte auch Ihnen wichtig sind:

- Die Lösung soll zu allen Mitarbeitern passen []
- Es sollen einfach verständliche logistische Prozesse sein []
- Der Mitarbeiter soll möglichst keine Vorleistungen erbringen müssen []
- Der Versicherer soll klare Leistungsversprechen abgeben []
- Die Versicherungskonzepte sollen einfach verständlich sein []
- Das Ansehen des Arbeitgebers soll gesteigert werden []
- Es gibt klare Regelungen beim Ausscheiden und für Weiterversicherung []
- Erzielt wird ein sofort bzw. regelmäßig erlebbarer Gesundheitseffekt []
- Gewünscht wird ein geringer Verwaltungsaufwand []
- Bedingung ist gutes Preis-/Leistungsverhältnis mit günstigen Prämien []
- Die betrieblichen Aufwendungen sollen sich schnell amortisieren []

Wenn Sie wenigstens neun Kreuze in die rechte Spalte gesetzt haben, sollten Sie sofort mit uns Kontakt aufnehmen!

DIE „RICHTIGE“ TARIFWAHL

Aus den vorstehend schon genannten Gründen kann allein die Betriebsgröße die Auswahlmöglichkeiten stark einschränken. Hinzu kommt die psychologische Wirkung der richtigen Tarifwahl auf die zu versorgenden Arbeitnehmer.

Daraus ergibt sich bei der Tarifauswahl eine hohe Verantwortung für das Unternehmen, die letztlich über den tatsächlichen Erfolg der erzielten Lösung entscheidend sein kann.

Prinzipiell unterscheiden wir in der betrieblichen Krankenversicherung zwischen

- Krankheitskosten-Tarifen und
- Vorsorge-Tarifen

Krankheitskosten-Tarife

Die Bezeichnung sagt eigentlich alles. Ein Krankheitskosten-Tarif erstattet dann Leistungen, wenn die betreffende Situation eingetreten ist.

Ein einfaches Beispiel: Der Mitarbeiter erleidet eine Blinddarmentzündung und die bKV zahlt die vereinbarte Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer sowie die Chefarztbehandlung.

Oder es steht Zahnersatz an und man hat im Rahmen der bKV einen Zahntarif versichert. Dann wird dieser natürlich entsprechend der vereinbarten Sätze und Höchstgrenzen leisten.

Was passiert aber, wenn man nur den Zahntarif versichert hat, aber der Blinddarm gereizt ist? Dann hätte man tiefer in die Tasche greifen müssen, um beide Bereiche abzusichern. Dies führt aber zu einer ungefähren Verdopplung der Kosten. Und inklusive der ambulanten Tarife wären wir schon bei einer Verdreifachung der Kosten...

Was sagt der Arbeitnehmer dazu? Er sieht, dass der Arbeitgeber hohe Beträge in die betrieblichen Gesundheitskonzepte investiert, er als Arbeitnehmer aber nur selten ein Nutznießer dieser Leistungen ist. Die Statistik weist zwar eine gewisse Krankheitsquote im Unternehmen aus – doch wie hoch ist davon beispielsweise der stationäre Anteil oder der von Zahnleistungen? In vielen Fällen (insbesondere bei jüngeren Mitarbeitern) handelt es sich doch um banale Erkrankungen, wie z.B. Erkältungen oder leichte Unfallverletzungen. Derartige Diagnosen hat jeder Hausarzt gut im Griff. Ob diese durch die betriebliche Gesundheitsvorsorge vermindert werden können, ist zweifelhaft.

Die Zahl derjenigen, die Krankheits-Tarife gut finden, wird sehr wahrscheinlich unter den durchschnittlich Gesunden sehr überschaubar bleiben.

Dies einerseits, weil die Gesundheit immer mehr sehr viel mit Eigenverantwortung zu tun hat. Andererseits werden viele Arbeitnehmer jüngeren oder mittleren Alters die bKV-Leistungen nicht spüren – weil diese glücklicherweise nicht in Anspruch genommen werden müssen.

Natürlich kann jedem Versicherten ein Unfall passieren oder ein Zahn ausbrechen.

In der Praxis wird der Krankenstand bei jüngeren Mitarbeitern aber wohl eher niedrig ausfallen. Junge Arbeitnehmer erkennen deshalb möglicherweise die Zusatzleistungen des Arbeitgebers in Form der bKV gar nicht als solche...

Ganz anders ist das bei älteren Mitarbeitern, wo sich da und dort schon ein Wehwehchen zeigt. Sie sehen die Leistungen des Arbeitgebers in einem ganz anderen Licht.



Leider ist es aber in den meisten Fällen so, dass ausgerechnet dann, wenn die betrieblichen Gesundheitsleistungen am dringendsten benötigt werden, diese wegfallen.

Das klingt paradox, ist aber leicht erklärt.

Es geht um die Zeit im fortgeschrittenen Arbeitsleben, also kurz vor der Altersrente, wo sich doch schon diese oder jene Krankheit eingestellt hat. Sind die Diagnosen ernster, wird der Arbeitnehmer natürlich und möglicherweise sogar intensiver die bKV-Leistungen nutzen müssen.

Sobald er aber in den Ruhestand geht oder sogar aus gesundheitlichen Gründen den Betrieb vor der regulären Altersrente verlassen muss, enden die Leistungen des Arbeitgebers.

Das allein wäre kein Problem. Die meisten bKV-Verträge enthalten Klauseln für die Weiterführung der ursprünglichen bKV-Tarife als Privat-Verträge im Ruhestand. Ob der krankheitsbedingt frühverrentete Arbeitnehmer den Vertrag fortführen wird, hängt dann allein von seinen finanziellen Möglichkeiten ab. Auf Grund der dramatisch sinkenden Bereitschaft der Menschen für eine private Altersvorsorge und der weitestgehend noch nicht erkannten oder permanent ignorierten Rentenproblematik (niedrige Altersrenten in Folge von Steuern, Sozialversicherung und Inflation) ist die Vertragsfortführung aber eher fraglich.

Bei der Vertragsfortführung im Alter muss man zudem - wie überall - auf die vertraglichen Regelungen achten. Wegen des Ausscheidens aus dem Gruppentarif können höhere Prämien verlangt werden. Das ist nachvollziehbar! Noch problematischer wäre aber ein Fortführungsangebot im Normaltarif besonders dann, wenn die neue Prämienberechnung nach dem dann erreichten höheren Eintrittsalter erfolgen würde.

Vorsorge-Tarife – unser Vorzugsangebot!

Die Wirksamkeit von Vorsorgemaßnahmen ist unbestritten und sie kommen allen Mitarbeitern gleichermaßen zugute. Im Gegensatz zu Krankheitskosten-Tarifen können auch gesunde Mitarbeiter und vor allem solche, die es bleiben wollen, in jedem Jahr der Betriebszugehörigkeit von diesem Angebot profitieren.




Das führt gleichzeitig dazu, dass sich der Arbeitnehmer bei jeder Vorsorgemaßnahme an diese wertvolle Leistung des Arbeitgebers erinnert – weitestgehend ohne den negativen Bezug auf Krankheiten und Diagnosen...

Wir empfehlen daher ausdrücklich Vorsorgetarife für Ihr betriebliches Gesundheitsmanagement. Die Vorsorgeleistungen werden auf hohem privatärztlichem Niveau durchgeführt. Dies bietet entscheidende Zusatzvorteile für gesetzlich versicherte

Arbeitnehmer. Der Privatarzt führt den Arbeitnehmer in seiner Patientenkartei. Bei medizinischer Notwendigkeit wird dieser Patient sicher schneller einen Arzttermin erhalten, als andere GKV-Mitglieder, die diesen Vorteil nicht haben.

Auch PKV-Mitglieder können diese Vorsorgetarife nutzen. Dies beispielsweise, um die möglicherweise vorhandene Selbstbeteiligung des Vertrages zu vermeiden oder um die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nicht zu gefährden.

Zugleich ist die gesamte Belegschaft im Rahmen der bKV versicherbar, weil manche Tarife selbst Nicht-Versicherten offenstehen. Sie können mir glauben, dass es davon auch so viele Jahre nach der Einführung der KV-Versicherungspflicht noch Hunderttausende in Deutschland gibt. 

Viel vernünftiger ist es also, in die Vorsorge Ihrer Mitarbeiter zu investieren! Das ist ganz einfach umsetzbar: Sie übergeben jedem Ihrer Angestellten persönliche Vorsorgeschecks, die bestimmte Vorsorgemaßnahmen auf privatärztlichem Niveau beinhalten. Deren Auswahl erfolgt aufgrund der vom gemeinsamen Bundesausschuss empfohlenen Vorsorge-Untersuchungen. Die Krankenkassen erstatten aber definitiv diese Check-Ups nicht.

Das Basis-Angebot umfasst bis zu zehn Vorsorgeschecks, die genau auf das Alter des VN abgestimmt sind und jeweils zwei Jahre gültig sind. Nach zwei Jahren erhalten Sie automatisch neue Schecks zur Weitergabe an Ihre Mitarbeiter. Auf Wunsch können die Vorsorgeschecks auch direkt vom Versicherer an die Arbeitnehmer versandt werden. Sie als Arbeitgeber entscheiden, ob Sie eher die Arbeitseinsparung oder die persönliche Wirkung der Übergabe der Schecks bevorzugen.


Ein Muster eines solchen Schecks ist in **Anlage 9** beigelegt. In den **Anlagen 9 bis 13** und in **Anlage 17** finden Sie alle Einzelheiten zu diesem und einem weiteren bemerkenswerten Vorsorge-Angebot.

Hier nur so viel vorab:

Nutzt der Arbeitnehmer sämtliche Vorsorgeschecks, so erlebt er (ja nach Alter und Geschlecht) einem Gegenwert in Höhe von 400 bis 600 Euro. Ihnen als Arbeitgeber entsteht ein monatlicher Aufwand von rund 10 Euro pro Mitarbeiter für die reine Versicherungsleistung (zuzüglich der bereits eingangs angeführten Nebenkosten). Auf jeden Fall entsteht so schon rein finanziell ein deutlicher Mehrwert!

Viel wichtiger ist jedoch das sofort wirksame Gesundheitserlebnis! Vorsorgen ist besser als Heilen! Viele Ihrer Mitarbeiter sind nur selten krank. Würden Sie sich nicht wünschen, dass dies so bliebe? Mit diesen Vorsorgeschecks haben Sie es in der Hand! Ihr Ansehen als Arbeitgeber wird durch dieses Geschenk deutlich unteretzt. Ich bin überzeugt, dass Sie dieses Angebot interessiert.

Ein wichtiger Hinweis bezüglich der bei den Vorsorgeuntersuchungen gestellten Diagnosen: Sie als Arbeitgeber erfahren diese natürlich nicht!

Sie erfahren aber, wie viele Mitarbeiter Ihres Unternehmens die gebotenen Leistungen in Anspruch genommen haben. Dies erfolgt nicht namentlich, gibt Ihnen aber eine gewisse Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit. Sie können die Effektivität der Maßnahme einschätzen und diese ggf. durch einen späteren Tarifwechsel optimieren. 

Vorsorge Premium

Endlich! Seit Mai 2015 gibt es am Markt wieder ein Vorsorgemodell, wie es in den Jahren 2001 bis 2008 von einem der damals besten PKV-Versicherer angeboten wurde.

Ein Rückblick:

Die damalige KarstadtQuelle Krankenversicherung AG bot im genannten Zeitraum einen PKV-Vollversicherungstarif „Premium Select“ an, der ohne Gesundheitsfragen im Antrag auskam. Stattdessen wurden die Antragsteller zu einer ganztägigen Aufnahmeuntersuchung auf Kosten des Versicherers in eine renommierte Privatklinik eingeladen.

Dort wurde der Antragsteller wirklich komplett durchgecheckt und erhielt im Anschluss ein Angebot des Versicherers zur Aufnahme in den Tarif – oder eine Ablehnung.

Das Konzept wurde in aller Konsequenz umgesetzt, indem jeder Versicherte alle zwei Jahre wieder zum ganztägigen Vorsorge-Check eingeladen wurde. Dies natürlich ohne Folgen auf das bestehende Vertragsverhältnis, wohl aber mit – positiven – Folgen auf die Gesundheit des Versicherten!

Weil die Untersuchungen stets in der gleichen Klinik durchgeführt wurden, konnte wie auf einem Zeitstrahl die gesundheitliche Entwicklung des Versicherten verfolgt werden. Bei Bedarf waren daher rechtzeitige Interventionen möglich.

Premium Select gibt es wie gesagt seit 2009 nicht mehr im Neuabschluss. Die in diesem Tarif versicherten Personen profitieren aber heute noch von den seinerzeit vertraglich festgelegten Leistungen, inklusive der hochklassigen Vorsorgeleistungen.

Jetzt gibt es also endlich ein nahezu identisches Vorsorgeprodukt im Bereich der bKV-Tarife: „**VorsorgePremium**“! Dieser Tarif ist sicher nicht für die gesamte Belegschaft vorgesehen – es gibt aber diesbezüglich keine Einschränkungen. Letztlich entscheidet der Arbeitgeber auch hier, welche Tarife welcher Gruppe von Mitarbeitern zugeordnet werden.

VorsorgePremium ist eindeutig ein Tarif für Führungskräfte und leitende Mitarbeiter. Diese Zielgruppe arbeitet und leistet mehr als andere Angestellte, die keine hohe Führungsverantwortung wahrnehmen. Vorsorge ist bei ihnen genau so angeraten, wie bei anderen Mitarbeitern, soll aber möglichst wenig Zeit kosten.

TIPP

An einem einzigen Tag innerhalb von jeweils zwei Jahren erlebt der VorsorgePremium-Versicherte eine ganztägige Untersuchung nach einem definierten Leistungsverzeichnis in einer vom Versicherer bestimmten Klinik. Diese Untersuchung hat einen Wert von 1.150 Euro. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Versicherer. Alternativ kann der Versicherte in einer anderen medizinischen Einrichtung die Untersuchungen durchführen lassen. Dort gilt das Leistungsverzeichnis analog – dann erfolgt aber keine Direktabrechnung mit dem Versicherer.

Bei Nutzung immer der gleichen Vorsorgeeinrichtung entstehen dem Versicherten ähnliche Vorteile, wie seinerzeit bei Premium Select. Nur so ergeben sich Ergebnisse, die unter gleichartigen Bedingungen entstanden sind. Somit ist eine bessere Vergleichbarkeit und Prognose möglich. Weitere Hinweise finden Sie in **Anlage 12**.

Weitere bKV-Tarife

Es gibt viele weitere Tarifangebote! Beworben werden grundsätzlich alle mit Superlativen und Alleinstellungsmerkmalen.

So werden bestimmte Tarife nur deswegen vermittelt, weil sie mit nur fünf versicherten Personen abschließbar sind. Ist dies der einzige Grund für den Abschluss, wäre die Barauszahlung an die Mitarbeiter sicher angebrachter gewesen...

In der Anlage finden Sie weitere Tarifangebote, natürlich auch außerhalb der von uns empfohlenen Vorsorge-Strategie.

Die Zielgruppe

Welche Unternehmen sind besonders für Betriebliche Gesundheitskonzepte offen und haben daraus die größten Vorteile?

Im Wesentlichen gibt es hier vier große Bereiche:

- **DEMOGRAFISCHE PROBLEME**
Hier geht es um den Altersdurchschnitt der Belegschaft, den Krankenstand, die Besetzung von freien Stellen usw. Wichtig ist dabei nicht die Betrachtung nur des heutigen Standes, sondern dessen Entwicklung in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren.
- **SOZIALES ENGAGEMENT**
In Betrieben, die traditionell mehr als andere für ihre Arbeitnehmer tun, werden auch betriebliche Gesundheitskonzepte eine große Rolle spielen. Oft handelt es sich um Familienbetriebe, wo die Mitarbeiter einen sicheren Arbeitsplatz haben, aber nicht unbedingt über Spitzenlöhne verfügen.
- **ÖKONOMISCHE BETRACHTUNGEN**
Jede Investition soll sich rechnen. Betriebliche Krankenversicherungen amortisieren sich kurz- oder mittelfristig, wenn in die Vorsorge der Mitarbeiter investiert wird und wenn ein entsprechendes Arbeitsengagement des Mitarbeiters auf Grund der Zusatzleistungen des Arbeitgebers aufgebaut wird.
Die Mitarbeiterbindung und die schnelle Besetzungen freier Stellen sind hier von großer Bedeutung.
- **SONSTIGES**
Hier überwiegen individuelle Gründe, die unterschiedlicher nicht sein können. Es gibt Fälle, wo es um die Aufnahme erkrankter Mitarbeiter in die bKV ging, die ja ohne Gesundheitsfragen auskommt. In anderen Fällen wollten Arbeitgeber einem hohen Qualitätsanspruch des Unternehmens durch höherwertige Absicherungen untersetzen. Wieder andere Betriebe sehen betriebliche Gesundheitskonzepte als effektive Lösung, mittels Vorsorgeangeboten ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter nachzukommen...

VERTRAGSGESTALTUNG

Eine saubere Vertragsgestaltung ist auch in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge die Grundlage für einen hohen Geschäftserfolg. Sie benötigen wenigstens zwei Vertragsdokumente:

- Eine Betriebsvereinbarung zur betrieblichen Krankenversicherung, ergänzt durch eine betriebliche Versorgungsordnung
- Einen Kollektivrahmenvertrag (Gruppenversicherungsvertrag) zur bKV mit einem Versicherer Ihrer Wahl

Sämtliche Dokumente erhalten Sie von uns im Entwurf. Mustervereinbarungen sind in **Anlagen 5 bis 7** verfügbar. Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass eine Anpassung an Ihre betrieblichen Gegebenheiten notwendig ist und dass wir natürlich keinerlei Haftung für eine ungeprüfte Übernahme dieser Vorlagen übernehmen können.

Diese Dokumente regeln Rechte und Pflichten beider Seiten – und natürlich auch die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung.

Es gibt immer wieder Situationen, wo Verträge gekündigt oder geändert werden müssen. Dafür können ökonomische Zwänge verantwortlich sein oder im positiven Sinn mögliche Vertrags- bzw. Leistungsverbesserungen für den Betrieb bzw. die versorgten Mitarbeiter.

Kommt der Unternehmer zum Schluss, dass es andere („bessere“ oder „passendere“) Angebote mit höherer Effektivität bzw. Akzeptanz gibt, muss er darauf reagieren können.

Übliche Mindestvertragsdauern für bKV-Verträge betragen zwei Jahre, was sicher für den Unternehmer akzeptabel ist. Dessen ungeachtet muss aber eine Ausstiegsklausel in der Versorgungsordnung oder in der Betriebsvereinbarung geregelt sein, für den Fall, dass sachliche Gründe dies erfordern.

Ein Hinweis am Rande: In vielen Fällen endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember. Das heißt, es handelt sich um ein Rumpfsjahr ggf. mit verkürzter Dauer, falls der Versicherungsbeginn nicht am 1. Januar war.

Im Gegenzug ist es aber auch so, dass sich der Leistungszeitraum verkürzt. Im Falle der Vorsorgeschecks könnten diese also nicht 24 Monate gültig sein, sondern im Extremfall nur 13 Monate.

Betrachten Sie dies positiv! Die Nutzung der betrieblich initiierten Leistungen wird somit nicht auf die lange Bank geschoben und die Wirkung beginnt früher!

Plausibilität

Äußerst wichtig für das Unternehmen ist die Prüfung der Vertragsangebote auf Plausibilität. Wir als Versicherungsmakler tun dies vorab für Sie.

Für Sie als Unternehmer muss das Angebot verständlich sein, um die wichtigsten Fragen der Arbeitnehmer beantworten zu können.

Die Grundlage dafür ist die Tarifbeschreibung, die sämtliche Limits enthalten muss. So ist bei einem Zahntarif nicht allein ausreichend, dass dieser beispielsweise 80 % erstattet. Viel wichtiger ist natürlich, auf welchen Basiswert, mit welchen Höchstleistungen oder

unter Anrechnung welcher Vorleistungen aus der gesetzlichen Grundversorgung sich diese Angabe bezieht.

Speziell für die von uns empfohlenen Vorsorgetarife gilt die Fragestellung, welche Vorsorgeleistungen konkret bezahlt werden und für welche Altersgruppen. Besonders vorteilhaft erscheint es auf dem ersten Blick, dies alles auf einfachste Art zu regeln.

So regelt beispielsweise Angebot A, dass alle Vorsorgeleistungen bis zu einer bestimmten Summe innerhalb von jeweils zwei Jahren unabhängig vom Alter erstattet werden. Dies mit dem Nachsatz, dass nur solche Vorsorgeleistungen vom Versicherer bezahlt werden, die keine GKV-Leistungen sind. Derartige Regelungen müssen die Mitarbeiter wissen, damit kein böses Erwachen erfolgt. Dies ist vor allem auch deshalb besonders wichtig, weil in Angebot A der Versicherte in Vorleistungen gehen muss und eine nur teilweise Erstattung des Rechnungsbetrages riskiert, wenn doch GKV-Leistungen in der Arztrechnung beinhaltet wären.

Angebot B regelt das in diesem Beispiel mit eindeutig definierten Leistungen, die grundsätzlich nur privatärztliche Leistungen enthalten. Der Arbeitnehmer erhält spezielle Vorsorgeschecks mit konkreten GOÄ- bzw. GOZ-Ziffern, also quasi die vorgefertigten Arztrechnungen. Der Mitarbeiter bestätigt durch seine Unterschrift die Teilnahme an der Untersuchung. Der Arzt stellt die Untersuchung der Versicherungsgesellschaft wie vorgegeben in Rechnung. Diese Vorgehensweise spart Unklarheiten und stellt eine hohe Qualität der Vorsorgemaßnahmen sicher.

Auch andere Fragestellungen sind erlaubt. So zum Beispiel nach der Seriosität einer Kalkulation. Garantiert der Versicherer unverhältnismäßig hohe Leistungen in Bezug auf die geforderte Prämie, könnte das darauf hindeuten, dass es sich um Leistungen handelt, die nur äußerst selten abgerufen werden.

Das ist legitim, denn diese Vorgehensweise entspricht dem Versicherungs-Grundprinzip: *Nur die Schäden versichern, die unerwartet auftreten, und die man selbst nicht tragen kann!*

Ist es hingegen so, dass ein Tarif ganz preiswert Leistungen anbietet, die von vielen Versicherten in Anspruch genommen werden könnten, sollte man genau hinsehen. Solche Leistungen sind z.B. Zuschüsse zu Brillen oder für die professionelle Zahnreinigung. Versuchen Sie einzuschätzen, was diese Tarife maximal erstatten und welche Kosten damit dem Versicherer mit hoher Sicherheit entstehen.

Leistungen im Krankheitsfall?

Warum steht da ein Fragezeichen? Handelt es sich dabei nicht um einen der selbstverständlichsten Inhalte eines Krankheitskosten-Tarifs?

Ja, natürlich! Aber hier geht es um die Vertragsgestaltung bei vorübergehender Krankheit eines Mitarbeiters. Weiter vorn haben wir auf die Problematik des Ausscheidens eines Mitarbeiters aus dem Betrieb in Folge einer langen Krankheit hingewiesen. Doch dazu muss es gar nicht kommen.



Was passiert schon nach nur sechs Wochen, wenn die Lohnfortzahlung endet? Bleibt dann die bKV-Leistung erhalten?

In diesem wie auch in ähnlichen Fällen längerer Abwesenheit des Arbeitnehmers (so auch bei Schwangerschaft und Elternzeit) kommt es immer darauf an, wie die spezielle Vertragsgestaltung aussieht.

Zahlt der Arbeitgeber freiwillig die Prämien der bKV weiter, besteht natürlich Versicherungsschutz. Will er die Prämien nicht weiterzahlen, ist eine listenmäßige Abmeldung möglich und der Versicherungsschutz erlischt. Weil damit auch ein (wenn auch geringer) Verwaltungsaufwand verbunden ist (im Extremfall nur für eine oder zwei Wochen mehr als 42-tägige Arbeitsunfähigkeit), werden sich die meisten Arbeitgeber für eine Fortführung des bKV-Vertrages entscheiden. Dies vielleicht auch deswegen, weil sich der Arbeitgeber möglicherweise für die Zahlung der Prämie als Jahresbeitrag entschieden hat.

Am Markt verfügbar sind ebenfalls Tarife mit Beitragsfreistellung bei längerer Krankheit. Das klingt zunächst sinnvoll. Jedoch sind die dann fälligen Mehrprämien für alle versorgten Mitarbeiter dieser Beschäftigtengruppe zu zahlen, also nicht nur für die wenigen tatsächlich betroffenen Mitarbeiter.

In der Praxis werden derartige Tarife daher eher wenig Relevanz haben.

Praktische Umsetzung

Mitarbeiter kommen und gehen! Neben den o.g. längeren Abwesenheitszeiten gibt es Kündigungen und natürlich auch Neueinstellungen. Dass es dafür eine einfach zu handhabende listenmäßige Anmeldung ohne Gesundheitsfragen gibt, haben Sie schon erfahren.

In der Praxis sind für das Unternehmen außerdem die Beitragszahlungsweise und die Hauptfälligkeit von Bedeutung. Bevorzugt wird (auch seitens der Versicherer) die Jahreszahlung. Nur dann ist die Pauschalbesteuerung möglich. Die Hauptfälligkeit eines Vertrages kann unabhängig vom eigentlichen Termin des Vertragbeginns mit dem Beginn und Ende des Geschäftsjahres des Unternehmens synchronisiert werden.

Beispielsweise sei dies der 1. Januar. Der bKV-Vertrag wird in diesem Beispiel mit Beginn 1. Juni geschlossen. Daraus folgt eine erstmalig anteilige Beitragsberechnung bis zum Jahresende und danach für die Folgejahre jeweils ganzjährig.

Mitarbeiter, die im Laufe des Jahres hinzukommen, werden listenmäßig erfasst und sind bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert. Im Gegenzug würden im Laufe des Jahres ausscheidende Mitarbeiter keine Gutschriften verursachen. Dieses System hat sich bei vielen Unternehmen bewährt.

Von Versicherer zu Versicherer gibt es unterschiedliche Regelungen. Allen gemeinsam ist das Ziel, dem Unternehmen einen möglichst geringen Verwaltungsaufwand zu bereiten.

Wenig Aufwand sollte auch die Kommunikation mit dem Mitarbeiter kosten. Besonders in der Anfangsphase besteht beim Arbeitnehmer ein erhöhter Informationsbedarf.

Bewährt hat sich die Herausgabe von Mitarbeiter-Informationsblättern, die sich genau auf die versicherte Tarifkombination beziehen und die Antworten auf alle meistgestellten

Fragen vorwegnehmen. Dort sind auch die Ansprechpartner beim Versicherungsmakler und beim Versicherer genannt.

Sie erhalten diese Informationsblätter zur Weitergabe an die Mitarbeiter in gedruckter Form und im pdf-Format von uns! Auch hier ist ein Direktversand vom Versicherer zu Ihrem Arbeitnehmer möglich.

FAZIT

Die Einrichtung einer betrieblichen Gesundheitsvorsorge in Ihrem Unternehmen ist sinnvoll, effektiv und unkompliziert – dies unter der Voraussetzung der richtigen Tarifwahl und einer eindeutigen Vertragsgestaltung.

Der Aufwand im Unternehmen ist angesichts akzeptabler Prämien und schlanker Verwaltungsprozesse minimal.

Das Ansehen des Unternehmens wird gesteigert und die Effektivität erhöht sich auf Grund der Reduzierung der krankheitsbedingten Ausfallzeiten.

SCHLUSSWORT

Sehr geehrte Damen und Herren Unternehmer, Vorstände bzw. Geschäftsführer,

trotz der in diesem Report genannten Problemfälle ist die bKV an sich problemlos – wenn man die richtige Vertragsgestaltung wählt und diese den Mitarbeitern verständlich kommuniziert.

Sie als Unternehmer haben es in der Hand, die für Ihr Unternehmen beste und passendste Lösung umzusetzen.

Gern unterstütze ich Sie dabei!

Bitte schauen Sie sich meine Lösungsvorschläge an!

In den Anlagen finden Sie weitere Detailinformationen sowie die schon genannten Muster-Vertragsentwürfe.

Ich freue mich sehr, wenn ich mit dieser Broschüre Ihr Interesse an einer Zusammenarbeit geweckt habe.

Bitte wenden Sie sich mit allen Fragen zu betrieblichen Gesundheitskonzepten vertrauensvoll an mich.

Ich berate Sie gern persönlich!

Was kostet Sie die Beratung? Ihre und meine Zeit!

Was bringt Ihnen die Beratung? Das entscheiden Sie gemeinsam in Ihrem Führungsgremium im Anschluss an unser Beratungsgespräch!

Ob Sie meiner Vorsorge-Argumentation folgen, oder Sie sich dann doch für die Krankheitskosten-Tarife entscheiden, obliegt einzig Ihnen.

Die Prävention ist nach meiner Ansicht zweifelsfrei die bessere Lösung!
Vorsorgen ist besser als heilen!
Nutzen Sie dieses alte Sprichwort für sich und Ihr Unternehmen.

Ich freue mich auf eine angenehme Zusammenarbeit zum beiderseitigen Vorteil.



SüGa Versicherungsmakler GmbH
Frank Ulbricht
Geschäftsführer

PS: Im Rahmen meiner Tätigkeit für Premium Select habe ich den Manager-Check an der EuromedClinic in Fürth selbst absolviert.
Ich kann Ihnen versichern, dass dies ein echtes und vor allem nachhaltiges Gesundheits-Erlebnis ist.

ANLAGEN

- Anlage 1 Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen
- Anlage 2 Gesetzliche, steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Grundlagen
- Anlage 3 Beispielrechnung einer Pauschalversteuerung gemäß § 40 Abs. 1 EStG
- Anlage 4 Übersicht betriebliches Gesundheitsmanagement
- Anlage 5 Muster einer Betriebsvereinbarung zur bKV
- Anlage 6 Muster einer Versorgungsverordnung zur bKV
- Anlage 7 Muster eines Kollektivrahmenvertrages zur bKV
- Anlage 8 Übersicht möglicher bKV-Leistungen
- Anlage 9 Tarif *VORSORGEplus*
- Anlage 10 Tarif *VORSORGEZahn-Prophylaxe*
- Anlage 11 Tarif *VORSORGE Erschöpfungs-Prophylaxe*
- Anlage 12 Tarif *VORSORGE Premium*
- Anlage 13 Tarif uni-bVO Vorsorge
- Anlage 14 Tarif uni-bZB Zahnbehandlung
- Anlage 15 Tarif uni-bZE Zahnersatz
- Anlage 16 Tarif uni-bKH Krankenhaus
- Anlage 17 Vergleich von Vorsorge-Tarifen
- Anlage 18 Tarife für Unternehmen ab fünf Beschäftigten
- Anlage 19 Anfrageformular für eine bKV
- Anlage 20 Psychische Gefährdungsbeurteilung als gesetzliche Verpflichtung

Impressum und gesetzliche Erstinformationen

Psychische Gefährdungsbeurteilung: <https://www.pgb-online.de/buchen/?mid=125> **49**

„Wichtiges aus meinem Leben“ – Vorsorgebuch und Vermächtnis

Lust auf mehr?

Sind Sie interessiert an der Vollversion dieses PRIVAT-Reports, der alle Anlagen und
Detailinformationen enthält?
Und Sie interessieren sich für ein konkretes Angebot?

Kein Problem!

Senden Sie eine eMail an info@suega.de oder rufen Sie mich an: 03771/300400
Sie erhalten dann die gedruckte Vollversion des PRIVAT-Reports in der aktuellen
Version mit allen Anlagen.

Sie erhalten damit eine echte Entscheidungsgrundlage mit allen Einzelheiten!

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Ihr



Für ein konkretes Angebot benötigen wir anschließend folgende Angaben:

Angaben zur Mitarbeiterzahl, deren Alter und Geschlechterverteilung und deren
Versicherungsstatus (GKV, PKV)

Mit der Vollversion des PRIVAT-Reports erhalten Sie auch ein entsprechendes
Abfrageformular.

Impressum und gesetzliche Erstinformation

A. Allgemeine Informationen

Name und Anschrift des handelnden Vermittlers

SüGa Versicherungsmakler GmbH, Affalter, Hauptstr. 43, 08294 Löbnitz
Geschäftsführer Frank Ulbricht, gleiche Wohnanschrift
Tel. (0 37 71) 332 57 + 300 400, Fax: (0 37 71) 332 56 + 332 53, Handy: (0171) 89 43 900
eMail: frank.ulbricht@suega.de, Homepage: www.suega.de und andere

Hauptgeschäftstätigkeit

Versicherungsmakler

Gewerbe genehmigung nach der Versicherungsvermittlerverordnung

Die Erlaubnis nach § 34 d GewO wurde am 2.8.2007 erteilt durch die IHK Chemnitz, Straße d. Nationen 25, 09111 Chemnitz; Reg.-Nr. D-FPOF-3TWLD-62; www.vermittlerregister.info
Registerstelle: Deutscher Industrie- u. Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, Tel. 0180-600 585-0 (20 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 60 Cent/Min. aus Mobilfunknetzen)
Die Erlaubnis nach § 34 c GewO liegt vor. Versicherungsschutz in der Vermögensschaden-HV besteht gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

Angeschlossene Untervermittler

Die Gesellschaft arbeitet nicht mit selbständigen Untervermittlern zusammen.

Schlichtungsstellen

Versicherungs-Ombudsmann e.V.
Leipziger Straße 121, 10117 Berlin, PF 080632, 10006 Berlin, Tel. (01804) 22 44 - 24 , Fax: - 25 (14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent/Min. aus Mobilfunknetzen)
www.versicherungsombudsmann.de, info@versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. (01802) 55 04 44 (14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 Cent/Min. aus Mobilfunknetzen), Fax (030) 20 45 89 31, www.pkv-ombudsmann.de, ombudsmann@pkv.de

Eintragung im Handelsregister

Amtsgericht Chemnitz HRB 14834, Gesellschaftervertrag vom 09.09.1997 mit Nachträgen, eingetragen am 23.10.1997

Steuernummer

Finanzamt Schwarzenberg 218/118/02961, USt.-ID: DE203970325

Bankverbindung

FIDOR-Bank München, IBAN DE97700222000020009403, BIC FDDODEMMXXX

Vertragssprache

Maßgeblich für diese Kommunikation mit dem Kunden während der Laufzeit des Vertrages ist Deutsch.

Rechtsordnung / Gerichtsstand

Es gilt der Gerichtsstand Aue.

Gesellschaften, mit denen wir hauptsächlich zusammenarbeiten

Allianz, Allianz-Dresdner Bausparkasse, Alte Leipziger, ARAG, Auxilia und KS Automobilclub, AXA/DBV, Barmenia, Basler, Bayerische Beamtenversicherung, Bayerische Beamtenkrankenkasse, BHW, Condor, Concordia, Continentale, Deutsche Krankenversicherung, ERGO/ERGO-direkt, Europa, Generali, Gothaer Versicherung, Garanta, Hallesche Krankenversicherung, HDI, Helvetia, Haftpflichtkasse Darmstadt, HanseMerkur, IDEAL-Versicherung, Mannheimer Versicherung, Münchener Verein, Neue KV, Nürnberger Versicherung, R+V Versicherung, Signal Iduna, Swiss Life Partner, Swiss Life, Universa, VHV, VolkswohlBund, Wüstenrot Bausparkasse, Wüba/AIG, Württembergische Versicherung, WWK Versicherung

Hinzu kommen noch folgende Vertriebe bzw. Servicegesellschaften:

Apella, Assekuranz Service Center, Corporate Insurance, Maxpool, VFHI e.V. (Zugang zu Sammelverträgen), Volz-Makler

Zu keiner der o. g. Gesellschaften besteht ein Beteiligungsverhältnis, ebenso nicht umgekehrt.

B. Besonderheiten eines Fernabsatzvertrages

Falls Sie nur telefonisch oder postalisch zu uns Kontakt haben, gelten die nachfolgenden Richtlinien:

Informationen über das Zustandekommen eines Vertrages im Fernabsatz

Der Kunde gibt gegenüber dem Versicherungsmakler ein bindendes Angebot auf Abschluss eines Vertrages ab, indem er das ausgefüllte und unterzeichnete Formular für den Antrag an den Makler übermittelt und dieses ihm zugeht. Der Vertrag kommt zustande, wenn die entsprechende Gesellschaft dem Kunden die Annahme des Vertrages erklärt.

Bitte beachten Sie:

Sie unterschreiben im Beratungsprotokoll die Erklärung, die vorliegende GESETZLICHE INFORMATION ZUM ANGEBOT DER SÜGA VERSICHERUNGSMAKLER GMBH vor Abgabe eines konkreten Angebotes erhalten zu haben!

Widerrufsrecht

Der Kunde kann seiner Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, eMail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: SüGa Versicherungsmakler GmbH, Frank Ulbricht, Affalter, Hauptstr. 43, 08294 Löbnitz oder direkt an die entsprechende Gesellschaft.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind beiderseits empfangene Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen herauszugeben. Kann der Kunde die empfangene Leistung ganz oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren, muss er insoweit ggf. Wertersatz leisten. Dies kann dazu führen, dass der Kunde die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen muss.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Vertrag vollständig erfüllt ist und der Kunde dem ausdrücklich zugestimmt hat. Wertersatz für erbrachte Dienstleistungen nach den Vorschriften über den gesetzlichen Rücktritt, muss der Kunde nur leisten, sofern er ausdrücklich zugestimmt hat, dass der Makler vor Ende der Widerrufsfrist mit der Ausführung der Dienstleistung beginnt.

Fotonachweis Titelfoto: Clipdealer.de-Lizenz

BUCH-Vorschau: "Wichtiges aus meinem Leben"

Autoren:

Reiner Schock und Frank Ulbricht

Im örtlichen Buchhandel erhältlich!

180 Seiten, Format A4

Hardcover oder Broschur

Erschienen im BOD-Verlag, Norderstedt

ISBN: 9-783-7347-3592-9 Hardcover, 39,95 €

ISBN: 9-783-7347-4759-5 Broschur, 24,95 €

Weitere Infos: www.Mein-Lebens-Buch.de



Wie ist dieses Buch entstanden?

Beide Autoren haben Angehörige bzw. Freunde in viel zu jungen Jahren verloren und dabei viel Schmerz erfahren müssen. Hinzu kamen für die direkten Hinterbliebenen aber viele offene Fragen, so z.B. zu Konten, Guthaben etc., aber auch zum "digitalen Vermächtnis" der Verstorbenen.

Somit reifte die Idee, eine Vorlage für "Wichtiges aus meinem Leben" zu schaffen, die weitestgehend alle Lebensbereiche betrifft - Familie, Ausbildung, Arbeit, Freizeit, Finanzen, Haus und Hof und viele weitere Punkte.

Aufgenommen wurden alle denkbaren Themen bis hin zu Lieblingsplätzen, schönsten Erlebnissen, Reisen und die noch geplanten Vorhaben - die ToDo-Liste.

Im Vordergrund steht aber nicht die Hilfestellung im Todesfall oder bei schwerer Krankheit, sondern vielmehr eine Bestandsaufnahme des eigenen Lebens bzw. des eigenen Vermächtnisses.

Jeder Datenträger wird irgendwann unlesbar. Ein Buch und Ihre Handschrift sind unvergänglich!

Denken Sie daran, dass das vorliegende Buch Sie überleben wird und möglicherweise von Generation zu Generation als Ihr Vermächtnis weitergegeben wird. Dann wird es völlig neuartige Datenträger geben. Ein Buch und Ihre Handschrift bleiben immer lesbar!

Sie allein sind der Autor des Buches Ihres Lebens!

Überhaupt: Was ist im Leben richtig oder was ist falsch? Die meisten Menschen haben schon Fehler gemacht und doch sind es gute Menschen...

Nutzen Sie dieses Buch also vor allem als Anregung, Ihr Leben bewusster zu erleben!

Als Premium-Version können Sie dieses Buch handgefertigt, mit Ledereinband und goldener Namensprägung des Besitzers direkt bei den Autoren bestellen. Ein wertvolles Geschenk, z.B. zu runden Geburtstagen oder vielen anderen Anlässen!

Weitere PRIVAT-Reporte:

Ich habe die folgenden PRIVAT-Reporte erstellt, die ebenfalls sehr brisante Themen behandeln. Als eBook sind die Reporte in Kurzfassung unter www.PRIVAT-Report.de verfügbar. So haben Sie die Möglichkeit, sich schon vorab über meine Herangehensweise zu informieren.

"Private Krankenversicherung - So finden Sie IHREN Wunsch-Tarif!"

Sie leben gesundheitsbewusst und denken eigenverantwortlich?
Warum zahlen Sie dann Unsummen an Krankenversicherungsbeiträgen?
Lesen Sie, wie Sie sich zu besten Bedingungen und niedrigsten Prämien krankenversichern können - und das trotz der seit Dezember 2012 gültigen Unisextarife!

"Vermögenssicherung im Alter - Ein Pflegefall betrifft die ganze Familie!"

Die Pflegeversicherung ist die einzige Sozialversicherung, die keine Basisabsicherung garantiert, sondern nur Zuschüsse zahlt und stattdessen auf den Familienverbund zählt. In keinem anderen Bereich gibt es einen so tiefgreifenden Zugriff auf das Vermögen der Betroffenen. Erfahren Sie alle gesetzlichen Grundlagen und lesen Sie, wie Sie Ihr Vermögen sichern können!

"DREI EURO – Die junge Pflegeversicherung"

Drei Euro - genau so viel kostet monatlich eine hochklassige private Absicherung für einen Erwachsenen (im Eintrittsalter 21 - 50) mit 50 Euro Pflagegeld! Versichert sind 50 Euro Pflagegeld kalendertäglich in Pflegestufe I bis III im vollstationären Bereich bzw. 15 Euro in PSt. I, 35 Euro in PSt. II und 50 Euro in PSt. III bei häuslicher Pflege sowie 15 Euro in PSt. 0. Die Leistungs-Prüfung erfolgt nach SGB XI und auf Antrag nach ADL (Activities of daily living). Wenn Ihnen bisher andere Prämien bekannt waren, sollten Sie diesen PRIVAT-Reporte abfordern! Es gibt einen kleinen Haken, den wir Ihnen in allen Einzelheiten erläutern! Wenn Sie sich damit einverstanden erklären, erhalten Sie die perfekte Absicherung mit höchster Flexibilität.

"Geldanlage in Edelmetalle - So schlagen Sie der Inflation ein Schnippchen!"

Gold ist schon zu teuer, man kann es nicht essen und es ist sowieso die nächste Blase, die platzt! Ja, und Zinsen bringt es auch keine! Sicherlich haben Sie diese "Argumente" schon gehört! Richtig ist, dass Gold und Silber seit Jahrtausenden als Zeichen für Reichtum und Sicherheit gelten. Wer Gold hat, hat auch immer Geld! Nicht das Gold ist teuer, sondern die Währungen haben ihren Wert verloren! Lesen Sie in diesem Report, was Sie über eine Geldanlage in Edelmetalle wissen müssen!

Sie können diese PRIVAT-Reporte bei uns abfordern.

Bitte senden Sie uns neben Ihrer Bestellung einen mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlag zu.