

● Obwohl Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt hat, sind nur 41 Prozent der Patienten mit der ärztlichen Behandlung zufrieden. Diese Enttäuschung ist vorwiegend auf unzureichende Behandlungszeiten zurückzuführen. Zusätzlich ist in der klassischen Medizin der kurative Therapieansatz maßgeblich für die Behandlung von Patienten. Das gesellschaftliche und politische Interesse an einer präventiven Behandlung ist jedoch von gleich hoher Bedeutung. Solange Ärzte nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip behandeln, sprich „die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“, werden auch in Zukunft nur Symptome und nicht die Ursachen behandelt. Mit einer privaten Krankenversicherung kann sich zwar ein kleiner Teil der Bevölkerung einen besseren medizinischen Status erkaufen, diesen zu bekommen und langfristig zu erhalten, setzt jedoch in der Regel keine Vorerkrankungen und eine überdurchschnittliche sowie stabile Einkommensstruktur voraus.

### Als Arbeitgeber die Versorgungslücke minimieren

Eine zielgerichtete Gesundheitsförderung durch den Arbeitgeber kann dieser Versorgungslücke entgegenwirken. Die klassische betriebliche Krankenversicherung besteht aus einzeln wählbaren Bausteinen, wie beispielsweise Sehhilfen, Zahnersatz oder einem stationären Zusatz. Die bis dato angebotenen Bausteine haben dabei häufig den Nachteil, nur einen bestimmten Teil der Belegschaft zu unterstützen. So bleibt der Baustein „Zahnersatz“ von Beschäftigten mit gesunden Zähnen ungenutzt.

Um einen möglichst großen Teil der Belegschaft zu erreichen, wird ein Mix aus verschiedenen Bausteinen benötigt, der die Diversität der gesundheitlichen Beschwerden im Unternehmen berücksichtigt. Eine genauere Betrachtung der Ursachen für Krankheitstage von Arbeitnehmern, die sich zu beinahe einem Viertel auf Muskel- und Skeletterkrankungen, nahezu 17 Prozent auf psychische Erkrankungen und über 14 Prozent auf Krankheiten des Atmungssystems zurückführen lassen, zeigt den echten Leistungsbedarf.

Neu am bKV-Markt werden nun von verschiedenen Versicherern sogenannte

Die klassische betriebliche Krankenversicherung wird erweitert: Viele Versicherer versprechen über sogenannte Budgettarife eine bessere und vor allem bedarfsgerechtere gesundheitliche Versorgung der Beschäftigten eines Unternehmens. Zwei Marktteilnehmer erklären, wie das Modell funktioniert.

# Gesundheit ist im Budget drin

Von Marina Meierhans und Andreas Reiter

„Budgettarife“ angeboten, die eine wesentlich zielgerichtetere Gesundheitsversorgung in Aussicht stellen.

### Budgettarife im Detail

Im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung vereinbart der Arbeitgeber dabei mit dem Versicherer ein der Höhe nach bestimmtes Gesundheitsbudget für jeden einzelnen seiner Beschäftigten, das diese nach Wahl und nach Bedarf für kurative wie auch präventive Gesundheitsleistungen einsetzen können. Mit einem so am Bedürfnis des Mitarbeitenden orientierten Leistungsangebot wird unabhängig von der demografischen Unternehmensstruktur jeder Mitarbei-

tende einbezogen. Bei vielen Modellen der betrieblichen Krankenversicherungen erfolgt keine Gesundheitsprüfung, damit sind auch Beschäftigte mit Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und erhalten eine bessere medizinische Versorgung. Dieses gelingt über einen sogenannten Gruppenvertrag zwischen Unternehmen und Versicherer, der alle Mitarbeitenden beziehungsweise AGG-konform bestimmten Gruppen einschließt. Das Unternehmen tritt dabei als Versicherungsnehmer und jeder Mitarbeitende einzeln als versicherte Person mit einem eigenen Vertrag auf. Die Inanspruchnahme der Leistung sowie die Kostenrückerstattung findet dabei direkt zwischen dem Versicherer und den Mitarbeitenden statt.

Eines besonderen Augenmerks bedarf in dieser Konstellation das Thema Datensicherheit und Umgang mit eben jenen sensiblen Daten zur gesundheitlichen Situation. Für Übermittlungen an Dritte – und hierzu zählt auch die Firma als Versicherungsnehmer – bedarf es einer Legitimation nach Art. 6 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Speziell in puncto Gesundheitsdaten bedarf es einer ausdrücklichen Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO sowie einer Schweigepflichtentbindung nach § 203 StGB. Durch diese Regelung haben die Mitarbeitenden die Sicherheit, dass die abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen gesundheitlichen Beschwerden vertraulich behandelt werden und der Arbeitgeber keine Informationen erhält.

### Die Wirkung der bKV lässt sich messen

Natürlich hat das Unternehmen großes Interesse daran, den Erfolg der Maßnahme zu messen. Je nach Versicherungspartner besteht die Möglichkeit einer Auswertung für das gesamte Kollektiv des

Unternehmens. Als Messgröße wird die Nutzungsquote herangezogen, um festzustellen, wie viele Mitarbeitende die Maßnahme in Anspruch genommen haben. Um herauszufinden, wo der Schuh bei der Belegschaft drückt, ist die Allokation der eingereichten Rechnungen von besonderem Interesse. Hier verbirgt sich ein großes Potenzial für weitere BGM-Maßnahmen, denn wenn klar ist, welche gesundheitlichen Beschwerden im Unternehmen dominieren, können Ursachen identifiziert und angepasst werden.

Die Abrechnung erfolgt bei den Marktführern der Branche vorrangig per App. Eine Einreichung per Mail oder auf postalischem Wege ist ebenso möglich. Beziehen Beschäftigte beispielsweise eine neue Brille, so können sie die Rechnung mit der App fotografieren und so sicher übermitteln. Dadurch wird das Konzept einfach in den Alltag eines jeden Mitarbeitenden integriert. Der Versicherer zahlt nach Prüfung und unter Berücksichtigung des Gesundheitsbudgets den Rechnungsbetrag direkt auf das Konto des Mitarbeitenden. Bei Versicherern mit einem hohen Serviceanspruch dau-

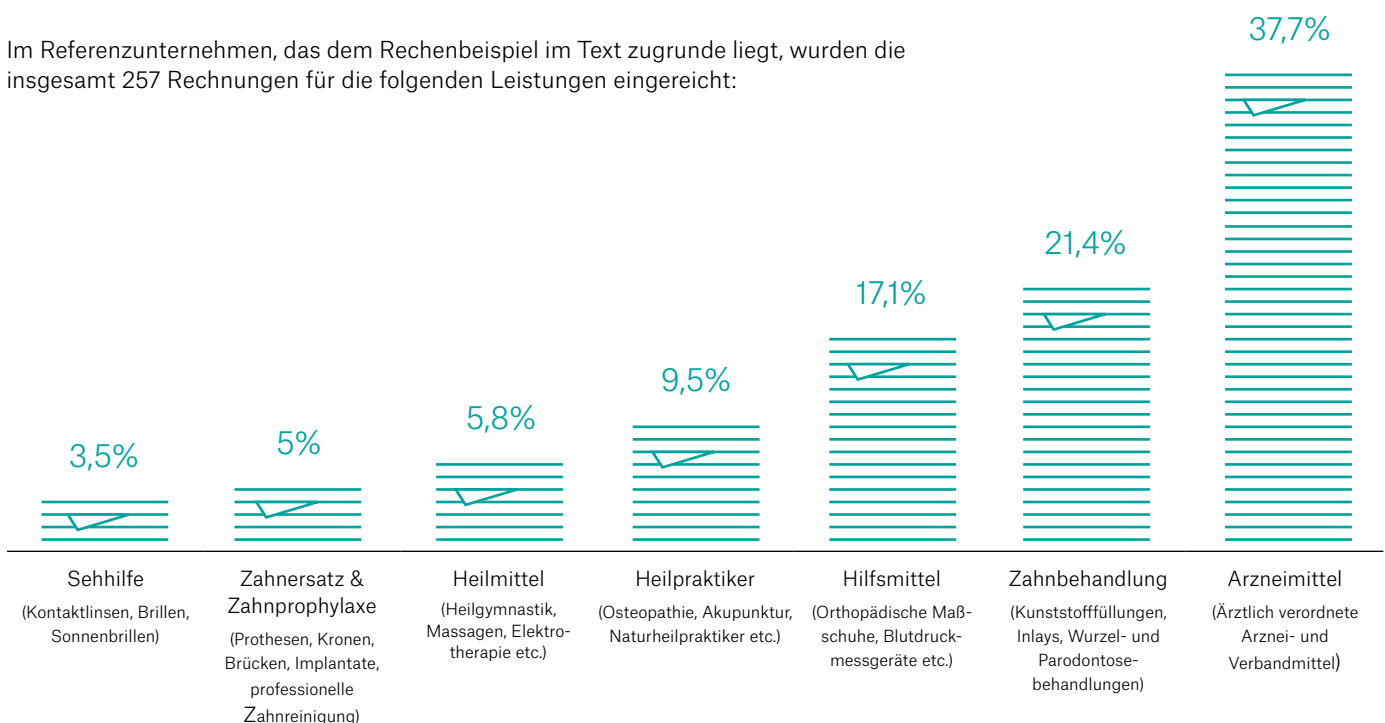
ert dieser Prozess in der Praxis fünf Werktage. Eine vorherige Übermittlung eines Behandlungsplanes durch den Versicherer ist nicht erforderlich. Zur Übersicht des bestehenden restlichen Gesundheitsbudgets gibt es aktuell bei keinem der Versicherer eine Übersicht oder Möglichkeit der Statusabfrage. Rechnungen können bis zu drei Jahre rückwirkend bei durchgängigem Versicherungsschutz eingereicht und abgerechnet werden.

### Praxisbeispiel: Einsatz des Budgettarifs

Ein Fallbeispiel mit einem Kunden von Ofelos veranschaulicht, wie ein bKV-Budgettarif in der Unternehmenspraxis integriert werden kann: Ein mittelständisches Unternehmen mit 182 Mitarbeitenden investiert in den bKV-Budgettarif „Mondays are great“ der Ofelos UG einen monatlichen Beitrag von 23,15 Euro pro Mitarbeitender. Jeder Mitarbeitende erhält ein jährliches Gesundheitsbudget in Höhe von 600 Euro, welches dieser für über 50 Gesundheitsleistungen nutzen

## Gesundheitsmaßnahmen nach Wahl der Beschäftigten

Im Referenzunternehmen, das dem Rechenbeispiel im Text zugrunde liegt, wurden die insgesamt 257 Rechnungen für die folgenden Leistungen eingereicht:



## Anbieter von Budgettarifen

Die Personalmagazin-Redaktion hat recherchiert, welche Anbieter betrieblicher Krankenversicherungen Budgettarife anbieten. Die wichtigsten finden Sie in der nachfolgenden Marktübersicht.

Anbieter	Name des Tarifs	Website
Allianz Private Krankenversicherungs-AG	Mein GesundheitsBudget Mein GesundheitsBudget Plus Mein GesundheitsBudget Best	www.allianz.de/business/ betriebliche-krankenversicherung/
Axa Krankenversicherung AG	bKV-Budgettarif FlexMed easy mit fünf Budgetstufen: von 300 Euro bis 1.500 Euro.	www.axa.de/geschaeftskunden/ betriebliche-krankenversicherung
Barmenia	WellYou mit drei Budgetstufen: 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro Zahn-Budget	barmenia-firmenloesungen.de/ deu/firm_bkv/startseite_bkv. xhtml
Gothaer Krankenversicherung AG	Gothaer FlexSelect wählbare Budgethöhen: 300 Euro, 500 Euro, 750 Euro	www.gothaer.de/geschaeftskunden/ betriebliche-krankenversicherung/ bkv-budgettarif/
Hallesche Krankenversicherung a.G.	FeelFree mit fünf Budgetstufen: 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro, 1200 Euro, 1500 Euro	gesundheitsbenefits.hallesche.de/ bkv/
Süddeutsche Krankenversicherung a.G.	Zahn-Budget mit drei Budgethöhen: 500 Euro, 1.000 Euro, 1.500 Euro Ambulant-Budget mit drei Budgethöhen: 500 Euro, 1.000 Euro, 1.500 Euro	gesundwerker.sdk.de/gesundheitskonzept/ budgettarife/

Quelle: Personalmagazin, eigene Recherche, Julia Senner/Katharina Schmitt

kann. Zusätzlich erhalten die Mitarbeitenden Zugang zur Erschöpfungsprophylaxe, einem Facharzt-Terminservice, einem 24/7 Gesundheitstelefon sowie der ärztlichen Videosprechstunde.

In einem Zeitraum von nur zehn Monaten lag die Nutzungsquote des Gesundheitsbudgets bei knapp 50 Prozent. Aus unserer Erfahrung liegt diese bei klassischen Benefits bei circa 15 Prozent. Weiter zeigte die Auswertung des Gesundheitsbudgets, dass von 257 eingereichten Rechnungen 37,7 Prozent für Arzneimittel, 21,4 Prozent für Zahnbehandlungen und 17,1 Prozent für Hilfsmittel investiert wurden. In Summe entfielen 15,3 Prozent der Rechnungen auf Heilmittel und Na-

turheilmethoden. Dies bestätigt den hohen Bedarf zur Behandlung von beispielsweise Rückenschmerzen oder anderen Muskel- und Skeletterkrankungen.

### bKV als Sachbezug

Sowohl für Mitarbeitende als auch für das Unternehmen kann ein bKV-Budgettarif wirtschaftlich sinnvoll und ein attraktiver Booster für das Gehaltsmodell sein. Je nach Tarif erhält der Mitarbeitende ein Leistungsbudget, das dem fünffachen klassischen Nettogehalt entspricht. Bei einer klassischen Gehaltserhöhung von 240 Euro pro Jahr erhält der Arbeitnehmende circa 120 Euro als Auszahlungsbetrag. Diese

Differenz ist abhängig von individuellen Faktoren der Lohnnebenkosten, welche sich bei Lohnerhöhung aufgrund der kalten Progression verstärken. Der Hebel des bKV-Budgettarifs sorgt dafür, dass bei einer Investition von 240 Euro seitens des Arbeitgebers bis zu 600 Euro beim Mitarbeiter ankommen. Hierfür gibt es drei glückliche Faktoren, die so nur bei der betrieblichen Krankenversicherung in Budgetform zusammenkommen.

#### 1. bKV ist Sachbezug:

Die Arbeitgeberbeiträge einer betrieblichen Krankenversicherung sind im Rahmen der Sachbezugsregelung steuer- und sozialabgabenfrei. Die monatliche Freigrenze von 44 Euro (ab 2022 von 50 Euro) darf nicht überschritten werden, wobei sämtliche Sachbezüge zu erfassen sind (BFH, Urteil v. 7.6.2018, Bundessteuerblatt 2019 II Seite 371). Demnach ist der geleistete Beitrag in Höhe von beispielsweise 20 Euro im Monat (240 Euro im Jahr) für den Krankenversicherungsschutz Sachlohn. Dieser Umstand ist jedoch nur gegeben, solange „...der Arbeitnehmer aufgrund des Arbeitsvertrags von seinem Arbeitgeber ausschließlich Versicherungsschutz und nicht auch eine Geldzahlung verlangen kann.“ In der Praxis wird dieser Punkt häufig durch eine Versorgungsordnung parallel zur Einführung der bKV geregelt. Diese dient der steuer- und arbeitsrechtlichen Klärstellung und schützt das Unternehmen davor, dass Mitarbeitende anstelle der bKV den Geldwert einklagen.

#### 2. Hebelwirkung durch Versicherung:

Wie bei allen Versicherungen ist durch die Versicherungsgemeinschaft eine Mischkalkulation möglich. Grund ist, dass die demografischen und gesundheitlichen Unterschiede der versicherten Personen einen differenzierten Bedarf an Gesundheitsleistungen mit sich bringt.

Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitsbudget entsprechend der heterogenen Unternehmensstruktur nicht von allen gleich stark in Anspruch genommen werden. So werden beispielsweise Mitarbeitende mit gesundheitlichen Beschwerden das Gesundheitsbudget stärker ausschöpfen als gesündere Mitarbeitende. Des Weiteren ist das Ziel, die Gesundheit der Mitarbeitenden nachhaltig zu fördern, wodurch die kurativen Behandlungen nachlassen und die präventiven, meist preiswerteren

Behandlungen vorrangig beansprucht werden. Diese Aspekte machen es dem Versicherer möglich, die Investition des Arbeitgebers in Höhe von 240 Euro im Jahr auf 600 Euro aufzustocken.

### 3. Beschäftigte zahlen keine Steuern auf Leistungen aus der bKV

Zudem sind alle empfangenen Leistungen aus einer bKV für den Arbeitnehmer nach § 3 Nr. 1a EStG steuerfrei. Der Arbeitnehmer kann die vollen 600 Euro Gesundheitsbudget ohne nachgelagerte Besteuerung ausschöpfen.

### Digitale Unterstützung vereinfacht und erhöht die Nutzung

In einer hybriden und dynamischen Arbeitswelt sind Benutzerfreundlichkeit und Digitalisierung wichtige Erfolgsfaktoren für eine hohe Nutzung. Achten Sie deshalb bei der Auswahl des bKV-Anbieters



MARINA MEIERHANS ist Co-Founderin der Ofelos UG, einem unabhängigen bKV-Makler. Sie ist spezialisiert auf Employer Branding mit Fokus auf Gesundheitskonzepte für Betriebe und bKV.



ANDREAS REITER ist Co-Founder der Ofelos UG und hat sich nach Jahren im Bereich der Benefits auf Mitarbeitergesundheit und bKV spezialisiert.

auch darauf, wie die Kostenrückerstattung für Ihre Mitarbeitenden bei der Inanspruchnahme des Budgettarifs geregelt ist. Bei guten Anbietern können, um eine unbürokratische Kostenrückerstattung zu garantieren, die Rechnungen direkt per App fotografiert und hochgeladen werden. So können die Beschäftigten deutschlandweit und ohne Bindung an bestimmte Produktpartner ihr bKV-Budget flexibel nutzen. Die Erfahrung zeigt: Je besser der bKV-Budgettarif in den Alltag integriert werden kann, umso höher ist das Interesse, diesen zu nutzen.

Damit die digitale Unterstützung nicht beim Mitarbeitenden endet, sollte bei der Wahl des Versicherers darauf geachtet werden, dass für die Personalabteilung ein Onlineportal für die Datenpflege zur Verfügung steht. Das gewährleistet die sichere Übertragung der Beschäftigten-daten bei An- und Abmeldungen und reduziert den Verwaltungsaufwand. ■■■