

Gezielte Gesundheitsförderung für Ihre Mitarbeiter

Zum Thema Gesundheit:

„Das Herz meiner Firma sind meine Mitarbeiter und die müssen fit sein.“

(Zitat eines Unternehmers)

Zum Thema Fachkräftemangel:

*„Das Kapital meines Unternehmens hat Füße und verlässt jeden Abend das Gelände.
Ich kann nur hoffen, dass es am nächsten Morgen wiederkommt.“*

(Zitat eines Unternehmers)

Zum Thema Krankenstand:

Gesunde Mitarbeiter kosten Geld – Kranke ein Vermögen!

Machen Sie Ihre Firma zur gesündesten der Branche !!!

Kostenübersicht der zielführendsten Bausteinein der obligatorischen bKV (Auszüge aus dem Gesamtangebot)

	Anbieter 1	Anbieter 2	Anbieter 3	Anbieter 4
Brille	3,59 €			4,06 €
Heilpraktiker / Naturheilkunde	3,99 €			
Krankentagegeld/43. Tag 1€/Tag	0,48 €		0,55 €	
Vorsorge	8,38 €	9,00 €	4,86 €	9,70 €
Zahnbehandlung/ Prophylaxe		9,80 €	6,06 €	
Zahnersatz	17,53 €		8,62 €	9,61 €
1 und/oder 2 Bett/Chefarzt	21,90 €	22,20 €	19,85 €	
Kombitarif I (verschiedene Leistungen)				
Kombitarif II (verschiedene Leistungen)				

Die Angaben entsprechen dem mtl. Beitrag je Mitarbeiter zzgl. Steuer und Sozialversicherungsbeiträge.

Stand 01.08.2017

Allgemeine Leistungsübersicht

	Anbieter 1	Anbieter 2	Anbieter 3	Anbieter 4
Brille	150 € für Sehhilfen innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.			180 € für Sehhilfen und erneuter Anspruch zwei Jahre nach letztem Bezug.
Heilpraktiker und/oder Naturheilkunde	100 % bis max. 500 € p.a. der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich von diesen verordneten Heil- und Hilfsmittel sowie Medikamente.			.
Krankentagegeld ab der 7. Woche	Auch für PKV-versicherte MA; Zahlung eines Krankentagegeldes in vereinbarter Höhe (ab 5 € bis max. 30 € in 5er Schritten) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (ununterbrochen). Das Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zu 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.		Verdienstausfallversicherung ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungsdauer richtet sich nach dem Eintritt in die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Das KT kann in 1 €-Stufen bis max. 100 € abgeschlossen werden. Bei bestehender Krankenvollversicherung liegt der Höchstsatz bei 200 €.	
Vorsorge/Prävention	auch für PKV-versicherte MA; 100% der erstattungsfähigen Kosten für ambulante ärztliche Vorsorgeleistungen in Deutschland bis zu max. 500 €/Jahr im Rahmen eines festgelegten Leistungskatalogs. Je nach Leistungsart zw. 1-fach bis 2,3-facher Satz der GOÄ. Für die Durchführung der Vorsorgemaßnahmen	Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten <u>Vorsorge-Gutschein für Frauen</u> Gynäkologische Ultraschallvorsorge alle 2 Jahre ab Alter 20; Kleiner Intervall-Check alle 2 Jahre im Alter von 16-34 Jahre;	100 % bis 200 € p.a. für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (inkl. Reiseschutzimpfungen), 100 % bis zu 50 € p.a. für Fitnessstudio (werden auf die Maximalerstattung von 200 € angerechnet).	<u>Vorsorge-Schecks für Frauen</u> Gynäkologische Ultraschallvorsorge zur Krebsfrüherkennung jährlich ab Alter 17; vorgezogener Gesundheits-Check-up alle 2 Jahre ab Alter 17-34; erweiterter Laborwerte-Check-up alle 2 Jahre ab Alter 35-54; augenärztliche Vorsorgeuntersuchung (inkl. Glaukomvorsor-

Stand 01.08.2017

	<p>wird ein Behandlungswegweiser und teilweise Vorsorge-Coupons zur Verfügung gestellt. Die dort genannten ‚ab Alter‘ und Zeitintervalle ‚jeweils alle x Jahre‘ sind Empfehlungen und für den Versicherten nicht bindend. Vorsorge-maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs, Brustkrebs, bösartigen Erkrankungen im Nasen-/ Rachenraum; Prostatakrebs; für kleinen und großen Gesundheitscheck/Sport-Check, Lifestyle-Check, Sono-Check, Lungen-Check, Hirnleistungs-Check; für Schlaganfallvorsorge, Schilddrüsen-Vorsorge, Osteoporose-Vorsorge, Sonnenlicht- und Hauttypberatung; für Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft (8 Monate Wartezeit); für Glaukom-Vorsorge; für Kinder- und Jugendlichen-Vorsorge.</p>	<p>Großer Intervall-Check alle 2 Jahre am Alter 35 Jahre; Glaukom-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Hautkrebsvorsorge mit computergestützter Bilddokumentation alle 2 Jahre ab Alter 35 Jahre; Ultraschall-Brustkrebsvorsorge alle 2 Jahre ab Alter 30 Jahre; Schlaganfall-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Darmkrebs-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Ergänzende Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft einmal je Schwangerschaft im Alter 16-45 Jahre; Erweiterte Laboruntersuchungen in der Schwangerschaft einmal je Schwangerschaft im Alter 16-45 Jahre;</p> <p><u>Vorsorge-Gutschein für Männer</u> Kleiner Intervall-Check alle 2 Jahre im Alter von 16-34 Jahre; Großer Intervall-Check alle 2 Jahre am Alter 35 Jahre; Glaukom-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Hautkrebsvorsorge mit computergestützter Bilddokumentation alle 2 Jahre ab Alter 35 Jahre; Schlaganfall-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Darmkrebs-Vorsorge alle 2 Jahre ab Alter 16 Jahre; Urologische Ultraschalluntersuchung alle 2 Jahre ab Alter 45 Jahre;</p>		<p>ge) alle 2 Jahre ab Alter 35; Videogestützte Hautkrebsvorsorge alle 2 Jahre ab Alter 35; Ultraschall-Brustkrebsvorsorge jährlich ab Alter 35; erweiterter Laborwerte-Check-up und EKG alle 2 Jahre ab Alter 55; zusätzliche Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft alle 2 Jahre ab Alter 17-45.</p> <p><u>Vorsorge-Schecks für Männer</u> Vorgezogener Gesundheits-Check-up alle 2 Jahre ab Alter 17-34; erweiterter Laborwerte-Check-up alle 2 Jahre ab Alter 35-54; augenärztliche Vorsorgeuntersuchung (inkl. Glaukomvorsorge) alle 2 Jahre ab Alter 35; Videogestützte Hautkrebsvorsorge alle 2 Jahre ab Alter 35; urologische Ultraschallvorsorge jährlich ab Alter 45; erweiterter Laborwerte-Check-up und EKG alle 2 Jahre ab Alter 55.</p> <p>Die Erstattung erfolgt in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz. Der Faktor ist im jeweiligen Vorsorge-Scheck verbrieft und somit bereits vor der Leistungsanspruchnahme für den Versicherten und den Behandler ersichtlich.</p>
<p>Zahnbehandlung/ Prophylaxe</p>		<p>Inlays und Kunststofffüllungen werden nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis zu 500 € innerhalb eines Kalenderjahres erstattet; Zahnprophylaxe wird zu 100 % bis zu 80 € innerhalb eines Kalenderjahres erstattet.</p>	<p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlungs- und Zahnprophylaxemaßnahmen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200 € innerhalb von zwei Kalenderjahren. Als Zahnprophylaxemaßnahmen wer-</p>	

		Erstattung jeweils bis zu den Höchstätzen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte.	den erstattet: Professionelle Zahnreinigung, Versiegelung (Fissurenversiegelung), Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Erstellung eines Mundhygienestatus, Kariesrisikodiagnostik.	
Zahnersatz	<p>85-90 % Erstattung inkl. GKV-Vorleistung (je nach Höhe der nachgewiesenen regelmäßigen Zahnprophylaxe) der Kosten für fehlende Zähne (z.B. Implantate, Inlays, Suprakonstruktionen, Brücken, Prothesen, Kronen) - 90% Kieferorthopädie für Kinder/Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sofern KIG 2 bis KIG 5, wenn GKV nicht vorleistet. Leistet die GKV vor, max.1.000 EUR. Kieferorthopädie für Erwachsene aufgrund von Unfällen.</p> <p>Zahnstaffel: 1. Jahr bis 1.000 € 1.-2. Jahr bis 2.000 € 1.-3. Jahr bis 3.000 € 1.-4. Jahr bis 4.500 €</p> <p>Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ/GOZ.</p> <p>Zahnstaffel entfällt bei Unfällen.</p>		<p>60 % inkl. GKV-Vorleistung der in Rechnung gestellten Kosten, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird (55 % wenn eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge und 50 % wenn keine Vorsorge nachgewiesen werden).</p> <p>100 % der in Rechnung gestellten Kosten, sofern keine privatärztlichen Vergütungsanteile berechnet werden (Regelversorgung),</p> <p>Zahnstaffel: 1.-2. Jahr 300 € 1.-3. Jahr 600 €</p> <p>Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ/GOZ.</p>	100 % bis max. 810 € p.a. für Prothesen, Kronen, Brücken, Aufbissbehelfe und Schienen (nicht im Rahmen einer KFO-Behandlung) Implantate (auch vorbereitende Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit Zahnersatz; Reparatur von Zahnersatz
1 und/oder 2 Bettzimmer/Chefarzt	Erstattung von 100% nach Vorleistung GKV für Wahlleistung für Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung, 100% für Transportkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus. Mehrkosten für die Wahl eines anderen Krankenhauses gemäß § 39 Abs. 2 SGB V. Kosten für privatärztliche Behandlungen, für die von einem liquidationsberechtigten Arzt persönlich erbrachte Leistung werden	Freie Krankenhauswahl, privatärztliche Behandlung (z.B. Spezialist, Chefarzt) bis 3,5 facher Satz der GOÄ, komfortable Unterbringung im Zweibett-Zimmer; ambulante Operationen im Krankenhaus (nach Vorleistung der GKV) Die Transportkosten sind nicht Bestandteil der Leistung nur im Tarif BTop.	100 % privatärztliche Behandlung, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, 100 % für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer, 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung, 100 % der Kosten für ambulante Operationen incl. Vor- und Nachbehandlung wenn diese einen stationären Aufenthalt ersetzen. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Unterbringung im Ein-	

	<p>im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der GOÄ erstattet, wenn eine „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 GOÄ getroffen wurde. Ersatzleistung von 20 €/Tag bei Verzicht auf das Zweibettzimmer. Ersatzleistung von 20 €/Tag bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung.</p>		<p>oder Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung. 100% Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber je Versicherungsfall bis zu 100 km, mind. Aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Bei Verzicht auf den Chefarzt wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 € und bei Verzicht auf die gesonderte Unterbringung 20 € bezahlt. Rooming-In: 100 % der Aufwendungen, wenn neben dem nach diesem Tarif versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird.</p>	
Beitragsbefreiung	<p>Für den Fall, dass einer der Mitarbeiter/innen langfristig ausfällt (ruhendes Arbeitsverhältnis), ist für den Arbeitgeber eine Beitragsbefreiung im Rahmen der Gruppenversicherung integriert. Sie gilt für folgende Ausfallzeiten der Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> > bis zu 36 Monaten bei Arbeitsunfähigkeit (AU) (ab 7. Kalenderwoche der AU) > bis zu 12 Monate bei Elternzeit > bis zu 6 Monate bei Pflegezeit <p>Während dieses Zeitraums besteht weiterhin Versicherungsschutz für die Mitarbeiter.</p>	<p>Für alle Bausteine gilt der Einschluss der Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug bis 12 Monate je Kind, Pflege- und Familienpflegezeit für 6 Monate und unbegrenzt ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit.</p>		

Rahmenbedingungen

	Anbieter 1	Anbieter 2	Anbieter 3	Anbieter 4
Gesundheitsprüfung für die Mitarbeiter	Nein, sofern Mindestmengen erfüllt sind. Mindestens 10 (Stationär: 25 bei Mindestbeitrag 1.000 € mtl., sonst 50 MA) obligatorisch versicherte Mitarbeiter zu Beginn der Gruppenversicherung in einem Leistungspaket.	Keine Gesundheitsprüfung, wenn mind. 90 % des versicherbaren Personenkreises versichert werden (min. 5 Personen, Ausnahme: stationär und Krankentagegeld min. 20 Personen).	Keine Gesundheitsprüfung ab 50 Arbeitnehmern oder einer 90 %-igen Durchdringung des zu versichernden Personenkreises (<u>und</u> wenigstens 20 Arbeitnehmer) je Tarif bei Arbeitgeberfinanzierung.	Keine Gesundheitsprüfung ab mind. 10 MA pro Tarif/Tarifpaket mit folgenden Ausnahme: Stationär: 50 MA im Unternehmen, davon mind. 10 im stationären Tarif.
Mitversicherung von laufenden und geplanten ambulanten Behandlungen/ - Krankenhausaufenthalten / - Zahnersatzmaßnahmen	Vorerkrankungen sind vom Versicherungsschutz umfasst. Sind zu Versicherungsbeginn bereits konkrete stationäre oder zahnärztliche Behandlungen (durch einen Heil- und Kostenplan) geplant, so sind diese nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Fehlende Zähne gelten mitversichert.	Eine Mitversicherung von laufenden und/oder geplanten Behandlungen ist generell nicht möglich.	Vorerkrankungen und laufende sowie angeratene Behandlungen sowie fehlende Zähne gelten ab Versicherungsbeginn mitversichert.	Ausschluss aktueller/geplanter Krankenhausaufenthalte.
Wartezeiten	Es gelten keine Wartezeiten	Es gelten keine Wartezeiten.	Es gelten keine Wartezeiten.	Es gelten keine Wartezeiten.

Stand 01.08.2017

Antragsverfahren	Anmeldung erfolgt per Excelliste.	Anmeldung erfolgt per Excelliste.	Anmeldung erfolgt per Excelliste.	Anmeldung erfolgt per Excelliste.
Mitversicherung von Familienangehörigen	Ja, mit Gesundheitsprüfung. In Gruppenverträgen mit mindestens 100 Mitarbeiter (obligatorisch im bKV-Gruppenvertrag versichert), kann die Gesundheitsprüfung entfallen (Ausnahme: Stationär-Baustein).	Es können weitere Tarife für Familienangehörige auf eigene Kosten hinzugenommen werden. Die Tarife und Prämien entsprechen denen des Firmentarifs. Ein Antrag ist auszufüllen und max. 4 Gesundheitsfragen sind zu beantworten.	Ja. Die Mitversicherung der obligatorisch finanzierten Tarife ist zu den gleichen Bedingungen wie für den Mitarbeiter. Für den Bereich Ambulant und Stationär gelten folgende Ausschlussdiagnosen, sofern sie bereits vor Vertragsbeginn bestanden haben: Übergewicht (BMI>40), angeborene Stoffwechselstörung, Autoimmunerkrankung, chronische Erkrankung des Herzens, Lunge, Niere, Leber, des Blutes, Knochenmarks, der Blutgefäße, des Darms, Knochen, Wirbelsäule und Gelenke; Diabetes mellitus, Erkrankung des zentralen Nervensystems oder des Gehirns, HIV/AIDS, Krebs, Muskelschwund, psysische und psychiatrische Erkrankungen, Rheuma, Suchterkrankungen, Zustand nach Organtransplantationen.	Familienangehörige können ebenfalls über die Tarife auf eigene Kosten des MA versichert werden. Die Tarife entsprechen hierbei der bKV für den MA. Die Beiträge sind altersabhängig und springen alle 5 Jahre. Der Zugang erfolgt für die Familienangehörigen ebenfalls ohne Gesundheitsprüfung, wenn dies während der Öffnungsregelung (3 Monate) erfolgt.
Wie ist das Fortführen des Vertrages nach Ausscheiden des MA aus dem Unternehmen geregelt?	Die eigenfinanzierte Weiterführung des Versicherungsschutzes ist ohne Gesundheitsprüfung in der Regel möglich.	Die eigenfinanzierte Weiterführung des Versicherungsschutzes ist ohne Gesundheitsprüfung in der Regel möglich.	Die eigenfinanzierte Weiterführung des Versicherungsschutzes ist ohne Gesundheitsprüfung in der Regel möglich.	Die eigenfinanzierte Weiterführung des Versicherungsschutzes ist ohne Gesundheitsprüfung in der Regel möglich.