



BY Nr. 2018-027
(Mitgliedskassen)

S1- ar
Detlef Arzt

Tel : 089 74 579-410
Fax: 089 74 579-55410
arzt@bkk-lv-bayern.de
www.bkk-lv-bayern.de

29. Januar 2018

Satzungsänderungen des BKK Landesverbandes Bayern

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Bayern hat in der Sitzung am 14. Dezember 2017 mehrere Satzungsänderungen beschlossen. Die Änderungen betreffen:

- Ergänzung des § 3 Abs. 2 der Satzung
- Neufassung der Finanzausgleichsordnung (Anlage 5 der Satzung)
- Änderung der Verfahrensordnung (Anlage 1 der Satzung)

1. Ergänzung des § 3 Abs. 2 der Satzung

§ 3 Abs. 2 der Satzung wird um **folgenden Satz 2** ergänzt:

(2) Der Landesverband unterstützt die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. **Der Landesverband unterstützt des Weiteren andere Betriebskrankenkassen mit Versicherten mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes, soweit er auch für deren Versicherte tätig wird.**

Die Ergänzung verdeutlicht, dass der Landesverband neben seinen Mitgliedskassen auch die sog. Einstrahlerkassen dort unterstützt, wo bzw. soweit er auch für deren Versicherte tätig wird.

2. Neufassung der Finanzausgleichsordnung (Anlage 5 der Satzung)

Der Geltungsbereich der bisherigen Finanzausgleichsordnung des Landesverbandes war zeitlich beschränkt auf einen Ausgleich für die Geschäftsjahre 2015 bis 2017. Die inhaltlich nahezu wortgleiche - Neufassung gilt ab dem Ausgleichsjahr 2018 ohne zeitliche Beschränkung. Die Textfassung ist als **Anlage** beigefügt.

3. Änderung der Verfahrensordnung (Anlage 1 der Satzung)

Der Verwaltungsrat hat hinsichtlich der Verfahrensordnung zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention beschlossen:

- A. § 3 Abs. 8 der Verfahrensordnung zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention (Anlage 1 der LV-Satzung) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2018 durch folgende Absätze 8 und 9 ersetzt:

„(8) Der Landesverband stellt in Beiratssitzungen (§ 5), Vorstandskonferenzen und Verwaltungsratssitzungen des Landesverbandes die Finanzergebnisse aller Mitgliedskassen sowie Ergebnisse aus dem Bericht für den Gesamtbeirat (§ 6) in anonymisierter Form dar. Die Finanzergebnisse derjenigen Mitgliedskassen, die hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, stellt der Landesverband in Beiratssitzungen (§ 5) in nicht anonymisierter Form dar.

(9) Der Landesverband erstellt in nicht anonymisierter Form einen Bericht zu den Finanzergebnissen derjenigen Mitgliedskassen, die hierzu ihr Einverständnis erklärt haben (Premiumbericht). In den Premiumbericht werden auch die Finanzergebnisse von Betriebskrankenkassen aufgenommen, die ihren Sitz außerhalb Bayerns haben und ihr Einverständnis zur Darstellung in nicht anonymisierter Form erklärt haben. Den Premiumbericht erhalten ausschließlich die Kassen, die ihr Einverständnis nach Satz 1 oder 2 erklärt haben.“

- B. § 5 Abs. 2 der Verfahrensordnung zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention (Anlage 1 der LV-Satzung) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2018 wie folgt gefasst:

„(2) Die Vorstände der Mitgliedskassen wählen in einer Vorstandskonferenz ihre Vertreter im Beirat. Für jedes Mitglied wird für den Fall der Verhinderung ein Stellvertreter gewählt. Die Amtsdauer der Gewählten beträgt drei Jahre, beginnend ab dem 1.7.2016. Bei der Wahl sollen die unterschiedlichen Kassengrößen berücksichtigt werden. Scheiden Beiratsmitglieder oder Stellvertreter aus, ist der Beirat für die verbleibende Amtszeit zu ergänzen.“

§ 3 Absätze 8 und 9 der Verfahrensordnung eröffnen nunmehr - unter der strengen Voraussetzung dahingehenden Einverständnisses der einzelnen Kasse - die Möglichkeit der Berichterstattung über Finanzergebnisse in nicht anonymisierter Form. Die Änderung dient der Verbesserung der Transparenz im Rahmen des Finanzcontrollings und der Haftungsprävention des Landesverbandes. An der nicht anonymisierten Berichterstattung im sog. Premiumbericht können sich neben den Mitgliedskassen des Landesverbandes auch BKKn mit Sitz außerhalb Bayerns beteiligen.

Die Änderung des § 5 Abs. 2 der Verfahrensordnung ist ausschließlich stilistischer Natur ohne jegliche inhaltliche Veränderung.

Obige Satzungsänderungen wurden mit Bescheid des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 8.1.18 genehmigt und im Bayerischen Staatsanzeiger vom 26. Januar 2018 (BayStA Nr. 4/2018) veröffentlicht.

Die Änderungen werden hiermit nach § 21 Abs. 1 der Satzung des BKK Landesverbandes Bayern bekannt gemacht.

Mit freundlichen Grüßen
gez. Detlef Arzt

Anlage: Neugefasste Finanzausgleichsordnung (Anlage 5 der Satzung)

Finanzausgleichsordnung

(Anlage 5 der Satzung)

BKK Landesverband

Bayern

Stand: 1. Januar 2018

Beschlossen in der Verwaltungsratssitzung am 14. Dezember 2017

Inkrafttreten: 1. Januar 2018

Genehmigt durch Bescheid des BayStMGP vom 8. Januar 2018

Veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger 4/2018 vom 26. Januar 2018

Anlage 5 der Satzung des BKK Landesverbandes Bayern

Finanzausgleichsordnung (§ 16a Abs. 2 der Satzung)

§ 1 Allgemeines

- (1) Die Finanzausgleichsordnung gilt für die Mitgliedskassen des BKK Landesverbandes Bayern (nachfolgend Landesverband genannt).
- (2) Der Landesverband führt auf Antrag einer Mitgliedskasse das Ausgleichsverfahren durch und verwaltet die erforderlichen Mittel. Als Ausgleichsjahr gilt das Kalenderjahr.

§ 2 Aufwändige Leistungsfälle

- (1) Das Ausgleichsverfahren erstreckt sich auf aufwändige Leistungsfälle.
- (2) Als aufwändiger Leistungsfall gilt die Summe der Leistungsaufwendungen der Kontenart 460 (Krankenhausfälle) und der Kontenarten 430, 434, 435, 436, 437 438 (Arznei- und Verbandmittel) sowie mit deutschem Recht vergleichbare Krankenhausbehandlung / Arzneimittelsversorgung im Ausland für die Behandlung eines Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres, unabhängig von der Krankheit, wenn sie mindestens 210.000 Euro (Schwellenwert) beträgt. Weiter gilt als aufwändiger Leistungsfall, wenn die Summe der Leistungsaufwendungen in einer Kontenart für einen Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres mindestens 210.000 Euro (Schwellenwert) beträgt. Der Schwellenwert wird beginnend 2014 jährlich um den Veränderungsfaktor der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherter im Ausgleichsjahr in der GKV dynamisiert, kaufmännisch auf volle 1.000 Euro gerundet und gilt für das jeweilige Ausgleichsjahr. Als Basis für die weiteren Dynamisierungen gilt dann der jeweils dynamisierte Betrag.
- (3) Realisierte Zuzahlungen, Rabatte sowie Ersatz- und Erstattungsansprüche sind vor Ermittlung des Schwellenwertes abzuziehen. Bei bereits abgerechneten Fällen, bei denen Ersatz- oder Erstattungsansprüche nach § 8 erst nach der Abrechnung realisiert werden, sind die ersetzten bzw. erstatteten Beträge zurückzuzahlen. Die Zuordnung der Leistungsausgaben richtet sich nach den Bestimmungen zum Kontenrahmen für die Träger der GKV.

§ 3 Erstattungsumfang

- (1) Erstattungsfähig sind die den Schwellenwert des § 2 Abs. 2 übersteigenden Aufwendungen.
- (2) Bei einer Neumitgliedschaft beim Landesverband (Errichtung, Sitzverlegung, Beitritt) findet die Finanzausgleichsordnung auf die neue Mitgliedskasse keine

Anwendung in dem Jahr, in dem die Mitgliedschaft begründet wird. Die Finanzausgleichsordnung findet für die neue Mitgliedskasse erst ab dem Folgejahr Anwendung mit der Maßgabe, dass in diesem Folgejahr die Erstattungsfähigkeit nach Abs. 1 auf einen Betrag i.H.v. 300.000 Euro je aufwändiger Leistungsfall begrenzt ist.

- (3) Scheidet eine Mitgliedskasse aus dem Landesverband aus, werden nur die Fallkosten berücksichtigt, die bis zum Wirksamwerden des Ausscheidens entstehen. Nach diesem Zeitpunkt entstehende Fallkosten sind nicht berücksichtigungsfähig, der Schwellenwert nach § 2 Abs. 2 wird nicht verringert.
- (4) Bei Vereinigung von Mitgliedskassen im Laufe des Ausgleichsjahres wird der Rechtsnachfolger so gestellt und behandelt, als sei die Vereinigung zum 01.01. des Ausgleichsjahres wirksam geworden.
- (5) Bei Vereinigung einer Mitgliedskasse mit einer Kasse, die nicht Mitglied des Landesverbandes ist, sind die von dieser Kasse vor dem Vereinigungszeitpunkt erbrachten Aufwendungen nicht berücksichtigungsfähig, der Schwellenwert nach § 2 Abs. 2 wird nicht verringert.
- (6) Bei Insolvenz oder Schließung einer Mitgliedskasse besteht ein Ausgleichsanspruch, soweit die zu zahlenden Umlagebeträge der Mitgliedskasse vollständig entrichtet oder verrechnet wurden.

§ 4 Überforderungsklausel

- (1) Die maximale Belastung (Belastungsgrenze) einer Mitgliedskasse durch einen oder mehrere aufwändige Leistungsfälle beträgt ein Viertel einer Monatsausgabe (Mindestrücklage) nach dem vom Verwaltungsrat der Mitgliedskasse festgestelltem Haushaltsplan des Ausgleichsjahres. Zusätzlich zu den Erstattungsbeträgen nach § 2 i.V.m. § 3 werden die über der Belastungsgrenze liegenden Beträge erstattet.
- (2) Für Mitgliedskassen, bei denen die Belastungsgrenze unter dem Schwellenwert nach § 2 Abs. 2 liegt, gilt die Belastungsgrenze als Schwellenwert im Sinne von § 2 Abs. 2.

§ 5 Aufbringung der Mittel

- (1) Die Mittel der für ein Kalenderjahr abgerechneten Erstattungsansprüche werden von den Mitgliedskassen durch Umlage aufgebracht.
- (2) Die Höhe der Umlage bemisst sich nach den erstatteten Kosten aufwändiger Leistungsfälle und der durchschnittlichen Zahl der Versicherten des Kalenderjahres (Vordruck KM 1 / Jahresdurchschnitt), dem der Leistungsfall zuzurechnen ist. Die Höhe der Umlage darf im Ausgleichsjahr 2013 je Versicherter 2,00 Euro nicht überschreiten. Dieser Betrag wird beginnend 2014 jährlich um den Veränderungsfaktor der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherter im Ausgleichsjahr in der GKV dynamisiert, kaufmännisch gerundet und gilt für

das jeweilige Ausgleichsjahr. Als Basis für die weiteren Dynamisierungen gilt dann der jeweils dynamisierte Betrag.

- (3) Gehört eine Mitgliedskasse dem Landesverband nicht während des gesamten Kalenderjahres an, ist ihre Umlage anteilig nach der Dauer ihrer Landesverbandszugehörigkeit und der auf diese Zeit entfallenden durchschnittlichen Versicherungszahl zu berechnen.
- (4) Der Landesverband kann im erforderlichen Umfang Abschläge auf die zu entrichtende Umlage anfordern.

§ 6 Kürzung der erstattungsfähigen Aufwendungen

Überschreitet die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen die maximale Höhe der zu erbringenden Mittel (§ 5 Abs. 2 Satz 2), werden die erstattungsfähigen Aufwendungen prozentual entsprechend gekürzt. Ausgenommen von dieser Kürzung sind Mitgliedskassen, welche die Voraussetzung nach § 4 erfüllen.

§ 7 Begrenzung der Erstattung

- (1) Die Mitgliedskasse erhält keine Erstattung aus diesem Finanzausgleich, wenn die Summe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach

- § 266 Abs. 6 SGB V ohne die Zuschläge für Krankengeld und
- § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V ohne den Verwaltungskostenanteil

höher ist als die ausgewiesenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der Jahresrechnung, Schlüsselnummer 9995, abzüglich der um die Erstattungen für Krankengeld verminderten Leistungsausgaben für Krankengeld.

Maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen ist der Schlussausgleichsbescheid des BVA. Im Vereinigungsfall wird hilfsweise das bis zur Fusion durchgeführte Abschlagsverfahren (Grundlagen-/Korrekturbescheid) oder die Berechnung im amtlichen FuV-Tableau zur KJ 1 zugrunde gelegt.

- (2) Die Mitgliedskasse erhält keine Erstattung aus diesem Finanzausgleich, wenn die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen nach § 3 Abs. 1 fünfzig vom Hundert der in § 4 Abs. 1 genannten maximalen Belastungsgrenze (Mindestrücklage) nicht übersteigt. Übersteigt die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen die vorgenannte Grenze, wird nur der übersteigende Betrag erstattet.
- (3) Die Summe der Erstattung darf höchstens die Differenz zwischen tatsächlichen und standardisierten Leistungsausgaben der Mitgliedskasse nach Abs. 1 ausgleichen.

§ 8 Abrechnung

- (1) Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind nach Ablauf des Ausgleichsjahres bis spätestens 30.11. des Folgejahres unter Beifügung von Kopien der anspruchsbegründenden Unterlagen (z.B. Arzneimittelimages, ISKV-Ausdrucke der Krankenhausfälle) zu beantragen. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Zugangs beim Landesverband. Nach dem 30.11. eingereichte Aufwendungen werden nicht berücksichtigt.
- (2) Mitgliedskassen können zur Vermeidung von Liquiditätsengpässen auf Antrag Abschlagszahlungen auf den voraussichtlichen Ausgleichsbetrag erhalten, sofern sie dem Landesverband die anspruchsbegründenden Unterlagen vorlegen. Der Vorstand des Landesverbandes entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (3) Der Landesverband verrechnet Ausgleichsansprüche mit ausstehenden Umlagebeträgen.
- (4) Der Landesverband ist berechtigt und verpflichtet, die eingereichten Erstattungsfälle umfassend zu prüfen. Erforderlichenfalls findet die Prüfung in den Geschäftsräumen der Mitgliedskasse statt.
- (5) Der nach § 2 Abs. 3 Satz 2 eingegangene Betrag wird an die im betroffenen Ausgleichsjahr beteiligten BKK nach den damals maßgeblichen Versichertenzahlen zurückgezahlt. Satz 1 gilt auch dann, wenn ein Ausgleichsjahr betroffen ist, für das die Finanzausgleichsordnung keine entsprechende Regelung enthalten hat.

§ 9 Verfahren

- (1) Die Verantwortung für die Identifikation, die rechtzeitige Einreichung und den Nachweis der aufwändigen Leistungsfälle im Sinne dieser Finanzausgleichsordnung trägt die Mitgliedskasse.
- (2) Bei Versicherten, deren Krankenhausaufenthalt sich über mehrere Kalenderjahre erstreckt, sind kalendertägliche Pflegesätze sowie Sonderentgelte dem jeweiligen Tag des Krankenhausaufenthalts zuzuordnen. Bei Fallpauschalen und DRG sind die Kosten durch die Anzahl der Krankenhaustage zu dividieren und tagesgenau aufzuteilen und dann dem Ausgleichsjahr zuzuordnen.
- (3) Bei Arzneimitteln erfolgt die zeitliche Zuordnung der geprüften Daten zum Ende des Monats des im Datensatz angegebenen Verordnungsdatums. Liegt kein Verordnungsdatum vor, erfolgt die zeitliche Zuordnung nach dem Ende des Abrechnungsmonats. Endet die Versicherungszeit des Versicherten vor diesem Tag, ist der letzte Tag der Versicherungszeit für die zeitliche Zuordnung heranzuziehen. Da Arznei- und Verbandmittel nur innerhalb eines begrenzten Zeitraums nach Verordnung erstattungsfähig sind, darf der letzte Tag der Versicherungszeit maximal der 1. des Vormonats des Abrechnungsmonats sein.

- (4) Zuzahlungen, Rabatte sowie Ersatz- und Erstattungsansprüche nach § 2 Abs. 3 werden direkt angerechnet. Pauschale Arzneimittelrabatte werden zusätzlich anteilig berücksichtigt (Konto 4396 im prozentualen Verhältnis zur Summe der Kontenart 430 bis 438 abzüglich der Konten 4390 und 4393).

§ 10 Inkrafttreten

Diese Finanzausgleichsordnung tritt am 01.01.2018 in Kraft. Sie tritt an die Stelle der bisher geltenden Finanzausgleichsordnung für die Ausgleichsjahre 2015, 2016 und 2017; diese findet bis zur endgültigen Erledigung der Ausgleichsjahre 2015, 2016 und 2017 weiterhin Anwendung.