

3. Nachtrag
zur Satzung des BKK-Landesverbandes NORTHWEST
in der Fassung vom 01.07.2010

Art. 1

Die Anlage „Ausgleichsordnung“ wird für das Ausgleichsjahr 2013 wie folgt geändert:

1. § 1 wird um folgenden **Abs. 3** ergänzt:

„Ausgleichsberechtigt sind diejenigen Mitgliedskassen, deren berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Kontenschlüssel 9995 KJ 1 des Ausgleichsjahres) über den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB V für standardisierte Leistungsausgaben und für strukturierte Behandlungsprogramme gem. § 270 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b SGB V liegen (Kontenschlüssel 3770+3772+3790+3792+3796 KJ 1 des Ausgleichsjahres) und deren Betriebsmittel und Rücklagen Ende des Ausgleichsjahres gemäß Jahresrechnung unterhalb der Mindestrücklage liegen. Für die Berechnung der Mindestrücklage von 25% einer Monatsausgabe werden die Gesamtausgaben der Jahresrechnung der Kontenklassen 4 bis 7 des Ausgleichsjahres herangezogen.“

2.§ 2 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Als aufwendiger Leistungsfall gilt die Summe der Leistungsaufwendungen für Beatmungsfälle der Kontenart 563 sowie der Kontenart 460 (Krankenhausfälle) und der Kontenarten 430, 431, 434, 435, 436, 437, 438 (Arznei- und Verbandmittel) sowie die mit deutschem Recht vergleichbare Krankenhausbehandlung/Arzneimittelversorgung im Ausland für die Behandlung eines Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres, unabhängig von der Krankheit, wenn sie mindestens 200.000,- € beträgt.

3. In § 2 Abs. 4 werden die Worte „Zuzahlungen, Rabatte,“ gestrichen

4.§ 3 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Erstattungsfähig sind die den Schwellenwert des § 2 Abs. 2 und 3 übersteigenden Kosten, jedoch maximal in Höhe der Beträge nach Abs. 1a.“

5.Nach § 3 Abs. 1 wird folgender **Abs. 1a** neu eingefügt:

„Die Erstattungssumme ist auf folgende Beträge begrenzt:

- Differenz zwischen den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und den entsprechenden Zuweisungen, höchstens 1% der standardisierten Zuweisungen inkl. DMP des Ausgleichsjahres und
- Differenz zwischen der Summe aus Betriebsmitteln und Rücklagen Ende des Ausgleichsjahres gemäß Jahresrechnung und der Mindestrücklage von 25% einer Monatsausgabe des Ausgleichsjahres.

6.§ 3 Abs. 10 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Erstattungsbeträge sind insgesamt um die von der Mitgliedskasse gezahlten Prämien für das Erstattungsjahr (§ 242 Abs. 2 SGB V) zu mindern.“

7.§ 7 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind nach Ablauf des Kalenderjahres bis spätestens 30.09. des Folgejahres entweder unter Beifügung von Kopien der anspruchsbegründenden Unterlagen (z.B. Arzneimittelimages, ISKV-Ausdrucke der Krankenhausfälle) oder über elektronische Datenabzüge zu beantragen.“

8.Nach **§ 7 Abs. 1** wird folgender **Abs. 1a** neu eingefügt:

„Für sog. Auslands-Leistungsfälle i. S. d. § 2 Abs. 2, die aufgrund verzögerter Abrechnung nicht mehr innerhalb der Stichtagsregelung nach Abs. 1 berücksichtigt werden können, gilt das Abrechnungsjahr als Ausgleichsjahr und finden die dafür aufgewendeten Kosten in diesem Jahr entsprechende Berücksichtigung.“

9.§ 8 wird wie folgt neu gefasst:

„1. Diese Ausgleichsordnung gilt nur für das Ausgleichsjahr 2013.

2. Für zurückliegende, noch nicht abgeschlossene Fälle und Zeiträume gilt einschließlich der Aufbringung der Mittel die Ausgleichsordnung des BKK-Landesverbandes NORDWEST in der Fassung vom 01.07.2010. Nach Abwicklung der jeweiligen Ausgleichsverfahren tritt die Ausgleichsordnung in der Fassung vom 01.07.2010 außer Kraft.“

Art. 2

Art. 1 tritt mit Wirkung zum 01.01.2013 nach Genehmigung durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen am Tag nach seiner Bekanntmachung in Kraft.

Der vorstehende Beschluss wurde vom Verwaltungsrat des BKK-Landesverbandes NORDWEST am 13. Dezember 2012 gefasst.

Essen, den 13. Dezember 2012
Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Ludger Hamers