



Spitzenverband

Satzung des GKV–Spitzenverbandes

vom 18. Juni 2007

– vom Bundesministerium für Gesundheit
am 03. Juli 2007 genehmigt –

– in der Fassung der Änderungen vom
19. November 2007, 27. Mai 2008, 18. Februar 2009,
31. März 2009, 04. Juni 2009, 09. September 2009,
09. Juni 2010, 23. März 2011 und 08. Juni 2011 –

- vom Bundesministerium für Gesundheit
am 15. Mai 2008, 26. Juni 2008, 14. September 2009,
22. September 2009, 01. März 2010 , 14. Juli 2010,
17. Juni 2011 und 24. Juni 2011 genehmigt –

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt: Organisation

- § 1 Name, Sitz und Rechtsform des GKV-Spitzenverbandes
- § 2 Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes

Zweiter Abschnitt: Aufgaben

- § 3 Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes
- § 4 Abwicklung im Fall von Schließungen und Auflösungen von Krankenkassen

Dritter Abschnitt: Organe

- § 5 Organe des GKV-Spitzenverbandes

Vierter Abschnitt: Mitgliederversammlung

Erster Unterabschnitt: Mitgliederversammlung

- § 6 Zusammensetzung der Mitgliederversammlung
- § 7 Aufgaben der Mitgliederversammlung
- § 8 Zusammentritt der Mitgliederversammlung
- § 9 Beschlussfähigkeit, Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung
- § 10 Ehrenamt und Entschädigung

Zweiter Unterabschnitt: Wahl der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden

- § 11 Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der/des stellvertretenden Vorsitzenden

Dritter Unterabschnitt: Wahl des Verwaltungsrates

- § 12 Wahl des Verwaltungsrates
- § 13 Form, Frist und Inhalt der Vorschlagslisten
- § 14 Listenvertreter/innen
- § 15 Voraussetzungen der Wählbarkeit in den Verwaltungsrat
- § 16 Listenänderung und Listenergänzung
- § 17 Rücknahme von Vorschlagslisten und Einzelvorschlägen
- § 18 Zulassung der Vorschlagslisten
- § 19 Form
- § 20 Ablauf der Wahlgänge
- § 21 Stimmabgabe
- § 22 Schluss der Wahlhandlung
- § 23 Ungültige Stimmen, Enthaltungen
- § 24 Ermittlung des Wahlergebnisses
- § 25 Bekanntmachung des Ergebnisses der Wahl zum Verwaltungsrat

Fünfter Abschnitt: Verwaltungsrat

- § 26 Mitglieder des Verwaltungsrates
- § 27 Ehrenamt und Entschädigung
- § 28 Amtsübernahme, Amtsdauer und Haftung
- § 29 Vorsitz des Verwaltungsrates
- § 30 Geschäftsordnung des Verwaltungsrates
- § 31 Aufgaben des Verwaltungsrates
- § 32 Sitzungen des Verwaltungsrates
- § 33 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung
- § 34 Ausschüsse des Verwaltungsrates

Sechster Abschnitt: Vorstand

§ 35 Vorstand

§ 36 Aufgaben des Vorstandes

§ 37 Fachbeirat

Siebter Abschnitt: Aufbringung und Verwaltung der Mittel

§ 38 Aufbringung und Verwaltung der Mittel

Achter Abschnitt: Haushalts- und Rechnungswesen

§ 39 Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen

§ 40 Prüfung der Jahresrechnung, der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Geschäftsführung

Neunter Abschnitt: Verbindungsstelle

§ 41 Grundlagen

§ 42 Aufgaben

§ 43 Grundsätze der Geschäftsführung

§ 44 Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle

§ 45 Zusammenarbeit mit dem Vorstand

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 46 Bekanntmachungen

§ 47 Inkrafttreten

Anlage 1: Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes

Anlage 2: Finanzhilfenordnung nach § 265a SGB V

Anlage 3: Ermittlung der Sitze und der Stimmengewichtung der Kassenarten im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

Erster Abschnitt: Organisation

§ 1 Name, Sitz und Rechtsform

- (1) Die Krankenkassen bilden nach § 217a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) den „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt im Rechts- und Geschäftsverkehr den Namen „GKV-Spitzenverband“.
- (2) Der GKV-Spitzenverband hat seinen Sitz gemäß § 217e Abs. 1 Satz 3 SGB V in Berlin.
- (3) Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2 Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes

Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes sind alle Krankenkassen im Sinne des § 4 SGB V. Sie werden nachfolgend Mitgliedskassen genannt.

Zweiter Abschnitt: Aufgaben

§ 3 Aufgaben

- (1) Der GKV-Spitzenverband erfüllt ab dem 1. Juli 2008 seine gesetzlichen Aufgaben. Die vom GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner gesetzlichen Zuständigkeit abgeschlossenen Verträge einschließlich der Verbindungsstellenvereinbarungen und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten. Die von den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 30. Juni 2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten so lange fort, bis der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.
- (2) Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Arbeitgebern.

- (3) Der GKV-Spitzenverband trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung <SGB IV>). Der GKV-Spitzenverband gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen nach § 28f Abs. 4 SGB IV.
- (4) Der GKV-Spitzenverband trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten.
- (5) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet der GKV-Spitzenverband eng mit den Verbänden der Krankenkassen und mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.
- (6) Der GKV-Spitzenverband setzt sich für eine Gesundheitsversorgung ein, welche alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten berücksichtigt. Er beachtet diese Ziele bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und in seiner Verwaltung.
- (7) § 34 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und §§ 212, 214 SGB V in ihrer jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.

§ 4

Abwicklung im Fall von Schließungen, Auflösungen und Insolvenzen von Krankenkassen, Darlehensaufnahme

- (1) Der GKV-Spitzenverband erfüllt die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben bei der Abwicklung im Fall von Schließungen, Auflösungen oder Insolvenzen von Krankenkassen.
- (2) Die Aufteilung und Geltendmachung der Verpflichtungen im Fall von Schließungen oder Insolvenzen erfolgt durch den Vorstand nach der „Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse“ (BGBl I 2010, S. 2), in der jeweils gültigen Fassung. Im Fall der Auflösung einer Krankenkasse gilt Satz 1 und die „Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse“ (BGBl I 2010, S. 2) in der jeweils gültigen Fassung entsprechend, sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt.
- (3) Der GKV-Spitzenverband kann im Fall der Schließung, Insolvenz oder Auflösung einer Krankenkasse zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrages ein Darlehen aufnehmen. Die Aufnahme des Darlehens bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der GKV-Spitzenverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit gegenüber nachzuweisen, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um die Ansprüche von Gläubigern innerhalb

des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen. Die Kosten des Darlehens (insbesondere die Zinsen) gehören zu den Haftungsbeträgen und werden entsprechend der Rechtsverordnung (Abs. 2) auf die finanzierenden Krankenkassen aufgeteilt.

- (4) Der Verwaltungsrat beschließt die Darlehensaufnahme. Dies gilt auch für die Höhe und die Konditionen des Darlehens. Die Darlehen dürfen nur bis zum 30.06.2012 aufgenommen und genehmigt werden. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von 12 Monaten zurückzuzahlen.

§ 4a

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(§ 265a SGB V i. d. F. des GKV–OrgWG vom 15.12.2008, BGBl. I, 2426)

- (1) Der GKV–Spitzenverband kann zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen finanzielle Hilfen gewähren, sofern er die Vereinigung zur Abwendung von Haftungsrisiken (Insolvenz oder Schließung) für notwendig erachtet.
- (2) Der Antrag auf Gewährung von finanziellen Hilfen nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden, die für die Krankenkasse zuständig ist (§ 90 SGB IV), deren Schließung oder Insolvenz durch die Vereinigung vermieden werden soll.
- (3) Die finanzielle Hilfe kann nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265b SGB V in ausreichender Höhe gewährt wird.
- (4) Der GKV–Spitzenverband macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Mittel und Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen geltend.
- (5) Näheres über Voraussetzungen, Art, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Anlage 2. Sie ist Bestandteil der Satzung.

Dritter Abschnitt: Organe

§ 5

Organe des GKV–Spitzenverbandes

Organe des GKV–Spitzenverbandes sind die Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat und der Vorstand.

Vierter Abschnitt: Mitgliederversammlung

Erster Unterabschnitt: Mitgliederversammlung

§ 6

Zusammensetzung der Mitgliederversammlung

- (1) Bei dem GKV-Spitzenverband wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Amtszeit der Mitglieder der Mitgliederversammlung beträgt sechs Jahre; sie endet jedoch unabhängig vom Zeitpunkt der nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung mit der ersten Mitgliederversammlung nach den Wahlen, auf der ein/e neue/r Vorsitzende/r der Mitgliederversammlung sowie deren/dessen Stellvertreter/in sowie ein neuer Verwaltungsrat zu wählen sind (ordentliche Mitgliederversammlung). In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils eine/n Vertreter/in der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung. Eine Ersatzkasse, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, entsendet jeweils zwei Vertreter/innen der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. Eine Landwirtschaftliche Krankenkasse entsendet jeweils eine/n Vertreter/in der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgeber aus ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung in die Gruppe der Arbeitgeber. Immer wenn im Folgenden von Arbeitgebervertreterinnen oder Arbeitgebervertretern gesprochen wird, dann sind davon auch die Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte erfasst.
- (2) Spätestens drei Wochen vor einer ordentlichen Mitgliederversammlung hat ein Mitglied des hauptamtlichen Vorstandes oder der Geschäftsführung der Mitgliedskasse gegenüber dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes die beiden Vertreter/innen der jeweiligen Kasse sowie für den Verhinderungsfall jeweils eine/n Stellvertreter/in zu benennen und zugleich zu bestätigen, dass diese als ordentliche Mitglieder dem Verwaltungsrat, dem ehrenamtlichen Vorstand oder der Vertreterversammlung der Kasse angehören. Für eine Betriebskrankenkasse, deren Verwaltungsrat als ordentliches Mitglied nur ein/e Arbeitgeber/in oder deren/dessen Vertreter/in angehört, kann als Stellvertreter/in auch ein stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates benannt werden.
- (3) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens einer Vertreterin oder eines Vertreters bzw. einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters einer Mitgliedskasse aus der Mitgliederversammlung oder im Falle einer Vereinigung von Krankenkassen ist dem/der Vorsitzenden der Mitgliederversammlung unter den in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Voraussetzungen ein/e neue/r Vertreter/in zu benennen.

§ 7

Aufgaben der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung hat die ihr durch Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben.

§ 8 Zusammentritt der Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung tritt auf Einladung ihrer/ihrer Vorsitzenden zusammen, wenn

1. sich die Organe des GKV-Spitzenverbandes aufgrund von Sozialwahlen in einer ordentlichen Mitgliederversammlung neu konstituieren müssen,
2. der Verwaltungsrat beschließt, seinen jährlichen Bericht an die Mitglieder der Mitgliederversammlung durch die alternierenden Vorsitzenden aus wichtigem Grund mündlich abzugeben oder
3. der Verwaltungsrat in einer Angelegenheit, die in seine Regelungskompetenz fällt, ein Votum der Mitgliederversammlung einholen möchte.

§ 9 Beschlussfähigkeit, Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung

- (1) Soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes vorschreibt, ist die Mitgliederversammlung beschlussfähig, wenn sämtliche Mitgliedskassen ordnungsgemäß geladen sind und jeweils die Mehrheit der Versicherervertreter/innen und der Arbeitgebervertreter/innen anwesend und stimmberechtigt ist. Der/Die Vorsitzende der Mitgliederversammlung stellt die Beschlussfähigkeit vor Eintritt in die Tagesordnung fest. Wird im Verlauf der Sitzung die Beschlussfähigkeit von einem Mitglied der Mitgliederversammlung bezweifelt, so ist diese erneut zu prüfen und ggf. die Beschlussunfähigkeit festzustellen. Die Feststellung ist in die Niederschrift aufzunehmen.
- (2) Das Nähere zum Gegenstand und zum Ablauf der Sitzungen der Mitgliederversammlung regelt die Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung.

§ 10 Ehrenamt und Entschädigung

- (1) Die Mitglieder der Mitgliederversammlung üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter/innen haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes der Mitgliederversammlung (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).
- (2) Für die Entschädigungsregelung gilt § 41 SGB IV entsprechend. Für die Erstattung regelt das Nähere die als Anlage 1 beigefügte Entschädigungsregelung, die Bestandteil der Satzung ist.

**Zweiter Unterabschnitt:
Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der/des stellvertreten-
den Vorsitzenden**

**§ 11
Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der/des stellvertreten-
den Vorsitzenden**

- (1) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihren Reihen eine/n Vorsitzende/n und eine/n stellvertretende/n Vorsitzende/n. Die/Der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende müssen verschiedenen Gruppen und sollen verschiedenen Kassenarten angehören; sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Der Vorsitz der Mitgliederversammlung wechselt unter gegenseitiger Stellvertretung von Sitzung zu Sitzung.
- (2) Die Mitgliedskassen können bis zu drei Wochen vor einer ordentlichen Mitgliederversammlung der/dem bisherigen Vorsitzenden der Mitgliederversammlung geeignete Kandidaten für die Wahl der/des neuen Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden benennen. Vorgeschlagen werden kann nur eine Person, die als ordentliche/r Vertreter/in einer Mitgliedskasse für die Mitgliederversammlung benannt wird. Der Vorschlag soll insbesondere Angaben zur Person und zur bisherigen Tätigkeit in der Sozialversicherung enthalten. Die/Der bisherige Vorsitzende der Mitgliederversammlung soll die Mitgliedskassen über die Bewerber/innen anhand der eingereichten Unterlagen informieren. Diese Information kann auch in elektronischer Form erfolgen.
- (3) Die/Der bisherige Vorsitzende der Mitgliederversammlung oder die/der bisherige stellvertretende Vorsitzende entscheidet darüber, ob die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende durch Handzeichen, schriftlich oder mit Hilfe elektronischer Stimmgeräte gewählt werden sollen.
- (4) Die/Der Vorsitzende eröffnet und leitet die Sitzung der Mitgliederversammlung. Wird schriftlich gewählt, lässt die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die erforderlichen Stimmzettel ausgeben. Wird mit Hilfe elektronischer Stimmgeräte gewählt, lässt die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die erforderlichen Stimmgeräte ausgeben.
- (5) Für die Mitgliedskasse kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. Die einheitliche Stimmabgabe erfolgt durch die/den Versichertenvertreter/in oder die/den Arbeitgebervertreter/in der anwesenden Mitgliedskasse. Wird schriftlich gewählt, wird ein/e Kandidat/in einheitlich durch die/den Versichertenvertreter/in oder die/den Arbeitgebervertreter/in der Mitgliedskasse mit einer Stimme auf dem Stimmzettel gewählt. Im Fall der Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, erfolgt die einheitliche Stimmabgabe durch einen ihrer beiden Versichertenvertreter/innen, im Fall der Landwirtschaftlichen Krankenkassen durch einen ihrer beiden Vertreter/innen.

- (6) Die Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. Erhält in zwei Wahlgängen kein Mitglied die Mehrheit der satzungsmäßigen Mitgliederzahl, ist gewählt, wer im dritten Wahlgang die meisten Stimmen auf sich vereinigt.
- (7) Das Wahlergebnis wird von der/vom bisherigen Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und einem von der Mitgliederversammlung zu bestimmenden Wahlausschuss ermittelt und von der/vom bisherigen Vorsitzenden bekannt gegeben. Diese/r fordert die/den Gewählte/n zur Erklärung darüber auf, ob sie/er die Wahl annehme. Erklärt die/der Gewählte, dass sie/er die Wahl annehme, übergibt ihr/ihm die/der bisherige Vorsitzende den Vorsitz der Mitgliederversammlung.
- (8) Für die Wahl der/des stellvertretenden Vorsitzenden gelten die Vorschriften der Absätze 2 bis 6 und 7 Satz 1 und 2 entsprechend.
- (9) Beim vorzeitigen Ausscheiden der/des Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt die Neuwahl regelmäßig im schriftlichen Verfahren.

**Dritter Unterabschnitt:
Wahl des Verwaltungsrates**

**§ 12
Wahl des Verwaltungsrates**

- (1) Die Mitgliederversammlung wählt den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes.
- (2) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung weist die Mitgliedskassen durch schriftliche Einladung auf die Wahlen zum Verwaltungsrat hin und fordert sie gleichzeitig auf, geeinigte Listen der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (im Folgenden auch: Mitgliedergruppe) für die von diesen gemeinsam in den Verwaltungsrat zu wählenden Versicherten- und Arbeitgebervertreter, sowie der weiteren Kassenarten bis spätestens sechs Wochen vor dem Tag der Mitgliederversammlung einzureichen.
- (3) Mit der Einladung ist darauf hinzuweisen, dass jede Mitgliedskasse bis spätestens drei Wochen vor dem Tag der Mitgliederversammlung Einzelvorschläge einreichen kann, wenn und soweit die Krankenkassen der betreffenden Kassenart sich nicht auf geeinigte Listen verständigen können.
- (4) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung und ihr/sein Stellvertreter bzw. ihre/seine Stellvertreterin lassen zur Ergänzung des Verwaltungsrates (§ 26 Abs. 7) außerhalb von Sitzungen schriftlich abstimmen. Dazu schreibt die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung den Vorstand oder die Geschäftsführung der Kassen unter Beifügung der Abstimmungsunterlagen an, mit der Bitte, die schriftlichen Erklärungen ihrer Vertreter/innen in der Mitgliederversammlung zum Gegenstand der Abstimmung einzuholen und an

die/den Vorsitzenden der Mitgliederversammlung zurückzuleiten. Für die schriftliche Abstimmung ist der Gegenstand der Beschlussfassung näher zu erläutern und eine Frist von sechs Wochen zu setzen. Die Frist beginnt mit dem Zugang der Abstimmungsaufforderung bei den Kassen zu laufen.

§ 13

Form, Frist und Inhalt der Vorschlagslisten

- (1) Für die Wahl zum Verwaltungsrat sollen von jeder Kassenart gemeinsame Vorschlagslisten gemäß § 217c Abs. 3 Satz 2 SGB V mit Kandidatinnen bzw. Kandidaten für ihre Kassenart (geeignete Listen) getrennt nach Vertreterinnen bzw. Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils getrennt nach deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern erstellt werden. Eine geeignete Liste muss mindestens so viele Kandidatinnen bzw. Kandidaten enthalten, wie Verwaltungsratsmitglieder bzw. Stellvertreter/innen zu wählen sind. Die Kandidatinnen bzw. Kandidaten sollen mit Familiennamen und Vornamen aufgeführt werden. Übersteigt die Anzahl der Kandidatinnen bzw. Kandidaten für die Wahl der ordentlichen Verwaltungsratsmitglieder auf der geeigneten Liste die Mindestzahl nach Satz 2 nicht, ist eine persönliche Stellvertretung mit einer/einem ersten Stellvertreter/in und einer/einem zweiten Stellvertreter/in zulässig. Die/Der erste Stellvertreter/in und die/der zweite Stellvertreter/in werden gemeinsam gewählt. Ist eine persönliche Stellvertretung nicht vorgesehen oder nicht zulässig, können bis zu vier stellvertretende Verwaltungsratsmitglieder mehr gewählt werden, als ordentliche Mitglieder zu wählen sind.
- (2) Zum Nachweis der Einigung auf eine geeignete Liste einer Kassenart muss die Vorschlagsliste von allen Vorsitzenden der Verwaltungsräte oder der ehrenamtlichen Vorstände oder der Vertreterversammlungen, alternativ von deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern, der jeweiligen Kassenart unterzeichnet sein. Die Mitgliedskassen können auch durch die Vorsitzenden der Verwaltungsräte oder der ehrenamtlichen Vorstände oder der Vertreterversammlung ihre jeweiligen Verbände für die Erstellung und Einreichung einer geeigneten Liste nach Absatz 1 Satz 1 bevollmächtigen. Die Bevollmächtigung ist der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung bei Einreichung der Liste nachzuweisen.
- (3) Kommt eine geeignete Liste einer Kassenart nicht zustande, kann jede Mitgliedskasse der Kassenart nach § 217c Abs. 3 Satz 4 und 6 SGB V eine/n Versichertenvertreter/in und eine/n Arbeitgebervertreter/in sowie jeweils eine/n Stellvertreter/in als Kandidatin bzw. Kandidaten für den Verwaltungsrat vorschlagen. Die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, können bis zu drei Versichertenvertreter/innen und drei Stellvertreter/innen vorschlagen. Eine persönliche Stellvertretung ist unzulässig. Absatz 1 Satz 6 gilt. Der Vorschlag muss von der/dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder des ehrenamtlichen Vorstandes oder der Vertreterversammlung, alternativ von deren/dessen Stellvertreter/in, unterzeichnet sein. Für die Einreichung von Einzelvorschlägen durch einen Verband gilt Absatz 2 Satz 2 und 3 entsprechend. Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung fasst die Einzelvorschläge zu Vorschlagslisten getrennt nach Vertreterinnen bzw. Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber

sowie jeweils getrennt nach deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern zusammen. Absatz 1 Satz 3 gilt.

- (4) Die geeinigten Listen nach Absatz 1 sind spätestens sechs Wochen und die Vorschläge nach Absatz 3 sind spätestens drei Wochen vor dem Wahltag bei der/beim Vorsitzenden der Mitgliederversammlung einzureichen. Den geeinigten Listen und den Einzelvorschlägen sind – möglichst in elektronischer Form – Angaben zur Person der Kandidatinnen und der Kandidaten und zu ihrer bisherigen Tätigkeit in der Sozialversicherung beizufügen.
- (5) Den geeinigten Listen und den Einzelvorschlägen sind eigenhändig unterschriebene Zustimmungserklärungen der Kandidatinnen bzw. Kandidaten beizufügen. Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates oder des ehrenamtlichen Vorstandes einer Mitgliedskasse oder der Vertreterversammlung, alternativ deren/dessen Stellvertreter/in, oder der bevollmächtigte Verband muss schriftlich bestätigen, dass die jeweilige Kandidatin bzw. der jeweilige Kandidat auf den geeinigten Listen oder für den Einzelvorschlag Mitglied des Verwaltungsrates oder des ehrenamtlichen Vorstandes oder der Vertreterversammlung ihrer/seiner Mitgliedskasse sind. Fehlen die nach den Sätzen 1 und 2 beizubringenden Erklärungen nach Ablauf der Einreichungsfrist, ist der Name der Kandidatin bzw. des Kandidaten von der geeinigten Liste oder vom Einzelvorschlag zu streichen und Gelegenheit zur Nachbenennung zu geben, wenn durch die Streichung die erforderliche Kandidatenzahl nach § 26 Abs. 4 nicht mehr erreicht wird.
- (6) Erklärungen nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 können nicht zurückgenommen werden. § 17 bleibt unberührt.
- (7) Die Absätze 1 bis 6 gelten entsprechend für die von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft–Bahn–See und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemeinsam in den Verwaltungsrat zu wählenden Versicherten- und Arbeitgebervertreter bzw. bei der Wahl ihrer Stellvertreter.

§ 14

Listenvertreter/innen

- (1) Die Kandidatinnen bzw. Kandidaten einer geeinigten Liste müssen jeweils eine/n Vertreter/in und eine/n Stellvertreter/in benennen, die/der berechtigt ist, der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung gegenüber alle Erklärungen abzugeben, die die Vorbereitung und Durchführung der Wahl betreffen und solche Erklärungen von der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung entgegenzunehmen. Für die geeinigten Listen einer Kassenart oder die gemeinsame Liste der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft–Bahn–See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen kann auch dieselbe/derselbe Vertreter einschließlich ihrer/seiner Stellvertreterin bzw. ihres/seines Stellvertreters für zwei oder mehrere Listen benannt werden. Für die auf Grund der nach § 13 Abs. 3 eingereichten Einzelvorschläge erstellte Vorschlagsliste bestimmt die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung eine/n Vertreter/in und eine/n Stellvertreter/in.

- (2) Die/Der Vertreter der Vorschlagsliste hat ihre/seine Erklärungen schriftlich abzugeben oder zu bestätigen.
- (3) Entscheidungen der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung bezüglich der Vorschlagslisten sind der/dem Vertreter der Vorschlagsliste oder, falls diese/r nicht erreichbar ist, der/dem Stellvertreter/in bekannt zu geben und bei mündlicher oder fernmündlicher Bekanntgabe auf ihr/sein Verlangen schriftlich zu bestätigen. Die/Der Vertreter/in der Vorschlagsliste informiert die Kandidatinnen und die Kandidaten ihrer/seiner Vorschlagsliste bzw. ihrer/seiner Vorschlagslisten über Entscheidungen der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung.
- (4) Ist die/der Vertreter/in einer Vorschlagsliste verhindert oder ausgeschieden, übt die/der Stellvertreter/in die der/dem Vertreter/in der Vorschlagsliste zustehenden Befugnisse aus; von ihr/ihm abgegebene Erklärungen sind wirksam, auch wenn zu dem Zeitpunkt, in dem sie der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung zugehen, die Verhinderung der Vertreterin bzw. des Vertreters der Vorschlagsliste nicht mehr besteht oder ein/e neue/r Vertreter/in benannt ist.

§ 15

Voraussetzungen der Wählbarkeit in den Verwaltungsrat

- (1) Kandidatinnen und Kandidaten für die Wahl zum Verwaltungsrat müssen ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates, des ehrenamtlichen Vorstandes oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse sein. Stellvertretende Verwaltungsratsmitglieder, Stellvertreter/innen des ehrenamtlichen Vorstandes oder stellvertretende Mitglieder einer Vertreterversammlung sind nicht wählbar. Vertreter/innen der Mitgliedskasse in der Mitgliederversammlung können zugleich auch in den Verwaltungsrat gewählt werden. Eine gleichzeitige Kandidatur als ordentliches Mitglied und als stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates ist zulässig, sofern die Liste der Stellvertreter/innen auch ohne diese gleichzeitigen Kandidaturen die Mindestkandidatenzahl nach § 217c Abs. 3 Satz 2 SGB V aufweist. Wird die/der doppelt Nominierte bereits als ordentliches Mitglied gewählt, ist sie/er von der Stellvertreterliste zu streichen.

§ 16

Listenänderung und Listenergänzung

- (1) Soll die Aufstellung der Kandidatinnen und Kandidaten in einer Vorschlagsliste oder in einem Einzelvorschlag vor Ablauf der Einreichungsfrist geändert oder ergänzt werden, muss die Vorschlagsliste oder der Einzelvorschlag, soweit sich aus Absatz 2 nichts anderes ergibt, zurückgenommen und form- und fristgerecht neu eingereicht werden.
- (2) Wird vor einer Entscheidung der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung über die Zulassung der Vorschlagsliste oder des Einzelvorschlags bekannt, dass ein/e Kandidat/in gestorben ist oder am Tag der Wahlausschreibung nicht wählbar war oder anschließend die Wählbarkeit verloren hat, ist die/der Kandidat/in zu streichen. Die betroffene Mitgliedskasse kann

der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung bis zu der Zulassung der Vorschlagsliste oder des Einzelvorschlags eine andere Kandidatin bzw. einen anderen Kandidaten benennen. Anschließend ist nur dann Gelegenheit zur Nachbenennung zu geben, wenn die erforderliche Kandidatenzahl nach § 26 Abs. 4 nicht erreicht wird.

§ 17

Rücknahme von Vorschlagslisten und Einzelvorschlägen

- (1) Eine geeinigte Liste kann nur durch gemeinsame Erklärung derjenigen zurückgenommen werden, die nach § 13 Abs. 2 die Liste unterzeichnet haben, solange die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung nicht über die Zulassung der Liste entschieden hat. Satz 1 gilt entsprechend für eingereichte Einzelvorschläge nach § 13 Abs. 3.
- (2) Mit Zustimmung der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung im Einvernehmen mit der/dem stellvertretenden Vorsitzenden kann ein Einzelvorschlag auch nach der Zulassung zurückgenommen werden.

§ 18

Zulassung der Vorschlagslisten

- (1) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung entscheidet unverzüglich nach Ablauf der Einreichungsfrist (§ 13 Abs. 4) über die Zulassung sämtlicher geeinigter Listen und Einzelvorschläge. Bei Mängeln der geeinigten Listen oder der Einzelvorschläge soll die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung eine Nachfrist zur Behebung der Mängel setzen. Nach Zulassung der geeinigten Listen und der Einzelvorschläge sind diese unverzüglich den Mitgliedskassen bekannt zu geben. Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung soll die Mitgliedskassen über die Kandidatinnen bzw. Kandidaten auf den zugelassenen geeinigten Listen und den Einzelvorschlägen anhand der nach § 13 Abs. 4 Satz 2 eingereichten Unterlagen informieren. Diese Information kann auch in elektronischer Form erfolgen.
- (2) Ungültig ist eine geeinigte Liste, die
 1. nicht innerhalb der Einreichungsfrist bei der/beim Vorsitzenden der Mitgliederversammlung eingeht oder
 2. die unter einer Bedingung eingereicht worden ist.Für die Einzelvorschläge gilt Satz 1 entsprechend.
- (3) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung hat geeinigte Listen oder Einzelvorschläge zurückzuweisen, die ungültig sind oder Mängel aufweisen, die nicht innerhalb der nach Absatz 1 Satz 2 eingeräumten Nachfrist behoben worden sind. Entspricht eine geeinigte Liste oder ein Einzelvorschlag hinsichtlich einzelner Kandidatinnen bzw. Kandidaten nicht den Anforderungen eines Gesetzes oder dieser Satzung, sind die Namen dieser Kandidatinnen bzw. dieser Kandidaten aus der geeinigten Liste oder dem Einzelvorschlag zu streichen. Gelegenheit zur Nachbenennung ist nur zu geben, wenn dann auf der jeweiligen Vorschlagsliste die erforderliche Kandidatenzahl nach § 26 Abs. 4 nicht mehr erreicht wird.

- (4) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung teilt jeder/jedem Vertreter/in der geeinigten Listen unverzüglich schriftlich mit,
1. ob ihre/seine geeinigte Liste/n zugelassen ist und
 2. welche Kandidatinnen bzw. Kandidaten auf ihrer/seiner zugelassenen geeinigten Liste/n gestrichen worden sind und aus welchen Gründen dies erfolgte. Auf Absatz 3 Satz 3 ist ggf. hinzuweisen.
- Satz 1 gilt für die Einzelvorschläge entsprechend.

§ 19 Form

Soweit nichts Abweichendes geregelt ist, können Erklärungen und Mitteilungen im Zusammenhang mit der Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der Wahl des Verwaltungsrates auch per Telefax übermittelt werden.

§ 20 Ablauf der Wahlgänge

- (1) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung entscheidet im Einvernehmen mit der/dem stellvertretenden Vorsitzenden vor der Mitgliederversammlung, ob ein elektronisches Wahlverfahren für die Wahl des Verwaltungsrates verwendet werden soll.
- (2) Die Vertreter/innen der Mitgliedskassen wählen die Kandidatinnen bzw. Kandidaten von den Vorschlagslisten. Dabei wählen jeweils alle Versichertenvertreter/innen der verschiedenen Kassenarten die zu wählenden Versichertenvertreter/innen nach § 26 Abs. 4. Alle Arbeitgebervertreter/innen der verschiedenen Kassenarten wählen jeweils die zu wählenden Arbeitgebervertreter/innen nach § 26 Abs. 4. Dies gilt entsprechend für die Wahl der Stellvertreter/innen.

§ 21 Stimmabgabe

In Bezug auf eine versichertenseitige oder arbeitgeberseitige Vorschlagsliste hat jedes wahlberechtigte Mitglied der Mitgliederversammlung so viele Stimmen, wie der vorschlagenden Kassenart oder der Gruppe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen insoweit Sitze zustehen; weniger Stimmen können abgegeben werden. Im Fall der persönlichen Stellvertretung nach § 13 Abs. 1 Satz 4 und 5 hat die/der Vertreter/in einer Mitgliedskasse in Bezug auf eine/n erste/n Stellvertreter/in und eine/n zweite/n Stellvertreter/in nur eine Stimme. Bei der Listenvertretung hat jedes stimmberechtigte Mitglied so viele Stimmen, wie Stellvertreter/innen gewählt werden können. Ein/e Vertreter/in der Mitgliedskasse, die/der auch Kandidat/in für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ist, kann sich auf der Vorschlagsliste selber wählen. Unzulässig ist, mehrere Stimmen für eine Kandidatin bzw. einen Kandidaten auf einer Vorschlagsliste abzugeben. Eine Übertragung der Stimmen auf eine/n andere/n Vertreter/in ist unzulässig. Die Stimmabgabe erfolgt nicht geheim.

§ 22 Schluss der Wahlhandlung

Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung fordert letztmalig zur Abgabe der Stimmen auf. Sodann erklärt sie/er die Wahlhandlung für geschlossen.

§ 23 Ungültige Stimmen, Enthaltungen

- (1) Ungültig ist die Stimmabgabe, wenn
1. sie keiner/keinem wahlberechtigten Vertreter/in einer Mitgliedskasse zugeordnet werden kann,
 2. sie einen Zusatz oder Vorbehalt enthält,
 3. sie andere als die zugelassenen Vorschlagslisten bezeichnet,
 4. sie den Willen der Wählerin oder des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lässt,
 5. sie nicht rechtzeitig abgegeben wurde,
 6. für eine Kandidatin bzw. einen Kandidaten mehrere Stimmen abgegeben wurden,
 7. für die Vorschlagsliste mehr Stimmen abgegeben wurden, als gemäß § 21 für sie abgegeben werden durften oder
 8. sie nach § 107a in Verbindung mit § 108d des Strafgesetzbuchs strafbar ist.
- (2) Enthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen.

§ 24 Ermittlung des Wahlergebnisses

- (1) Die Auszählung der Stimmzettel wird von der/vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und dem Wahlausschuss vorgenommen. Sie ermitteln unverzüglich gesondert für die einzelnen Vorschlagslisten
1. die Zahl der für jede Vorschlagsliste abgegebenen gültigen Stimmen,
 2. die Höchstzahlen nach § 217c Abs. 4 SGB V.
- Der Faktor für das Gewicht der Stimme nach § 217c Abs. 5 SGB V kann auf zwei Stellen nach dem Komma gerundet werden. Gewählt ist, wer die höchste der nach § 217c Abs. 4 SGB V gewichteten, abgegebenen Stimmzahl erhält. Dabei sind so viele Kandidatinnen und Kandidaten mit Höchstzahlen gewählt, wie Sitze über die jeweilige Vorschlagsliste entsprechend § 26 Abs. 4 und § 217c Abs. 5 SGB V i. V. m. § 13 Abs. 1 Satz 6 zu besetzen sind.
- (2) Das Nähere zur Ermittlung des Wahlergebnisses, zur Besetzung des Wahlausschusses und über die Niederschrift regelt die Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung.

§ 25

Bekanntmachung des Ergebnisses der Wahl zum Verwaltungsrat

- (1) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung stellt das Wahlergebnis fest.
- (2) Das Wahlergebnis wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit erhält nach der Mitgliederversammlung eine Abschrift der Niederschrift über die Ermittlung und die Feststellung des Wahlergebnisses.

Fünfter Abschnitt: Verwaltungsrat

§ 26

Mitglieder des Verwaltungsrates

- (1) Bei der Ermittlung der Sitze des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes ist zu berücksichtigen, dass
 - der Verwaltungsrat aus höchstens 52 Mitgliedern besteht (§ 217c Abs. 1 Satz 1 SGB V),
 - für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen sowie die gemeinsamen Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen paritätisch Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter zu wählen sind (§ 217c Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB V),
 - für Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, nur Versichertenvertreter zu wählen sind (§ 217c Abs. 2 Satz 2 SGB V),
 - sich die Verteilung der Sitze nach den bundesweiten Versichertenzahlen zum 1. Januar des Kalenderjahres bestimmt, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat für die neue Wahlperiode wählt (§ 217c Abs. 1 Satz 6 SGB V), wobei die Verteilung der Sitze zur größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart führen muss (§ 217c Abs. 2 Satz 4 SGB V).

- (2) Bei der Ermittlung der Stimmgewichtung ist zu berücksichtigen, dass
- durch die Stimmgewichtung insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat hergestellt werden muss (§ 217c Abs. 2 Satz 3 SGB V),
 - die Stimmgewichtung zur größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart nach § 217c Abs. 1 Satz 6 SGB V führen muss (§ 217c Abs. 2 Satz 4 SGB V).
- (3) Die Vorgaben nach den Abs. 1 und 2 werden durch das in Anlage 3 beschriebene Verfahren umgesetzt.
- (4) Aus der Berechnung nach den Abs. 1 bis 3 und der Anlage ergibt sich für die 2. Wahlperiode die folgende Sitzverteilung: Der Verwaltungsrat hat 52 Mitglieder. Davon werden für
- die Allgemeinen Ortskrankenkassen 9 Versichertenvertreter/innen und 9 Arbeitgebervertreter/innen,
 - die Ersatzkassen 14 Versichertenvertreter/innen und 4 Arbeitgebervertreter/innen,
 - die Betriebskrankenkassen 5 Versichertenvertreter/innen und 5 Arbeitgebervertreter/innen,
 - die Innungskrankenkassen 2 Versichertenvertreter/innen und 2 Arbeitgebervertreter/innen,
 - die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemeinsam 1 Versichertenvertreter/in und 1 Arbeitgebervertreter/in

durch die Mitgliederversammlung im Wahlverfahren gemäß §§ 12 bis 25 gewählt.

- (5) Jedes Mitglied des Verwaltungsrates hat mindestens eine/n Stellvertreter/in. Bei mehreren Stellvertreterinnen und Stellvertretern ergibt sich die Art der Stellvertretung aus den gewählten Vorschlagslisten gemäß § 13 Abs. 1 und 3. Bei einer Listenvertretung kann die Reihenfolge der Stellvertreter bereits durch die Aufstellung auf einer geeinigten Liste festgelegt werden. Sofern die Reihenfolge nicht festgelegt wird oder bei nicht geeinigten Listen bestimmen die ordentlichen Mitglieder, die durch diese Stellvertreter/innen vertreten werden, einstimmig die Reihenfolge. Wird der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung nicht bis spätestens eine Woche vor der ersten Sitzung des Verwaltungsrates dies mitgeteilt, bestimmt sich die Reihenfolge nach den Wahlergebnissen der Stellvertreter/innen.

- (6) Ein Mitglied, das verhindert ist, wird durch eine/n Stellvertreter/in in der Reihenfolge gemäß Absatz 2 vertreten. Im Falle einer am Tag der Sitzung kurzfristig eingetretenen Verhinderung, die sowohl die Teilnahme des Mitgliedes als auch die einer Stellvertreterin bzw. eines Stellvertreters ausschließt, kann das Stimmrecht durch das Mitglied oder die/den Stellvertreter/in auf ein anderes Mitglied aus derselben Gruppe übertragen werden.
- (7) Endet die Mitgliedschaft eines ordentlichen oder stellvertretenden Mitgliedes im Verwaltungsrat vorzeitig, tritt bis zur Ergänzung des Organs an die Stelle des ausgeschiedenen Mitgliedes ein/e Stellvertreter/in in der Reihenfolge gemäß Absatz 2. Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates oder die/der alternierende Vorsitzende informieren die/den Vorsitzende/n der Mitgliederversammlung, die/der die Kassenart oder die Mitgliedergruppe des ausgeschiedenen Mitgliedes auffordert, innerhalb von vier Wochen einen einvernehmlichen Vorschlag für die Wahl eines neuen Mitgliedes einzureichen. Es gelten die Bestimmungen gemäß § 13 Abs. 1, 2, 4 Satz 2 und 5 bis 7 und § 15 entsprechend. Kommt ein einvernehmlicher Vorschlag der Kassenart oder Mitgliedergruppe innerhalb der Frist nach Satz 2 zustande, stellt die/der Vorsitzende der Mitgliederversammlung diesen im schriftlichen Verfahren gemäß § 12 Abs. 4 den Vertreterinnen und Vertretern der betroffenen Gruppe der Mitgliederversammlung zur Wahl. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 2 kein einvernehmlicher Vorschlag zustande, kann jede Kasse dieser Kassenart oder dieser Mitgliedergruppe einen Einzelvorschlag binnen zwei Wochen einreichen. Es gelten die Bestimmungen gemäß § 13 Abs. 3, 4 Satz 2 und 5 bis 7 und § 15 entsprechend. Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung fasst diese Einzelvorschläge in einer Liste zusammen und stellt sie im schriftlichen Verfahren gemäß § 12 Abs. 4 den Vertreterinnen und Vertretern der betroffenen Gruppe der Mitgliederversammlung zur Wahl. §§ 23 bis 25 gelten entsprechend.
- (8) Ist die maximale Anzahl von Stellvertretern/Stellvertreterinnen nach § 13 Abs. 1 Satz 6 nicht erreicht, kann auch während der laufenden Wahlperiode eine Ergänzung der Liste der Stellvertreter und Stellvertreterinnen bis zur maximalen Anzahl nach § 13 Abs. 1. Satz 6 erfolgen. Hierzu reicht die Kassenart oder Mitgliedergruppe einen einvernehmlichen Vorschlag für die Ergänzung der Stellvertreter/Stellvertreterinnen beim Vorsitzenden/bei der Vorsitzenden des Verwaltungsrates ein. Für die Wahl der zusätzlichen Stellvertreter und Stellvertreterinnen gelten die Bestimmungen in § 12 Abs. 4, § 13 Abs. 1, 2, 4 Satz 2 und 5 bis 7 und §§ 15 und 23 bis 25 entsprechend.

- (9) Bei einer Abstimmung wird die Stimme einer/eines von der Mitgliederversammlung gewählt
- Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit jeweils zehn Neunteln und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters jeweils mit 2,
 - Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Ersatzkassen mit jeweils elf Siebteln und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters jeweils mit drei Halben,
 - Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Betriebskrankenkassen mit jeweils 1 und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters mit jeweils 2,
 - Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Innungskrankenkassen mit jeweils 1 und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters jeweils mit 2,
 - gemeinsamen Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit 1 und die der/des gemeinsamen Arbeitgebervertreterin bzw. Arbeitgebervertreters mit 2 gewichtet.
- (10) Nach der Hälfte einer Wahlperiode wird die Stimmgewichtung im Verwaltungsrat entsprechend der Versichertenzahlen nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten zum 1. Januar überprüft und ggf. entsprechend angepasst. Die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder bleibt während der Wahlperiode unverändert. Spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates ist die Anzahl der jeweiligen Sitze und Stimmen der Kassenarten im Verwaltungsrat entsprechend der Versichertenzahlen nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat für die jeweils neue Wahlperiode wählt, zu überprüfen und ggf. entsprechend anzupassen.

§ 27

Ehrenamt und Entschädigung

- (1) Die Verwaltungsratsmitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter/innen haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes des Verwaltungsrates (§ 40 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IV).
- (2) Für die Entschädigungsregelung gilt § 41 SGB IV entsprechend. Für die Erstattung regelt das Nähere die als Anlage 1 beigefügte Entschädigungsregelung, die Bestandteil der Satzung ist.

§ 28

Amtsübernahme, Amtsdauer und Haftung

- (1) Die Gewählten werden Verwaltungsratsmitglieder mit der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates in der neuen Wahlperiode, die ergänzend Gewählten durch deren schriftliche Mitteilung der Annahme der Wahl gegenüber der/dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates.
- (2) Die Amtsdauer der Verwaltungsratsmitglieder beträgt sechs Jahre; sie endet jedoch unabhängig vom Zeitpunkt der Wahl mit dem Zusammentritt des in der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung neu gewählten Verwaltungsrates. Sie bleiben jedoch solange im Amt, bis ihre Nachfolger/innen das Amt angetreten haben. Wiederwahl ist zulässig.
- (3) Amtsdauer und Verlust der Mitgliedschaft richten sich im Übrigen nach §§ 58, 59 SGB IV. Abweichend von § 58 Abs. 2 SGB IV endet die Amtsdauer der im Jahr 2007 gewählten Mitglieder sieben Monate nach den nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung.
- (4) Für die Haftung der Verwaltungsratsmitglieder gilt § 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV entsprechend.

§ 29

Vorsitz des Verwaltungsrates

- (1) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl der/des Vorsitzenden und der/des alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates.
- (2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine/n Vorsitzende/n und eine/n alternierende/n Vorsitzende/n, die verschiedenen Gruppen angehören müssen und bis zum Ende der ersten Wahlperiode verschiedenen Kassenarten angehören müssen. Für die Wahl ist die Mehrheit der gemäß § 26 Abs. 9 der Satzung gewichteten Stimmen der satzungsmäßigen Verwaltungsratsmitglieder erforderlich.
- (3) Der Vorsitz wird unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd für je ein Jahr geführt. Der Vorsitz wechselt jeweils zum 01. Juli eines Jahres, erstmalig zum 01. Juli 2008.
- (4) Scheidet die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates oder die/der alternierende Vorsitzende vor Ablauf der Amtszeit aus, so wird ein/e Nachfolger/in gewählt. Absatz 2 gilt sinngemäß. Für die Zeit bis zum Eintreten der Nachfolgerin bzw. des Nachfolgers der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates übernimmt die/der alternierende Vorsitzende das Amt der/des ausgeschiedenen Vorsitzenden.

§ 30

Geschäftsordnung des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 31 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat hat die ihm durch Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben. Insbesondere hat er
1. die Satzung und sonstiges Recht des GKV-Spitzenverbandes sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges für den GKV-Spitzenverband maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen zu beschließen,
 2. alle Entscheidungen zu treffen, die für den GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sind; dazu gehören insbesondere gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen, Grundsatzfragen der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik,
 3. den Vorstand, aus seiner Mitte die/den Vorstandsvorsitzende/n und die/den stellvertretende/n Vorsitzende/n zu wählen und die vertraglichen Regelungen zu vereinbaren,
 4. die Geschäftsverteilung des Vorstandes im Benehmen mit diesem zu beschließen,
 5. Richtlinien für die Arbeit des Vorstandes festzulegen und den Vorstand sowie die/den Geschäftsführer/in bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 2 zu überwachen,
 6. Vorstandsmitglieder und Mitglieder des Verwaltungsrates von ihrem Amt zu entbinden oder zu entheben,
 7. soweit ein Vorstandmitglied für längere Zeit an der Ausübung ihres/seines Amtes verhindert oder ihr/sein Amt längere Zeit unbesetzt ist, eine/n leitende/n Beschäftigte/n des GKV-Spitzenverbandes mit der vorübergehenden Wahrnehmung ihrer/seiner Vorstandsaufgaben zu beauftragen und die Aufsichtsbehörde davon zu unterrichten,
 8. den GKV-Spitzenverband gegenüber dem Vorstand und der/dem Geschäftsführer/in und dem/der stellvertretenden Geschäftsführer/in zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42 zu vertreten,
 9. durch seine/n Vorsitzende/n im Einvernehmen mit der/dem alternierenden Vorsitzenden allen Mitgliedskassen einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des GKV-Spitzenverbandes vorzulegen,
 10. den Gesamthaushaltsplan einschließlich eines Teilhaushaltsplanes für die Verbindungsstelle und ggf. den Nachtragshaushaltsplan festzustellen,
 11. den Verbandsbeitrag sowie besondere Beiträge und Umlagen einschließlich derjenigen zur Finanzierung der Verbindungsstelle sowie sonstige, im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach § 42 zu erhebende Umlagen festzusetzen,
 12. für jedes Geschäftsjahr Rechnungsprüfer/innen zu bestimmen,
 13. die Jahresrechnung abzunehmen,
 14. die Entlastung des Vorstandes zu beschließen,

15. über Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden sowie in weiteren Immobilienangelegenheiten zu beschließen,
 16. die Mitgliedschaften in Organisationen zu bestimmen,
 17. über die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in Gremien anderer Institutionen zu entscheiden,
 18. die/den Geschäftsführer/in zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42 und deren/dessen Stellvertreter/in auf Vorschlag des Vorstandes zu bestellen, die vertraglichen Regelungen zu vereinbaren und über die Beendigung der Dienstverträge zu beschließen,
 19. Grundsätze der Stellenbesetzung zu beschließen. Die Tarifvertragsfreiheit bleibt unberührt,
 20. über die vom Vorstand aufgestellte Dienstordnung und den Stellenplan für Dienstordnungsangestellte zu beschließen.
- (2) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (3) Das Vertretungsrecht gemäß Absatz 1 Nr. 8 und Nr. 18 wird durch die/den Vorsitzende/n des Verwaltungsrates und die/den alternierende/n Vorsitzende/n gemeinsam ausgeübt.
- (4) Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und die/der alternierende Vorsitzende haben die ihnen durch Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben. Dazu gehören insbesondere
1. einen gegen Gesetz oder sonstiges für den GKV-Spitzenverband maßgebendes Recht verstoßenden Beschluss des Verwaltungsrates schriftlich begründet zu beanstanden und die Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn der Verwaltungsrat nach angemessener Frist seinen Beschluss nicht ändert,
 2. das Verfahren zur Ergänzung des Verwaltungsrates einzuleiten,
 3. den Verwaltungsrat einzuberufen und die Sitzung zu leiten.

§ 32 Sitzungen des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat tritt nach Bedarf, in der Regel 4 Mal im Jahr, zusammen. Seine Sitzungen sind öffentlich, sofern sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten des GKV-Spitzenverbandes, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 SGB I) befassen. Der Verwaltungsrat kann die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nicht öffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden schriftlich durch die/den Vorsitzende/n des Verwaltungsrates mit einer Frist von mindestens drei Wochen unter Bekanntgabe der Tagesordnung eingeladen.
Anträge über die Aufnahme einzelner Punkte in die Tagesordnung oder zu ihrer Ergänzung müssen mit einer Frist von mindestens zwei Wochen bei der/beim Vorsitzenden des Verwaltungsrates schriftlich eingereicht und begründet werden.
- (3) Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates lädt außerdem zu einer Sitzung des Verwaltungsrates ein, wenn es von mindestens einem Drittel seiner Mitglieder schriftlich begründet verlangt wird, die/der Vorsitzende und die/der alternierende Vorsitzende dies einvernehmlich verlangen oder der Vorstand dies mehrheitlich beantragt.
- (4) In dringenden Fällen lädt die/der Vorsitzende des Verwaltungsrates mit einer verkürzten Frist von mindestens einer Woche ein. Der Verwaltungsrat kann mit Stimmenmehrheit auf die Einhaltung der Frist verzichten.
- (5) Die Mitglieder des Vorstandes nehmen an den Sitzungen des Verwaltungsrates beratend teil. Mitglieder des Fachbeirates und sonstige Sachverständige können zu den Sitzungen hinzugezogen werden.
- (6) Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 33

Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

- (1) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates ordnungsgemäß eingeladen sind und eine Anzahl von Mitgliedern anwesend und stimmberechtigt ist, die zusammen mehr als die Hälfte der gemäß § 26 Abs. 9 gewichteten Stimmen repräsentiert. Bei Beschlussunfähigkeit sind die Verwaltungsratsmitglieder zu einer zweiten Sitzung einzuladen, in welcher der Verwaltungsrat beschlussfähig ist, wenn von jeder Gruppe mindestens ein/e Vertreter/in anwesend und stimmberechtigt ist sowie eine Anzahl von Mitgliedern, die zusammen wenigstens ein Drittel der gemäß § 26 Abs. 9 gewichteten Stimmen repräsentiert. Zu dieser Sitzung kann mit einer verkürzten Frist von mindestens einer Woche eingeladen werden. In der Einladung ist auf die Sätze 2 und 3 hinzuweisen.
- (2) Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden grundsätzlich mit der Mehrheit der abgegebenen und gemäß § 26 Abs. 6 gewichteten Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

- (3) Einer Mehrheit von 70 % der gemäß § 26 Abs. 9 gewichteten Stimmen der Verwaltungsratsmitglieder bedürfen Beschlüsse betreffend
1. die Verabschiedung der Satzung und Änderungen derselben,
 2. die Feststellung des Haushaltsplanes,
 3. die Verabschiedung der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates und Änderungen derselben,
 4. die Wahl des Vorstandes,
 5. die Mitgliedschaft in Organisationen,
 6. Immobilienangelegenheiten
 7. Richtlinien für den Vorstand.

Es wird die Gesamtzahl der möglichen Stimmen im Verwaltungsrat zugrunde gelegt. Anträge auf Satzungsänderungen können von der Mehrheit der Versichertenvertreter/innen oder der Arbeitgebervertreter/innen oder der Vertreter/innen einer Kassenart eingebracht werden.

Bei Beschlussunfähigkeit ist zu einer neuen Sitzung mit einer verkürzten Frist von mindestens einer Woche einzuladen.

- (4) Der Verwaltungsrat kann in dringenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen, es sei denn, mindestens 1/5 einer Gruppe der Mitglieder des Verwaltungsrates oder die Mehrheit der Vertreter/innen einer Kassenart, bei der von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen gebildeten Gruppe beide Vertreter/innen widersprechen der schriftlichen Abstimmung. Eine schriftliche Abstimmung über den Haushaltsplan, die Jahresrechnung, die Wahl des Vorstandes sowie Satzungsänderungen und -ergänzungen ist ausgeschlossen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.
- (5) Die Beschlüsse des Verwaltungsrates in Sitzungen werden in die Sitzungsniederschrift aufgenommen und von der/vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder der/dem alternierenden Vorsitzenden und von der/dem Schriftführer/in unterzeichnet. Im schriftlichen Verfahren gefasste Beschlüsse werden von der/vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder der/dem alternierenden Vorsitzenden mit ihrer Unterschrift bestätigt.

§ 34

Ausschüsse des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat bildet Fachausschüsse.
- (2) Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

**Sechster Abschnitt:
Vorstand**

**§ 35
Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen.
- (2) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.
- (3) Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung und unterrichtet den Verwaltungsrat.

**§ 36
Aufgaben des Vorstandes**

- (1) Der Vorstand handelt unter Berücksichtigung der vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsatzentscheidungen und trifft alle zu ihrer Realisierung erforderlichen Entscheidungen.
- (2) Der Vorstand hat die ihm von Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben. Insbesondere verwaltet der Vorstand den GKV-Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den GKV-Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.
- (3) Innerhalb der vom Vorstand nach § 35a Abs. 1 Satz 3 SGB IV erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmengleichheit entscheidet die/der Vorsitzende.
- (4) Der Vorstand ist verpflichtet, unter Beteiligung der Mitgliedskassen und ihrer Vertreter/innen eine effiziente und praxisnahe Arbeitsweise des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen.
- (5) Der Vorstand bestellt im Einvernehmen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates die/den Leiter/in der Geschäftsstelle der Selbstverwaltung.
- (6) Der Vorstand führt das Dienstsiegel des GKV-Spitzenverbandes.
- (7) Der Vorstand stellt den Gesamthaushaltsplan sowie eine Dienstordnung und den Stellenplan für Dienstordnungsangestellte auf. Dem Vorstand obliegt auch die arbeits- und personalrechtliche Verantwortung für die Beschäftigten im Geschäftsbereich der Verbindungsstelle.

§ 37 Fachbeirat

- (1) Beim Vorstand wird ein Fachbeirat als beratendes Gremium gebildet.
- (2) Der Fachbeirat berät den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes; insbesondere, um die notwendige Transparenz zwischen dem operativen Geschäft der Krankenkassen einerseits und den vertragsrechtlichen und den sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes andererseits zu gewährleisten.
- (3) Der Verwaltungsrat kann im Rahmen seiner Zuständigkeit mit der Mehrheit seiner Stimmen Stellungnahmen des Fachbeirates anfordern.
- (4) Die Mitglieder des Fachbeirates werden auf Vorschlag des Verwaltungsrates vom Vorstand berufen. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gehört dem Fachbeirat an und führt den Vorsitz. Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes und die/der alternierende Vorsitzende können an den Sitzungen teilnehmen.
- (5) Das Nähere wird in einer Geschäftsordnung des Vorstandes geregelt, die dieser im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat beschließt.

Siebter Abschnitt: Aufbringung und Verwaltung der Mittel

§ 38 Aufbringung und Verwaltung der Mittel

- (1) Die zur Erfüllung der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erforderlichen Mittel werden durch Beiträge seiner Mitglieder und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge werden in Form einer Umlage erhoben.
- (2) Die Höhe der Umlage wird jeweils im Gesamthaushaltsplan des GKV-Spitzenverbandes auf Vorschlag des Vorstandes vom Verwaltungsrat festgesetzt. Grundlage der Berechnung des Beitragsanteils nach Absatz 1 ist die Versichertenzahl einer Mitgliedskasse zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres nach der amtlichen Statistik KM 6. Kommt es durch Vereinigungen von Krankenkassen zu Versichertenverschiebungen, so gilt abweichend von Absatz 2 Satz 2 folgendes: Ab dem Datum der Wirksamkeit der Kassenvereinigung sind die dadurch eintretenden Versichertenverschiebungen – nach dem Stichtag 1. Juli des Vorjahres – bei der Berechnung der Beiträge zu berücksichtigen.
- (3) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle nach § 219a SGB V erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berechnungsgrundlage für die Umlage sind die Versichertenzahlen einer Mitgliedskasse zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres nach der amtlichen Statistik KM 6. Der Höhe der Umlage wird jeweils im Teilhaushaltsplan festgesetzt. Die Beiträge, die nach über- und zwischenstaatlichem Recht zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42 nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmun-

gen erhoben werden müssen, werden ebenfalls als Umlage erhoben. Die aus der Umlage und den sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle zur Verfügung stehenden Mittel dürfen ausschließlich für Zwecke der Aufgabenerfüllung der Verbindungsstelle verwendet werden.

- (4) Für den auf die einzelne Mitgliedskasse des GKV-Spitzenverbandes entfallenden Anteil an dem vom Verwaltungsrat festgesetzten Verbandsbeitrag einschließlich der Umlage für die Verbindungsstelle gelten folgende Zahlungsfristen: Die Beiträge sind vierteljährlich zu zahlen. Spätester Zahlungstermin ist der 20. des ersten Quartalsmonats. Das Mitglied gerät – ohne Verschulden und ohne dass es einer gesonderten Mahnung bedarf – in Verzug, wenn die Zahlung nicht bis zum 20. des dritten Quartalsmonats auf dem Konto des GKV-Spitzenverbandes eingegangen ist. Im Falle des Verzuges hat das Mitglied Verzugszinsen auf den noch ausstehenden Betrag zu leisten. Für jeden angefangenen Monat des Verzuges ist ein Beitrag von eins vom Hundert des rückständigen Beitrages zu entrichten.
- (5) Der GKV-Spitzenverband hat die ihm obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen.

§ 38a

Unterstützung bei der Abwicklung von gemeinsam zu finanzierenden Aufgaben

- (1) Sind die Mitgliedskassen in ihrer Gesamtheit zur Finanzierung einer gesetzlichen Aufgabe verpflichtet, kann der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner gesetzlichen und vertraglichen Aufgabenstellungen im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat die Abwicklung der Finanzierung übernehmen. In diesem Fall kann er von seinen Mitgliedern Sonderumlagen erheben.
- (2) Die Höhe der Verpflichtungen der Mitgliedskassen muss sich dem Grunde nach aus dem Gesetz oder der vertraglichen Vereinbarung ergeben. Regelt das Gesetz oder die vertragliche Vereinbarung nicht den zu Grunde zu legenden Verteilungsmaßstab, gilt § 38 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Die Sonderumlagen müssen innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides auf dem Konto des GKV-Spitzenverbandes eingehen, sofern das Gesetz oder die vertragliche Vereinbarung nichts anderes bestimmen.

**Achter Abschnitt:
Haushalts- und Rechnungswesen**

**§ 39
Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen**

- (1) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken sowie für das Verwaltungsvermögen gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des SGB IV. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 263 SGB V entsprechend. Dem Vorstand obliegt das Haushalts- und Rechnungswesen auch für den Bereich der Verbindungsstelle.
- (2) Das Haushaltsjahr ist das Kalenderjahr.

**§ 40
Prüfung der Jahresrechnung, der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Geschäftsführung**

- (1) Der Vorstand stellt die Jahresrechnung auf und lässt diese in geeigneter Weise intern prüfen.
- (2) Die Jahresrechnung und die Betriebs- und Rechnungsführung werden jährlich durch eine/einen vom Verwaltungsrat bestellte/n sachverständige/n Prüfer/in geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind dem Verwaltungsrat mit einer Stellungnahme der Rechnungsprüfer/innen gemäß § 31 Abs. 1 Satz 12 und des Vorstandes zu den Feststellungen der Prüferin bzw. des Prüfers vorzulegen, die der Prüfung der Jahresrechnung bis zum 30. Juni des Folgejahres.
- (3) Die Geschäftsführung wird durch eine/n vom Verwaltungsrat und vom Vorstand gemeinsam bestellte/n Prüfer/in geprüft.
- (4) Über die Ergebnisse der Prüfungen ist dem Verwaltungsrat zu berichten.

**Neunter Abschnitt:
Verbindungsstelle**

**§ 41
Grundlagen**

Der GKV-Spitzenverband nimmt ab dem 01. Juli 2008 die durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht und durch diese Satzung übertragenen Aufgaben der bis zum 30. Juni 2008 existierenden Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland wahr.

§ 42 Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband erfüllt nach Maßgabe von § 219a SGB V die nachfolgenden Aufgaben:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Information, Beratung und Aufklärung.

§ 43 Grundsätze der Geschäftsführung

- (1) Die/Der Geschäftsführer/in, im Verhinderungsfall oder in näher zu bestimmenden Fällen sein/e Stellvertreter/in, führt die Geschäfte und vertritt den GKV-Spitzenverband innerhalb des Aufgabenbereiches nach § 42 gerichtlich und außergerichtlich.
- (2) Das Vertretungsrecht der Geschäftsführerin / des Geschäftsführers erstreckt sich im Innen- und Außenverhältnis auf sämtliche Rechtsgeschäfte zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42, soweit sich aus den übrigen Bestimmungen der Satzung keine Einschränkungen ergeben.
- (3) Der Vorstand kann im Benehmen mit dem Verwaltungsrat Richtlinien für die/den Geschäftsführer/in bezüglich der Erfüllung der Aufgaben nach § 42 erlassen.

§ 44 Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle

Die/Der Geschäftsführer/in ist im Rahmen des Aufgabenbereiches nach § 42 Widerspruchsstelle im Sinne von § 78 SGG und Einspruchsstelle im Sinne von § 112 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IV.

§ 45 Zusammenarbeit mit dem Vorstand

- (1) Der/Die Geschäftsführer/in arbeitet mit dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes vertrauensvoll zusammen, insbesondere informiert sie/er den Vorstand regelmäßig über haushaltsrelevante Vorgänge sowie in grundsätzlichen Angelegenheiten, die den Geschäftsbereich nach § 42 betreffen. Das Nähere legt der Vorstand fest.

- (2) Der/Die Geschäftsführer/in arbeitet dem Vorstand bei der Erstellung der Jahresrechnung für den Geschäftsbereich nach § 42 zu. Sie/Er gibt dem Vorstand rechtzeitig eine Stellungnahme zur Prüfung der Jahresrechnung und der Betriebs- und Rechnungsführung nach § 40 Abs. 1 bezogen auf den Bereich nach § 42 ab.

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten

§ 46 Bekanntmachungen

- (1) Die Satzung, Satzungsänderungen, die Ergebnisse der Wahl des Verwaltungsrates, künftige Vereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung mit Verbindungsstellen der EU-Mitgliedstaaten und Abkommensstaaten sowie Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates werden im Bundesanzeiger und auf einer geeigneten Internetseite bekannt gemacht. Die gesetzlichen Veröffentlichungspflichten gelten fort.
- (2) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat Verfahrensregelungen zu schaffen, die sicherstellen, dass die Mitgliedskassen zeitnah über getroffene Entscheidungen informiert werden. Bekanntmachungen des Spitzenverbandes erfolgen durch Rundschreiben an die Mitgliedskassen.
- (3) Die Dienstordnung des GKV-Spitzenverbandes wird durch Aushang in den Geschäftsräumen des GKV-Spitzenverbandes bekannt gemacht.

§ 47 Inkrafttreten

- (1) Die Satzung tritt am ersten Tag nach der Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft, soweit nichts Abweichendes geregelt ist.
- (2) Die vom Verwaltungsrat am 19. November 2007 beschlossenen Änderungen zu den §§ 3, 31, 32, 36, 38, 39, 41 - 46 treten am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger, frühestens jedoch zum 1. Juli 2008 in Kraft.
- (3) Der vom Verwaltungsrat am 31. März 2009 beschlossene § 4a und die Anlage 2 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes (Finanzhilfenordnung) treten am 01. April 2009 in Kraft. Sie treten außer Kraft, wenn sich die gesetzliche Grundlage (§ 265a SGB V i. d. F. des GKV-OrgWG BGBl I 2008, 2426) ändert oder wegfällt.
- (4) Die vom Verwaltungsrat am 04. Juni 2009 beschlossene Änderung zu § 31 tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

- (5) Die vom Verwaltungsrat am 09. September 2009 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger, frühestens jedoch zum 1. Januar 2010 in Kraft.
- (6) Der vom Verwaltungsrat beschlossene § 38 a der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.
- (7) Die vom Verwaltungsrat am 23. März 2011 beschlossenen Änderungen der Satzung treten abweichend von § 47 Abs. 1 mit dem Wahlverfahren zur zweiten Amtsperiode des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes in Kraft.
- (8) Die vom Verwaltungsrat am 08. Juni 2011 beschlossene Änderung des § 4 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

Anlage 1

zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes

- Entschädigungsregelung -

Die Mitglieder der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen. Die Erstattung von Verdienstausschlag und von Beiträgen zur Sozialversicherung richtet sich nach den jeweils geltenden Vorschriften. Wenn nachfolgend Bezug sowohl auf die Mitglieder der Mitgliederversammlung als auch auf die des Verwaltungsrates genommen wird, werden diese einheitlich als Organmitglieder bezeichnet.

I.

Entschädigung für die Teilnahme an einer Sitzung der Mitgliederversammlung oder des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an einer Sitzung der Mitgliederversammlung oder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes (einschließlich der An- und Abreise) werden den Organmitgliedern bzw. im Vertretungsfall den stellvertretenden Mitgliedern folgende Entschädigungen gewährt:

A.

Erstattung der Barauslagen

(1) Tage- und Übernachtungsgeld:

Die Höhe des Tage- und Übernachtungsgeldes bestimmt sich nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder der Sozialversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Fahrtkosten:

Erstattet werden die tatsächlichen Beförderungskosten für die Hin- und Rückreise sowie Nebenkosten (z. B. Auslagen für die Fahrt von und zur Bahn, Gepäckförderung); die Organmitglieder haben selbstverantwortlich zu prüfen, welches Beförderungsmittel zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Im Einzelnen gilt:

- Bahnreisen:

Für Bahnreisende werden die Kosten für die erste Wagenklasse sowie die Kosten für die Benutzung eines Schlafwagens, jedoch unter Anrechnung dieser Kosten auf das Übernachtungsgeld, erstattet.

- Reisen mit dem PKW:

Bei Benutzung des Kraftwagens bestimmt sich die Höhe des Auslagenersatzes nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder der Sozialversicherungsträger in der jeweils gültigen Fassung.

- Flugreisen:

Bei Flugreisen sind grundsätzlich nur die tatsächlich erwachsenen Kosten für die Benutzung der Economy (Touristen-) Klasse als erforderliche Aufwendungen anzusehen.

Soweit die Mitglieder der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates in ihrer Eigenschaft als Organmitglied einen Personenkraftwagen benutzen und hierbei eine/n berufsmäßige/n Kraftfahrer/in in Anspruch nehmen oder wegen körperlicher Behinderung nicht selbst fahren können, wird für die/den Fahrer/in Tage- und Übernachtungsgeld nach Maßgabe des Absatzes 1 gezahlt.

B.

**Erstattung des Verdienstauffalls
und der Sozialversicherungsbeiträge**

- (1) Die Organmitglieder erhalten den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge der Sozialversicherungsbeiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer/innen nach der Vorschrift des SGB VI über die Beitragstragung selbst zu tragen haben (§ 41 Abs. 2 SGB IV). Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV). Wird durch schriftliche Erklärung der/des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstauffall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit 1/3 des in Satz 2 genannten Höchstbetrages zu ersetzen. Die Entschädigung wird je Kalendertag für höchstens zehn Stunden gewährt; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.
- (2) Für den Fall, dass ein/e Arbeitgebervertreter/in durch die ehrenamtliche Tätigkeit eine/n Mitarbeiter/in bzw. eine Aushilfskraft zu ihrer/seiner Vertretung benötigt, werden die nachgewiesenen entstandenen Kosten als Verdienstauffall im Sinne des § 41 Abs. 2 SGB IV anerkannt.

C.

Pauschbetrag für den Zeitaufwand bei Sitzungen

- (1) Die Organmitglieder oder ihre Stellvertreter/innen erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung als Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB IV) 70,00 €. Unabhängig von der Anzahl der Sitzungen und von Vorbesprechungen wird pro Tag nur ein Sitzungsgeld gezahlt.
- (2) Die alternierenden Verwaltungsrats- und Ausschussvorsitzenden erhalten bei Sitzungen des Verwaltungsrates bzw. des Ausschusses den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand.

D.
**Entschädigung bei der Teilnahme
an mehreren Sitzungen an einem Tag**

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen des GKV-Spitzenverbandes am selben Tage können für jeden Kalendertag jedoch insgesamt nur ein volles Tagegeld und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

II.
**Entschädigung für Mitglieder
von Ausschüssen des Verwaltungsrates**

Für die Teilnahme an Ausschusssitzungen werden Entschädigungen nach I. gewährt.

III.
**Entschädigung für Tätigkeiten
außerhalb der Sitzungen**

Jedes Verwaltungsratsmitglied, das außerhalb von Verwaltungsrats- und Ausschusssitzungen im Auftrage des Verwaltungsrates oder der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates oder der Vorsitzenden des Ausschusses tätig wird, wird nach I. entschädigt; der Pauschbetrag für Zeitaufwand richtet sich nach I. C Abs. 1 und wird nur gewährt, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Organmitglieds aufgrund eines besonderen Auftrages vorliegt.

IV.
Besondere Pauschbeträge

- (1) Folgende Entschädigungsregelungen gelten für die/den Vorsitzende/n der Mitgliederversammlung und die/den stellvertretende/n Vorsitzende/n:
Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung und die/der stellvertretende Vorsitzende erhalten für die Vorbereitung einer ordentlichen Sitzung der Mitgliederversammlung zur Wahl des Verwaltungsrates einen Pauschbetrag in Höhe von 700 €, für die Leitung der Sitzung erhält die/der Vorsitzende oder im Vertretungsfall die/der stellvertretende Vorsitzende einen Pauschbetrag von 210 €. Der Pauschbetrag gemäß I. C wird daneben nicht gezahlt.
Für ergänzende Wahlen von Verwaltungsratsmitgliedern im schriftlichen Verfahren erhält die/der Vorsitzende oder im Vertretungsfall die/der stellvertretende Vorsitzende eine Pauschale in Höhe von 210 €.
- (2) Folgende Entschädigungsregelungen gelten für die/den Vorsitzende/n und die/den alternierende/n Vorsitzende/n des Verwaltungsrates:
1. Die/Der Vorsitzende des Verwaltungsrates und die/der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand von 700 €.
 2. Die/Der Vorsitzende und die/der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag von 77 €.

Anlage 2

zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

- Finanzhilfenordnung nach § 265 a SGB V -

Der GKV-Spitzenverband erlässt auf der Grundlage von § 265 a SGB V (i. d. F. des GKV-OrgWG vom 15.12.2008, BGBl I, 2426) und § 4 a seiner Satzung die Finanzhilfenordnung nach § 265 a SGB V (FHO). Sie dient ausschließlich der Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die notwendig sind, um ein Haftungsrisiko (Schließung oder Insolvenz) abzuwenden.

§ 265 a Absatz 1 Satz 3 SGB V bestimmt die Subsidiarität der vom GKV-Spitzenverband nach der FHO organisierten kassenartübergreifenden Hilfen gegenüber den freiwilligen Hilfen von Krankenkassen, die der gleichen Kassenart angehören wie die von der Schließung oder Insolvenz bedrohte Krankenkasse. Demnach können finanzielle Hilfen nach der FHO nur erbracht werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V in ausreichender Höhe gewährt wird. Damit wird vor allem dem Umstand Rechnung getragen, dass nach den gesetzlichen Regelungen das Haftungsrisiko bei der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse in erster Linie die Krankenkassen trifft, die der gleichen Kassenart angehören wie die geschlossene oder insolvente Krankenkasse. Von daher ist es im Interesse der betroffenen Kassenart und damit vorrangig auch ihre Aufgabe, den Haftungsfall abzuwenden. Insofern müssen die Krankenkassen der betroffenen Kassenart insgesamt (§ 265 a SGB V und § 265 b SGB V) auch einen relativ höheren Beitrag zur Ermöglichung oder Erleichterung der Vereinigung leisten, als die Krankenkassen der nicht betroffenen Kassenarten. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen werden von der FHO nicht erfasst.

Dementsprechend setzt die FHO insbesondere voraus, dass Krankenkassen der betroffenen Kassenart auf der Grundlage des § 265 b SGB V ausreichende finanzielle Hilfe leisten. Der Grundsatz der Subsidiarität verlangt auch, dass bei der Finanzierung der Hilfen auf Grund der FHO besonders berücksichtigt wird, ob und in welchem Umfang sich die jeweilige Krankenkasse bereits an der freiwilligen kassenart-internen Hilfe beteiligt hat, sich damit solidarisch gegenüber allen anderen Krankenkassen gezeigt hat und so einen Beitrag dazu geleistet hat, dass die Hilfe nach § 265 a SGB V möglich ist und ein Haftungsfall verhindert wird.

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die FHO ist in sachlicher Hinsicht beschränkt auf die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die der GKV-Spitzenverband zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet.

- (2) Die FHO ist in zeitlicher Hinsicht beschränkt auf Vereinigungen von Krankenkassen, bei denen die erforderlichen Vereinigungsbeschlüsse der beteiligten Verwaltungsräte erstmalig nach dem Inkrafttreten der FHO gefasst wurden.

§ 2 Haftungsrisiken

Haftungsrisiken im Sinne von § 1 Absatz 1 sind die Schließung (§ 146 a, § 153, § 163, § 170 SGB V) und die Insolvenz (§ 171 b Absatz 1 SGB V, §§ 11, 13 ff. InsO) von Krankenkassen.

§ 3 Arten der finanziellen Hilfe

- (1) Die finanzielle Hilfe kann als Zuschuss, als Darlehen oder als eine Kombination aus Zuschuss und Darlehen gewährt werden. Finanzielle Hilfe, die als Darlehen gewährt wurde, kann in einen Zuschuss umgewandelt werden.
- (2) Die finanzielle Hilfe wird innerhalb eines Jahres ausgezahlt. Die Auszahlung beginnt frühestens fünf Monate nach der Genehmigung der Vereinigung. Die Auszahlung der finanziellen Hilfe kann in Raten erfolgen. Der im Hilfeförderungsbescheid festgesetzte Auszahlungsmodus kann geändert werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die Auszahlung auch auf mehrere Jahre verteilt werden. § 14 Absatz 1 bleibt in jedem Fall unberührt.

§ 4 Voraussetzung der finanziellen Hilfe

Finanzielle Hilfe kann nur gewährt werden, wenn ein schriftlicher Antrag der antragsberechtigten Aufsichtsbehörde vorliegt (§ 5), der die Anforderungen des § 6 erfüllt und wenn die in § 7 und § 8 aufgestellten Voraussetzungen und Pflichten erfüllt sind und die Finanzierung der finanziellen Hilfe (§§ 10 ff) sichergestellt ist.

§ 5 Antragsberechtigung

Der Antrag auf Gewährung finanzieller Hilfe kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden, die für die Krankenkasse zuständig ist (§ 90 SGB IV), deren Schließung oder Insolvenz durch die Vereinigung vermieden werden soll (bedrohte Krankenkasse).

§ 6 Antrag der Aufsichtsbehörde

- (1) Die Gewährung finanzieller Hilfe setzt einen schriftlichen Antrag der antragsberechtigten Aufsichtsbehörde (Aufsichtsbehörde) voraus.

- (2) In dem Antrag hat die Aufsichtsbehörde darzulegen, warum ihrer Ansicht nach das Haftungsrisiko nur durch die Vereinigung der bedrohten Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse und nur durch die Inanspruchnahme finanzieller Hilfe nach der FHO abgewendet werden kann.

§ 7

Ausreichende finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V

- (1) Finanzielle Hilfe kann nur erbracht werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V in ausreichender Höhe gewährt wird (§ 265 a Absatz 1 Satz 3 SGB V) und ihre vertragliche Durchsetzung hinreichend (z.B. durch vollstreckungsfähige Finanzierungszusagen) gesichert ist.
- (2) Die finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V ist ausreichend, wenn sie für jeden Antrag (§ 6) mindestens 3 % des zwölffachen des Betrages beträgt, den der Zuweisungsbescheid des Bundesversicherungsamtes an monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen der Kassenart ausweist, der auch die bedrohte Krankenkasse angehört (kassenartspezifische Zuweisung). Maßgebend ist der zum Zeitpunkt der Antragstellung jüngste in die Zukunft wirkende Zuweisungsbescheid des Bundesversicherungsamtes. Die Zuweisungen an die bedrohte Krankenkasse werden bei der Ermittlung der ausreichenden Höhe nicht berücksichtigt.
- (3) Als finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V gelten die Beträge, die nach der Stellung des Antrages (§ 6) gewährt werden. Angerechnet werden auch die Beträge, die innerhalb der letzten vier Monate vor der Antragstellung – jedoch nicht vor dem 01.01.2009 – gewährt oder gezahlt wurden.
- (4) Die finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V muss jeweils spätestens zum Zeitpunkt der Entscheidung des Vorstandes (§ 9 Absatz 1) zur Finanzierung der jeweiligen Vereinigung unwiderruflich, endgültig und ohne Rückzahlungsverpflichtung zur Verfügung stehen. Der GKV-Spitzenverband kann die Gewährung der finanziellen Hilfe von entsprechenden Garantien abhängig machen.
- (5) Finanzielle Hilfen im Sinne der Absätze 1 bis 4 sind ausschließlich Zuschüsse. Insbesondere Darlehen und Sachmittel sind keine finanziellen Hilfen im Sinne der Absätze 1 bis 4.
- (6) Dem GKV-Spitzenverband sind die nach § 265 b Absatz 2 SGB V genehmigten Verträge vorzulegen. Er kann von den Vertragspartnern (Satz 1) verlangen, dass diese ihm gegenüber erklären, dass zu den Verträgen nach § 265 b Absatz 2 SGB V keine weiteren, diese ergänzenden, ändernden oder aufhebenden Vereinbarungen bestehen. Wird die geforderte Erklärung nicht innerhalb einer angemessenen Frist abgegeben, liegt keine ausreichende Hilfe nach § 65 b SGB V vor. Gleiches gilt bei Zweifeln über die Auslegung der Verträge nach § 265 b SGB V, sofern diese auch nach Aufforderung an die Vertragsparteien nicht ausgeräumt wurden.

§ 8

Notwendigkeit und Umfang der Hilfestellung

- (1) Die finanzielle Hilfe wird in dem Umfang gewährt, der unter Berücksichtigung der ausreichenden Hilfe nach § 265 b SGB V (§ 7) notwendig ist, um durch die Ermöglichung oder Erleichterung der Vereinigung das Haftungsrisiko abzuwenden (Hilfebetrug).
- (2) Die finanzielle Hilfe ist in dem Umfang notwendig, durch den die Vereinigung ermöglicht oder erleichtert wird und dadurch die Schließung oder die Insolvenz der bedrohten Krankenkasse prognostisch betrachtet vermieden werden kann. Dazu muss die Leistungsfähigkeit der durch die Vereinigung entstehenden Krankenkasse auf Dauer gewährleistet sein.
- (3) Zur Feststellung des Hilfebetrages sind die Aufsichtsbehörde, die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen und die Vertragspartner nach § 265 b SGB V (§ 7 Absatz 6 Satz 2) verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband alle Auskünfte zu erteilen und Daten zu übermitteln, die seiner Ansicht nach zur Beurteilung des Hilfebedarfes und des Hilfebetrages notwendig sind.
- (4) Zur Ermittlung des Hilfebetrages kann der GKV-Spitzenverband sachverständige Dritte beauftragen. Ihnen gegenüber gilt die Verpflichtung nach Absatz 3 entsprechend. Die Kosten der Beauftragung haben die an der (geplanten) Vereinigung beteiligten Krankenkassen zu tragen. Sie sind Gesamtschuldner im Sinne des § 421 BGB. Die Kosten können mit dem gewährten Hilfebetrug (§ 9) verrechnet werden.

§ 9

Entscheidung über die Gewährung finanzieller Hilfe

- (1) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entscheidet durch einen Hilfestellungsbescheid über die Gewährung der finanziellen Hilfe. Zu der Entscheidung gehört unter anderem die Festlegung der Art der finanziellen Hilfe (§ 3 Absatz 1 Satz 1), die Umwandlung von Darlehen in Zuschüsse (§ 3 Absatz 1 Satz 2), die Auszahlungsmodalitäten (§ 3 Absatz 2), der Umfang der finanziellen Hilfe (§ 8) und ihre Finanzierung (§ 10). Er hat dazu die Beschlussfassung des Verwaltungsrates einzuholen. Für die Beschlussfassung des Verwaltungsrates gilt § 33 Absatz 2 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes.
- (2) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes kann sich zur Vorbereitung seiner Entscheidung von sachverständigen Dritten beraten lassen. § 8 Absatz 4 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.
- (3) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes soll über den Antrag auf Hilfestellung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen (§ 6) und der weiteren entscheidungserheblichen Daten entscheiden.

- (4) Adressat des Hilfgewährungsbescheides ist die neu entstandene Krankenkasse. Vor Wirksamwerden der Vereinigung sind die Vereinigungspartner Adressaten des Hilfgewährungsbescheides. Empfänger des Hilfebetrages ist entweder die bedrohte Krankenkasse oder die Vereinigungspartner oder die durch die Vereinigung entstandene neue Krankenkasse. Die Aufsichtsbehörde erhält eine Kopie des Hilfgewährungsbescheides.
- (5) Die Gewährung der finanziellen Hilfe ist im Hilfgewährungsbescheid mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. Wird die finanzielle Hilfe in Form eines Darlehens gewährt, wird das Nähere über die Darlehensgewährung in einem Vertrag mit den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen vereinbart.
- (6) Die Gewährung der finanziellen Hilfe kann von weiteren Bedingungen abhängig gemacht werden. Die Hilfgewährung kann insbesondere mit Nebenbestimmungen im Sinne des § 32 SGB X verbunden werden, die zur Sicherstellung der Vereinigung oder zur Abwendung von Haftungsrisiken auch nach der Vereinigung zweckmäßig sind. Die Gewährung und die Auszahlung von Hilfen sind mindestens davon abhängig zu machen, dass die bei Antragstellung durch die Aufsichtsbehörde angestrebte Vereinigung wirksam wird. Der Hilfgewährungsbescheid ist zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen des § 7 nicht mehr vorliegen.

§ 10

Finanzierung der finanziellen Hilfen (Umlagen)

- (1) Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes (Krankenkassen) sind mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkassen verpflichtet, nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit differenzierte Umlagen zur Finanzierung des Hilfebetrages (§ 8) zu zahlen. Die (Nicht-) Beteiligung an den finanziellen Hilfen nach § 265 b SGB V wird bei der Umlageerhebung angemessen berücksichtigt (§ 265 a Absatz 3 SGB V).
- (2) Die bedrohte Krankenkasse wird zu der Finanzierung des Hilfebetrages nicht herangezogen.
- (3) Der GKV-Spitzenverband erhebt die nach Leistungsfähigkeit differenzierte Umlage (Umlage) gegenüber den Krankenkassen durch Umlagebescheide. Dabei wird die Umlage gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich nur mit einem Umlagebescheid im Ganzen erhoben und geltend gemacht. Den so erhobenen Umlagebetrag kann der GKV-Spitzenverband zur Schonung der Liquidität der Krankenkassen auch in Raten einfordern. In diesem Fall enthält der Umlagebescheid sowohl die Höhe der jeweiligen Teilzahlungen als auch die jeweiligen festen Zahlungstermine.
- (4) Im Fall der mehrjährigen Auszahlung des Hilfebetrages (§ 3 Absatz 2 Satz 5) erlässt der GKV-Spitzenverband einen Grundlagenbescheid, mit dem die Krankenkassen jeweils dem Grunde nach zur Zahlung der Umlage verpflichtet werden. Der Grundlagenbescheid enthält die Zahlungstermine. Die Höhe des zu den Zahlungsterminen fälligen Umlagebetrages wird jeweils unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Zahlungstermine bestehenden Leistungs-

higkeit festgelegt (§ 12 Absatz 3). Die nach Satz 3 festgelegte Umlagehöhe wird den Krankenkassen spätestens sechs Wochen vor dem jeweiligen Zahlungstermin mitgeteilt. Mit dem Grundlagenbescheid kann bereits die erste Teilzahlung geltend gemacht werden. Für die erste Teilzahlung gilt § 12 Absatz 2 entsprechend.

- (5) Der in den Umlagebescheiden (Absatz 3) festgelegte Finanzierungsplan (Absatz 3 Satz 3 und 4) kann sowohl hinsichtlich der Zahlungstermine als auch hinsichtlich der Teilbeträge geändert werden. Gleiches gilt für die im Grundlagenbescheid (Absatz 4) festgelegten Zahlungstermine.
- (6) Die auf die einzelne Krankenkasse entfallende Umlage ist innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Umlagebescheides an den GKV-Spitzenverband zu überweisen. Bei Teilzahlungen (Absatz 3 Satz 3 und 4) und bei der mehrjährigen Auszahlung des Hilfebetrages (Absatz 4) ergibt sich die Fälligkeit aus den in den Umlagebescheiden (Absatz 3) bzw. Grundlagenbescheiden (Absatz 4) angegebenen Zahlungsterminen. Bei einer Änderung nach Absatz 5 sind die dann festgelegten Zahlungstermine maßgeblich. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung als erfolgt. Nach Ablauf der Zahlungsfrist (Satz 1) bzw. der Zahlungstermine (Satz 2 und 3) ist die Krankenkasse in Verzug. Sie hat dem GKV-Spitzenverband dann insbesondere die Kosten zu erstatten, die ihm dadurch entstehen, dass er den nicht bezahlten Anteil an der Umlage (z.B. durch die Aufnahme eines Darlehens) zwischenfinanziert, um die finanzielle Hilfe zu gewähren. Es werden keine Verzugszinsen berechnet.

§ 11 Datengrundlagen

Der GKV-Spitzenverband kann von den Krankenkassen zum Zwecke der Durchführung der Finanzierung Auskünfte und Nachweise verlangen. Sie sind innerhalb von drei Wochen nach schriftlicher Anforderung durch den GKV-Spitzenverband an diesen zu liefern. Liegen die Nachweise nicht fristgemäß vor oder sind sie fehlerhaft oder unvollständig, kann der GKV-Spitzenverband die Höhe der Umlageverpflichtung auf Grund verfügbarer oder geschätzter Daten verbindlich festsetzen.

§ 12 Leistungsfähigkeit der Krankenkasse

- (1) Maßstab für die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse ist die ausgezahlte Prämie nach § 242 SGB V und der erhobene bzw. nicht erhobene Zusatzbeitrag. Nicht monatlich gezahlte Prämien oder erhobene Zusatzbeiträge werden auf den Monat umgerechnet. Dabei ist maßgeblich, für welchen Zeitraum eine Prämie ausgezahlt bzw. ein Zusatzbeitrag erhoben wird („Für-Prinzip“).
- (2) Bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgeblich.

- (3) Bei einer auf mehrere Jahre verteilten Auszahlung des erforderlichen Hilfebetrages (§ 3 Absatz 2 Satz 5, § 10 Absatz 4), wird die Leistungsfähigkeit der an der Finanzierung beteiligten Krankenkassen in den Folgejahren jeweils anhand der zum 1.6. festgestellten ausgezahlten Prämie, dem erhobenen bzw. nicht erhobenen Zusatzbeitrag und bestehenden Mitgliederzahlen neu festgestellt. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 13

Berechnung der Umlage

- (1) Die Berechnung der Umlagen erfolgt linear degressiv auf der Grundlage der kassenindividuellen Leistungsfähigkeit aller an der Finanzierung beteiligten Krankenkassen (§ 10 Absätze 1 und 2). Dabei ist die Leistungsfähigkeit und damit die Umlage umso höher, je niedriger der Zusatzbeitrag oder je höher die ausgeschüttete Prämie nach § 242 SGB V ist. Eine ausgeschüttete Prämie entspricht rechnerisch einem negativen Zusatzbeitrag.

Ausgangspunkt der Umlageberechnung ist die Formel:

Umlagebetrag je Mitglied und Monat = $4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}$.

Danach ergibt sich bei einem Zusatzbeitrag von 8 Euro ein Umlagebetrag von Null € je Mitglied.

Mit dieser Formel wird erreicht, dass eine günstigere Krankenkasse stärker belastet wird als eine teurere Krankenkasse, jedoch in keinem Fall um monatlich mehr als 0,50 € pro Mitglied bei einem um 1 Euro geringeren Zusatzbeitrag. Damit wird sichergestellt, dass die zwischen den Krankenkassen bestehenden Wettbewerbsunterschiede durch die Heranziehung zur Finanzierung des Hilfebetrages nicht zu stark nivelliert werden. Solange mit dieser Ausgangsformel rechnerisch ein Umlagevolumen realisiert wird, das ausreicht, um den Hilfebetrag zu finanzieren, werden die Krankenkassen, deren Zusatzbeitrag 8 Euro oder mehr beträgt, generell nicht zur Finanzierung des Hilfebetrages herangezogen. Dadurch wird bei einem ausreichenden Finanzierungspotenzial vermieden, dass eine Krankenkasse aufgrund der Finanzierung des Hilfebetrages einen Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro erheben muss und damit zu einer Einkommensprüfung nach § 242 Absatz 1 Satz 3 SGB V gezwungen wird. Ist das Finanzierungspotenzial nach dieser Formel allerdings nicht ausreichend, sind unter den Voraussetzungen und nach Maßgabe von Absatz 6 gegebenenfalls auch Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag von 8 Euro und mehr an der Finanzierung zu beteiligen.

- (2) Krankenkassen, die sich an der Finanzierung der ausreichenden finanziellen Hilfe nach § 265 b SGB V (§ 7) beteiligt haben (betroffener Hilfeverbund), werden zur Finanzierung des Hilfebetrages nur zu 50% der je Mitglied an sich zu zahlenden Umlage (Absatz 3 Satz 1) herangezogen (Absatz 3 Satz 3). Damit wird die Beteiligung an der ausreichenden finanziellen Hilfe nach § 265 b SGB V angemessen berücksichtigt. Zum betroffenen Hilfeverbund gehört nach einer Vereinigung von Krankenkassen anteilig auch die neue Krankenkasse (§ 144 Absatz 4 SGB V), sofern sich mindestens eine ihrer Rechtsvorgängerin-

nen an der Aufbringung der ausreichenden finanziellen Hilfen nach § 265 b SGB V beteiligt hat. Dabei gilt für die Ermittlung der Zahlungsverpflichtung § 171 a Absatz 2 Satz 3 SGB V entsprechend. Die Sätze 3 und 4 gelten auch dann, wenn die neue Krankenkasse nach einer kassenartübergreifenden Vereinigung einer anderen Kassenart angehört.

- (3) Für Krankenkassen, die nicht dem betroffenen Hilfeverbund angehören (Rest-GKV), wird die Formel nach Absatz 1 jeweils kassenindividuell je Mitglied und Monat wie folgt angewandt:

$$\text{Umlagebetrag}_{\text{Rest-GKV}} = 4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag.}$$

Ist der mit dieser Formel ermittelte kassenindividuelle (vorläufige) Umlagebetrag negativ, so wird er auf Null gesetzt.

Für Krankenkassen, die dem betroffenen Hilfeverbund angehören, wird dagegen die Formel nach Absatz 1 jeweils kassenindividuell je Mitglied und Monat wie folgt angewandt:

$$\text{Umlagebetrag}_{\text{Hilfeverbund}} = (4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) \times 50\%.$$

Ist der mit dieser Formel ermittelte kassenindividuelle (vorläufige) Umlagebetrag negativ, so wird er auf Null gesetzt.

Die nach den Sätzen 1 bis 4 ermittelten Umlagebeträge sind Zwischenergebnisse, um zu bestimmen, ob nach einer Multiplikation nach Absatz 4 zur Finanzierung des Hilfebetrages eine Volumen Anpassung nach Absatz 5 oder Absatz 6 durchzuführen ist.

- (4) Nach der Berechnung der vorläufigen Umlagebeträge wird ermittelt, welches Umlagevolumen mit dem Berechnungsschritt nach Absatz 3 über alle an der Finanzierung beteiligten Krankenkassen geschöpft werden kann. Hierfür werden die nach Absatz 3 ermittelten Umlagebeträge je Mitglied mit der Mitgliederzahl der jeweiligen Krankenkasse und mit 12 multipliziert (Jahreswert). Diese Jahreswerte werden über alle an der Finanzierung beteiligten Krankenkassen summiert (Finanzierungspotenzial).

Im Falle von Vereinigungen von Krankenkassen, bei denen für mindestens einen der Vereinigungspartner zum Zeitpunkt der erneuten Feststellung der Leistungsfähigkeit (§ 12 Absatz 3) noch Zahlungsverpflichtungen aus der Beteiligung an der ausreichenden finanziellen Hilfe (§ 7) bestehen, wird der Anteil der Mitglieder, der nach § 171 a Absatz 2 SGB V dem betroffenen Hilfeverbund zugerechnet wird, mit dem Umlagebetrag_{Hilfeverbund} multipliziert. Für den Restanteil der Mitglieder wird mit dem Umlagebetrag_{Rest-GKV} multipliziert.

- (5) Ist das nach Absatz 4 ermittelte Finanzierungspotenzial höher als der zu finanzierende Hilfebetrag (im Ausnahmefall der Auszahlung über mehrere Jahre: der für das jeweilige Jahr benötigte Teilbetrag), so wird der erforderliche Korrekturfaktor (KF) wie folgt ermittelt:

$KF = \text{erforderlicher Hilfebetrag} / \text{Finanzierungspotenzial nach Absatz 4.}$

Anschließend erfolgt die Ermittlung der tatsächlichen kassenindividuellen Umlage wie folgt: Für jede Krankenkasse wird der (vorläufige) Jahreswert nach Absatz 4 mit dem Korrekturfaktor multipliziert. Die tatsächliche Belastung vermindert sich dabei für alle Krankenkassen proportional zum Korrekturfaktor. Für Krankenkassen, deren Zusatzbeitrag 8 Euro oder mehr beträgt, ist der vorläufige Umlagebetrag gleich Null. Sie leisten auch nach Berücksichtigung des Korrekturfaktors keinen Umlagebetrag. Krankenkassen, die dem Hilfeverbund angehören, zahlen auch nach Anwendung des Korrekturfaktors je Mitglied unverändert 50 % der von den übrigen Krankenkassen nach kassenindividueller Leistungsfähigkeit tatsächlich zu zahlenden Umlage. Das kassenindividuelle Umlagevolumen beträgt somit

für die Rest-GKV: $[(4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) \times \text{Mitgliederzahl} \times 12] \times KF$

und

für den Hilfeverbund: $[(4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) \times 50 \% \times \text{Mitgliederzahl} \times 12] \times KF.$

Das Ergebnis wird für jede Krankenkasse in Euro mit zwei Nachkommastellen festgestellt. Es wird kaufmännisch gerundet. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

- (6) Ist das nach Absatz 4 ermittelte Finanzierungspotenzial niedriger als der zu finanzierende Hilfebetrag (im Ausnahmefall der Auszahlung über mehrere Jahre: der für das jeweilige Jahr benötigte Teilbetrag), wird folgendes Verfahren angewendet: Da keine Krankenkasse durch die Umlage um mehr als 0,50 Euro je Mitglied höher belastet werden soll, als die Mitglieder einer um 1 Euro teureren Krankenkasse, muss der ermittelte Fehlbetrag durch einen für alle Krankenkassen der Rest-GKV und alle Krankenkassen des betroffenen Hilfeverbundes jeweils gleichen Erhöhungsbetrag je Mitglied aufgebracht werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen im betroffenen Hilfeverbund im Ergebnis nur 50 % des an sich je Mitglied aufzubringenden Betrages zahlen. Der einheitliche Aufschlag je Mitglied, mit dem die Differenz zwischen dem Hilfebetrag und dem Finanzierungspotenzial aufgebracht werden soll, wird iterativ (in einem schrittweisen Verfahren) ermittelt. Für jede Krankenkasse ist zu prüfen, ob die Formel

$$\text{Umlagebetrag}_{\text{Rest-GKV}} = (4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) + \text{einheitlicher Aufschlag}$$

Oder

$$\text{Umlagebetrag}_{\text{Hilfeverbund}} = [(4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) + \text{einheitlicher Aufschlag}] \times 50 \%$$

zu einem negativen Umlagebetrag führt. Ist dies der Fall, so wird der Umlagebetrag je Mitglied für die betreffende Krankenkasse auf Null gesetzt.

Das tatsächliche, iterativ ermittelte kassenindividuelle Umlagevolumen beträgt somit

$$\text{Umlagevolumen}_{\text{Rest-GKV}} = [(4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) + \text{einheitlicher Aufschlag}] \times \text{Mitgliederzahl} \times 12$$

bzw.

$$\text{Umlagevolumen}_{\text{Hilfeverbund}}:$$

$$= [(4 - 0,5 \times \text{Zusatzbeitrag}) + \text{einheitlicher Aufschlag}] \times 50 \% \times \text{Mitgliederzahl} \times 12.$$

Der einheitliche Aufschlag wird mit so viel Nachkommastellen ermittelt, dass der zu finanzierende Hilfebetrag exakt gedeckt ist. Das Ergebnis wird für jede Krankenkasse in Euro mit zwei Nachkommastellen festgestellt. Es wird kaufmännisch gerundet.

Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

- (7) Krankenkassen, die sich nicht an der freiwilligen Aufbringung ausreichender finanzieller Hilfen nach § 265 b SGB V beteiligt haben, zahlen den Umlagebetrag, den sie nach kassenindividueller Leistungsfähigkeit wie alle Krankenkassen aufzubringen haben, die nicht dem betroffenen Hilfeverbund angehören (Rest-GKV). Dies entspricht der Umlage der Krankenkassen der Rest-GKV. Zusätzlich zahlen sie je Mitglied einen weiteren Finanzierungsbeitrag, der dem höchsten Umlagebetrag je Mitglied entspricht, der zur Finanzierung der ausreichenden Hilfe nach § 265 b SGB V freiwillig geleistet wird, zuzüglich eines Aufschlags von 20 % (zusätzlicher Finanzierungsbeitrag). Bei Vereinigungen von Krankenkassen, bei denen mindestens eine der Rechtsvorgängerinnen zum Zeitpunkt der Gewährung der freiwilligen Hilfen nach § 265 b SGB V noch der Kassenart des Hilfeverbundes angehörte und sich nicht an der freiwilligen Aufbringung ausreichender finanzieller Hilfen beteiligt hat, wird von der vereinigten Krankenkasse für den Anteil der Mitglieder, der nach § 171 a Absatz 2 Satz 3 SGB V der betroffenen Kassenart zugerechnet wird, ein dem Satz 3 entsprechender zusätzlicher Finanzierungsbeitrag erhoben. Für den Fall, dass in den nach § 7 Absatz 6 vorzulegenden Verträgen keine Differenzierung nach der Leistungsfähigkeit getroffen wird, sind die gleichen Beträge je Mitglied zu Grunde zu legen.

- (8) Der zusätzliche Finanzierungsbeitrag, den die in Absatz 7 genannten Krankenkassen zur Finanzierung des Hilfebetrages leisten, mindert den Finanzierungsbeitrag der übrigen Krankenkassen des betroffenen Hilfeverbands grundsätzlich um einen für alle gleichen Prozentsatz. Leisten weniger als zwei Krankenkassen des Hilfeverbandes einen Finanzierungsbeitrag zur Hilfe nach § 265 a SGB V wird der zusätzliche Finanzierungsbeitrag an die Krankenkassen des Hilfeverbandes verteilt. Die Verteilung erfolgt nach den Anteilen, mit denen diese Krankenkassen zur Finanzierung der freiwilligen Hilfe nach § 265 b SGB V in ausreichender Höhe beigetragen haben.

§ 14

Aus- und Rückzahlungen

- (1) Die Auszahlung der nach den §§ 8 und 9 gewährten finanziellen Hilfen ist von der Sicherstellung ihrer Finanzierung und der Erfüllung der weiteren nach dem Hilfgewährungsbescheid auferlegten Auflagen und Bedingungen abhängig.
- (2) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes prüft die Einhaltung der Auflagen und Bedingungen und entscheidet in Abhängigkeit davon über Auszahlungen und Rückforderungen. Eine vollständige Rückforderung bereits geleisteter finanzieller Hilfen findet insbesondere dann statt, wenn der Hilfgewährungsbescheid nach § 9 Absatz 6 Satz 4 zurückgenommen bzw. widerrufen wird. Näheres regeln die Bestimmungen des Hilfgewährungsbescheids.
- (3) In dem Rückzahlungsbescheid werden die zurückzuzahlenden Beträge sofort fällig gestellt. Verzugszinsen können entsprechend § 288 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 BGB geltend gemacht werden. Von der Hilfe empfangenden Krankenkasse rechtskräftig zurückgezahlte Hilfen werden an die Krankenkassen unverzüglich in dem Verhältnis der Finanzierung zurückgezahlt. Dies gilt auch für erlangte Zinszahlungen.
- (4) Bei einer finanziellen Hilfe in Form eines Darlehens werden die Tilgungsleistungen an die Krankenkassen unverzüglich in dem Verhältnis zurückgezahlt, das sie jeweils an der Finanzierung des Gesamtdarlehensvolumens hatten. Gleiches gilt für eventuelle Zinsleistungen der bedrohten Krankenkasse.

Anlage 3

zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Ermittlung der Sitze und der Stimmgewichtung der Kassenarten im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

§ 1

Sitzverteilung zwischen den Kassenarten

- (1) Die Ermittlung der Sitzverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes erfolgt unter Berücksichtigung der in § 217c SGB V bzw. § 26 Abs. 1 der Satzung genannten Grundsätze, wobei sicherzustellen ist, dass jede Kassenart Vertreter in den Verwaltungsrat entsendet (für paritätisch besetzte Kassenarten mindestens zwei Vertreter, für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen jeweils ein gemeinsamer Versicherten- und Arbeitgebervertreter). Der Begriff „Kassenarten“ bezieht sich im Folgenden auch auf die von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen gebildete Gruppe.
- (2) Auszuwählen ist dabei die Sitzverteilung mit den geringsten über alle Kassenarten durchschnittlichen quadrierten Abweichungen zwischen den Versichertenanteilen nach KM 1 und den Sitzanteilen (geringste Varianz).

§ 2

Stimmenverteilung zwischen den Kassenarten

- (1) Die Ermittlung der Stimmenverteilung erfolgt unter Berücksichtigung der in § 217c SGB V bzw. § 26 Abs. 2 der Satzung genannten Grundsätze.
- (2) Wegen der paritätischen Aufteilung im gesamten Verwaltungsrat wird eine gerade Stimmenanzahl zugrunde gelegt. Die Stimmenzahl wird auf maximal 100 Zählstimmen beschränkt. Es ist sicherzustellen, dass jede Kassenart tatsächlich Stimmen erhält.
- (3) Auszuwählen ist die Stimmverteilung mit der geringsten Varianz analog zu § 1 Abs. 2 unter Beachtung der in Abs. 1 und 2 genannten Vorgaben.

§ 3

Sitzverteilung zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern innerhalb der Kassenarten

- (1) Der prozentuale Anteil der Versicherten der paritätisch besetzten Ersatzkassen an den Versicherten der Ersatzkassen insgesamt wird ermittelt und halbiert. Dieser halbierte Anteil wird mit den auf die Ersatzkassen entfallenden Sitzen multipliziert und kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundet der Arbeitgeberseite zugeschrieben. Die übrigen Sitze der Ersatzkassen entfallen auf die Versichertenvertreter.

- (2) Für alle anderen Kassenarten wird die auf die jeweilige Kassenart entfallende Gesamtzahl der Sitze jeweils hälftig der Versicherten- und Arbeitgeberseite zugeschrieben.

§ 4

Stimmenverteilung zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern innerhalb der Kassenarten

- (1) Der prozentuale Anteil der Versicherten der paritätisch besetzten Ersatzkassen an den Versicherten der Ersatzkassen insgesamt wird ermittelt und halbiert. Dieser halbierte Anteil wird mit den auf die Ersatzkassen entfallenden Stimmen multipliziert und kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundet der Arbeitgeberseite zugeschrieben. Die übrigen Stimmen der Ersatzkassen entfallen auf die Versichertenvertreter.
- (2) Die Anzahl der nach Abzug der für die Ersatzkassen ermittelten Arbeitgeberstimmen verbleibenden Arbeitgeberstimmen wird durch die Anzahl der insgesamt für den Verwaltungsrat verbleibenden Stimmen geteilt. Dieser Anteil wird für jede weitere Kassenart mit den jeweils in § 2 ermittelten Stimmen multipliziert und kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundet der Arbeitgeberseite zugeschrieben. Die Anzahl der nach Abzug der für die weiteren Kassenarten jeweils ermittelten Arbeitgeberstimmen von den Gesamtstimmen der jeweiligen Kassenart wird der jeweiligen Versichertenseite zugeschrieben.

§ 5

Rechnerische Ermittlung der Stimmgewichte

Nach Festlegung der Sitz- und Stimmverteilung für jede Kassenart nach den §§ 1 und 2 sowie der Aufteilung von Sitzen und Stimmen nach Versicherten- und Arbeitgeberseite nach den §§ 3 und 4 werden die Stimmgewichte als Bruch ermittelt, indem die Anzahl der Stimmen ins Verhältnis zur Anzahl der Sitze gesetzt wird.