Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Fassung vom 18. Juni 2007
vom Bundesministerium für Gesundheit am 3. Juli 2007 genehmigt
zuletzt geändert am 9. September 2026

In der Fassung der Änderungen vom

19.11.2007, 27.05.2008, 18.02.2009,
31.03.2009, 04.06.2009, 09.09.2009,
09.06.2010, 23.03.2011, 08.06.2011,
05.02.2012, 04.06.2014, 03.09.2014,
10.12.2014, 02.12.2015, 22.03.2017,
28.06.2017, 15.11.2017, 28.11.2018,
19.03.2019, 17.06.2020, 02.09.2020,
(08.01.2021)*, 01.12.2021, (10.12.2021)*
22.03.2023, (11.04.2023)*, 14.06.2023,
(28.06.2023)*, 31.08.2023, 28.11.2024

Vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt am

15.05.2008, 26.06.2008, 14.09.2009,
22.09.2009, 01.03.2010, 14.07.2010,
17.06.2011, 24.06.2011, 18.03.2013,
08.07.2014, 26.09.2014, 25.02.2015,
27.04.2016, 12.07.2016, 05.05.2017,
10.08.2017, 23.01.2018, 25.01.2019,
22.05.2019, 12.03.2021, 27.01.2022,
06.06.2023, 30.08.2023, 26.10.2023,
17.12.2024, 09.09.2026

* Schriftliche Abstimmung

Erster Abschnitt: Organisation **6**
§ 1 Name, Sitz und Rechtsform 6
§ 2 Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 6
Zweiter Abschnitt: Aufgaben **6**
§ 3 Aufgaben 6
§ 3a Beteiligung der Krankenkassen an den Erstattungsbetragsverhandlungen gemäß § 130b SGB V 7
§ 3b Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen sowie zur Verteilung und Verwaltung der Mittel für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a Absatz 7 Satz 6 SGB V 8
§ 4 Abwicklung im Fall von Schließungen, Auflösungen und Insolvenzen von Krankenkassen, Darlehensaufnahme 9
§ 4a Vorübergehende finanzielle Hilfen (§ 164 SGB V i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBI. I, 604) 10
§ 4b Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen 10
Dritter Abschnitt: Organe **11**
§ 5 Organe des GKV-Spitzenverbandes 11
Vierter Abschnitt: Mitgliederversammlung **11**
§ 6 Zusammensetzung der Mitgliederversammlung 11
§ 7 Aufgaben der Mitgliederversammlung 12
§ 8 Zusammentritt der Mitgliederversammlung 12
§ 9 Beschlussfähigkeit, Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung 12
§ 10 Ehrenamt und Entschädigung 12
§ 11 Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der/des stellvertretenden Vorsitzenden 13
§ 12 Wahl des Verwaltungsrates 14
§ 13 Form, Frist und Inhalt der Vorschlagslisten 15
§ 14 Listenvertreter/innen 16
§ 15 Voraussetzungen der Wählbarkeit in den Verwaltungsrat 17
§ 16 Listenänderung und Listenergänzung 17
§ 17 Rücknahme von Vorschlagslisten und Einzelvorschlägen 18
§ 18 Zulassung der Vorschlagslisten 18
§ 19 Form 19
§ 20 Ablauf der Wahlgänge 19
§ 21 Stimmabgabe 19
§ 22 Schluss der Wahlhandlung 19
§ 23 Ungültige Stimmen, Enthaltungen 20
§ 24 Ermittlung des Wahlergebnisses 20
§ 25 Bekanntmachung des Ergebnisses der Wahl zum Verwaltungsrat 20
Fünfter Abschnitt: Verwaltungsrat **21**
§ 26 Mitglieder des Verwaltungsrates 21

§ 27 Ehrenamt und Entschädigung 24
§ 28 Amtsübernahme, Amtsdauer und Haftung 24
§ 29 Vorsitz des Verwaltungsrates 24
§ 30 Geschäftsordnung des Verwaltungsrates 25
§ 31 Aufgaben des Verwaltungsrates 25
§ 32 Sitzungen des Verwaltungsrates 27
§ 33 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung 28
§ 34 Ausschüsse des Verwaltungsrates 29

Sechster Abschnitt: Vorstand 29
§ 35 Vorstand 30
§ 36 Aufgaben des Vorstandes 30
§ 37 Lenkungs- und Koordinierungsausschuss 30

Siebenter Abschnitt: Aufbringung und Verwaltung der Mittel 31
§ 38 Aufbringung und Verwaltung der Mittel 31
§ 38a Unterstützung bei der Abwicklung von gemeinsam zu finanzierenden Aufgaben 32

Achter Abschnitt: Haushalts- und Rechnungswesen 33
§ 39 Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen 33
§ 40 Prüfung der Jahresrechnung, der Betriebs- und Rechnungsführung sowie der Geschäftsführung 33

Neunter Abschnitt: Verbindungsstelle 33
§ 41 Grundlagen 33
§ 42 Aufgaben 34
§ 43 Grundsätze der Geschäftsführung 34
§ 44 Widerspruchsstelle, Einspruchsstelle 34
§ 45 Zusammenarbeit mit dem Vorstand 34

Zehnter Abschnitt: Bekanntmachungen und Inkrafttreten 34
§ 46 Bekanntmachungen 35
§ 47 Inkrafttreten 35

Anlage 1 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 38
I. Entschädigung für die Teilnahme an einer Sitzung der Mitgliederversammlung oder des Verwaltungsrates 38
A. Erstattung der Barauslagen 38
B. Erstattung des Verdienstausfalls und der Sozialversicherungsbeiträge 39
C. Pauschbetrag für den Zeitaufwand bei Sitzungen 39
D. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag 39
E. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten 39
II. Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates 40

III. Entschädigung für Tätigkeiten außerhalb der Sitzungen 40
IV. Besondere Pauschbeträge 40

Anlage 2 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 41
§ 1 Anwendungsbereich 41
§ 2 Haftungsrisiken 41
§ 3 Arten der finanziellen Hilfen 41
§ 4 Voraussetzung der finanziellen Hilfe 42
§ 5 Antragsberechtigung 42
§ 6 Antrag der Aufsichtsbehörde 42
§ 7 Notwendigkeit und Umfang der Hilfegewährung nach § 1 Satz 1 Nr. 1 42
§ 8 Notwendigkeit und Umfang der Hilfegewährung nach § 1 Satz 1 Nr. 2 43
§ 9 Beauftragung von sachverständigen Dritten 43
§ 10 Entscheidung über die Gewährung finanzieller Hilfe 43
§ 11 Finanzierung der finanziellen Hilfen (Umlagen) 44
§ 12 Datengrundlagen 45
§ 13 Leistungsfähigkeit der Krankenkasse 46
§ 14 Berechnung der Umlage 46
§ 15 Aus- und Rückzahlungen 48

Anlage 3 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 49
§ 1 Sitzverteilung zwischen den Kassenarten 49
§ 2 Stimmenverteilung zwischen den Kassenarten 49
§ 3 Sitzverteilung zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern innerhalb der Kassenarten 49
§ 4 Stimmenverteilung zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern innerhalb der Kassenarten 50
§ 5 Rechnerische Ermittlung der Stimmgewichte 50

Anlage 4 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 51
§ 1 Abfrage der teilnehmenden Krankenkassen 51
§ 2 Liste der Reihenfolge der Teilnahme von Krankenkassen 51
§ 3 Zuordnung der Verhandlungen 52
§ 4 Information über die Zuordnung und die Verhandlungstermine 52
Illustration des Verfahrens zur Erstellung der Liste nach § 2 Absatz 1: 54

Anlage 5 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 61
§ 1 Dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse 61
§ 2 Frühwarnsystem des GKV-Spitzenverbandes 62
§ 3 Stufe 1 des Frühwarnsystems 62
§ 4 Leistungsfähigkeit gefährdet 63
§ 5 Stufe 2 des Frühwarnsystems 63
§ 6 Dauerhafte Leistungsfähigkeit bedroht 64

Anlage 6 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes 65

§ 1	Abfrage bei den Landesarbeitsgemeinschaften	65
§ 2	Fachliche Beratung des Arbeitsprogramms	65
§ 3	Fachliche Abstimmung des Arbeitsprogramms und der Finanzplanung	65
§ 4	Feststellung des Arbeitsprogramms, der Finanzplanung und der Verteilung ggf. verfügbarer Restfinanzmittel	66

Erster Abschnitt: Organisation

§ 1 Name, Sitz und Rechtsform

(1) Die Krankenkassen bilden nach § 217a Absatz 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 Absatz 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>).

(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 Benchmarkings 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.

§ 3a Beteiligung der Krankenkassen an den Erstattungsbetragsverhandlungen gemäß § 130b SGB V

(1) Der GKV-Spitzenverband vereinbart nach § 130b SGB V Erstattungsbeträge für die in dieser Vorschrift genannten Arzneimittel (Verhandlungen). An den Verhandlungen soll jeweils ein Vertreter einer Krankenkasse teilnehmen (§ 130b Absatz 1 Satz 2 SGB V).

(2) Das Nähere zur Teilnahme an den Verhandlungen regelt die Anlage 4. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung. Der GKV-Spitzenverband setzt dieses Verfahren bis spätestens zum 01.01.2015 um. Zur Verhandlung in diesem Sinne gehören die Verhandlungstermine entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 130b Absatz 9 SGB V sowie das Schiedsstellenverfahren (§ 130b Absatz 4 SGB V). An diesem Schiedsstellenverfahren kann die von der Krankenkasse entsandte Fachkraft (Absatz 4) als Parteivertreterin teilnehmen.

(3) Der GKV-Spitzenverband informiert die Krankenkasse unverzüglich schriftlich über die ihr zugeordnete Verhandlung unter Angabe des Arzneimittels, für das der Erstattungsbetrag vereinbart werden soll und über die Verhandlungstermine. In Fällen, in denen ein Anhaltspunkt für eine Interessenkollision einer Krankenkasse im Hinblick auf die ihr zugeordnete Verhandlung bestehen, informiert diese Krankenkasse unverzüglich den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband entscheidet, ob eine Interessenkollision besteht. Im Fall einer von ihm angenommenen Interessenkollision teilt er das der betroffenen Krankenkasse mit.

(4) Die einer Verhandlung eines Erstattungsbetrages zugeordnete Krankenkasse entsendet einen mit Fragen der Arzneimittelversorgung befassten Beschäftigten oder ein Mitglied des Vorstandes (im Folgenden nur noch „Fachkraft“). Für den Fall, dass die entsandte Fachkraft an einem Verhandlungstermin verhindert ist, benennt die der Verhandlung zugeordnete Krankenkasse eine weitere Fachkraft als Stellvertreterin. Andere Stellvertretungen sind unzulässig. Das Nähere ist in der Anlage 4 geregelt. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Eine Interessenkollision liegt insbesondere vor, wenn private oder persönliche Interessen der Fachkraft ihre unparteiische und objektive Mitwirkung beeinträchtigen oder beinträchtigen können. Private oder persönliche Interessen umfassen jeden möglichen Vorteil für die Fachkraft selbst, ihre Familie/Lebenspartner, sonstige Verwandte oder andere ihr

nahestehende Personen. Ein Interessenkonflikt kann deshalb auch dann vorliegen, wenn eine Institution oder Person, in deren finanzieller Abhängigkeit die Fachkraft oder eine andere ihr nahestehende Person stehen, durch eine aus der Verhandlung möglicherweise resultierendes Ergebnis bevorteilt wäre. Der GKV-Spitzenverband entscheidet, ob eine Interessenkollision besteht. In diesem Fall entsendet die Krankenkasse eine andere Fachkraft oder verzichtet auf die Teilnahme.

(5) Die von einer Krankenkasse zur Teilnahme an der jeweiligen Verhandlung entsandte Fachkraft erhält rechtzeitig alle für die Verhandlungen erforderlichen Unterlagen. Sie ist zur Vertraulichkeit über den Gang der Verhandlung und die im Rahmen der Verhandlung bekannt gewordenen Unterlagen und Tatsachen verpflichtet. Die Vertraulichkeit ist auch gegenüber Beschäftigten, Mitarbeitern und ehrenamtlich Tätigen der jeweiligen Krankenkasse zu wahren. Der Bericht der entsandten Fachkraft gegenüber dem Vorstand der zugeordneten Krankenkasse ist zulässig. Die entsandte Fachkraft und im Vertretungsfall ihr Stellvertreter geben schriftlich jeweils vor Beginn des für sie ersten Verhandlungstermins eine vom GKV-Spitzenverband formulierte Vertraulichkeitserklärung ab. Der Vorstand der zugeordneten Krankenkasse ist ebenfalls zur Vertraulichkeit im Umfang der Sätze 2 und 3 und der abgegebenen Vertraulichkeitserklärung verpflichtet. Er gibt ebenfalls vor Beginn des ersten Verhandlungstermins eine vom GKV-Spitzenverband formulierte Vertraulichkeitserklärung ab. Ein Verstoß gegen das Vertraulichkeitsgebot kann zu einem Ausschluss der Krankenkasse von der Teilnahme an den weiteren Verhandlungen für das Arzneimittel führen. Der GKV-Spitzenverband entscheidet darüber durch Vorstandsbeschluss.

(6) Die von einer Krankenkasse zur Teilnahme an der jeweiligen Verhandlung entsandte Fachkraft bringt Informationen, praktische Erfahrungen und Einschätzungen aus dem operativen Geschäft der Krankenkasse in die Verhandlung ein. Sie hält sich an die gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband festgelegte Verhandlungslinie und unterstützt diese. Die entsandte Fachkraft kann durch Vorstandsbeschluss von der Teilnahme an den weiteren Verhandlungsterminen für das betreffende Arzneimittel ausgeschlossen werden, wenn sie von der festgelegten Verhandlungslinie abweicht. Der GKV-Spitzenverband allein verantwortet das Aufgabengebiet der Erstattungsbetragsverhandlungen. Er ist insbesondere für die Vertretung und Darstellung des Verhandlungsergebnisses zuständig und verantwortlich.

(7) Erscheint zu einem Verhandlungstermin trotz Einladung keine Fachkraft der einer Verhandlung zugeordneten Krankenkasse, bricht die Fachkraft die Verhandlung ab oder wird sie von der Verhandlung ausgeschlossen, kann gleichwohl verhandelt werden.

§ 3b Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen sowie zur Verteilung und Verwaltung der Mittel für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a Absatz 7 Satz 6 SGB V

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben in jedem Land gemeinsam bei einem der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen oder dem Verband der Ersatzkassen Arbeitsgemeinschaften (Landesarbeitsgemeinschaften) zu

bilden, die die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20a Absatz 1 und 2 SGB V mit der Erbringung von Leistungen bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V unterstützen. Der GKV-Spitzenverband seinerseits unterstützt die Landesarbeitsgemeinschaften durch seine Aufgaben nach § 20a Absatz 4 SGB V. Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften und der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes wenden die Krankenkassen den nach § 20a Absatz 7 Sätze 1 und 2 SGB V gesetzlich festgelegten Anteil ihrer Aufwendungen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auf und stellen diesen Betrag dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung. Für das Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen des GKV-Spitzenverbandes für seine Aufgaben nach § 20a Absatz 4 SGB V, den Schlüssel der Verteilung des nach Abzug seiner Ausgaben verbleibenden Teils der zur Verfügung gestellten Mittel auf die Landesarbeitsgemeinschaften sowie die Verwaltung der Mittel gelten die nachfolgenden Regelungen.

(2) Das Nähere zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen des GKV-Spitzenverbandes für seine Aufgaben nach § 20a Absatz 4 SGB V regelt die Anlage 6. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.

(3) Der nach Abzug der Ausgaben und Aufwendungen des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 2 verbleibende Teil der zur Verfügung gestellten Mittel nach Absatz 1 Satz 3 wird zu

- 50 v.H. nach dem Verhältnis der im jeweiligen Land der Landesarbeitsgemeinschaft wohnenden Versicherten nach der amtlichen Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres zu der Gesamtanzahl der Versicherten nach der amtlichen Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres und

- 50 v.H. nach dem „German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)“ des Robert Koch-Instituts (in seiner jeweils zum Zeitpunkt der Berechnung aktuellen verfügbaren Fassung)

auf die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften verteilt; das Nähere regelt die Anlage 6. Bei der Verteilung nach Versichertenanteilen bleiben Versicherte mit Wohnsitz im Ausland außer Betracht.

(4) Für die Verwaltung und Aufbringung der Mittel gilt § 38a in Verbindung mit § 38 in entsprechender Anwendung mit der Maßgabe, dass die Umlage – abweichend von § 38 Absatz 4 Satz 2 – einmal jährlich spätestens bis zum 20. Januar des Jahres erhoben wird. Die Auszahlung der Mittel an die Landesarbeitsgemeinschaften erfolgt zum 25. Januar des Jahres.

§ 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.

§ 4a Vorübergehende finanzielle Hilfen (§ 164 SGB V i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBI. I, 604)

(1) Der GKV-Spitzenverband kann vorübergehende finanzielle Hilfen gewähren, um zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtete Vereinigungen zu erleichtern bzw. zu ermöglichen oder um die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

(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 bzw. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit erhalten werden soll.

(3) Der GKV-Spitzenverband macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Mittel und Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Die Finanzierungsbeteiligung gilt gleichermaßen für die Hilfe empfangende Krankenkasse bei einer Finanzhilfe nach § 164 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Näheres über Voraussetzungen, Art, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Anlage 2. Sie ist Bestandteil der Satzung.

§ 4b Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband nimmt die Aufgaben nach § 163 SGB V i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBI. I, 604 wahr. Er hat die Verfahrensordnung nach § 163 Absatz 2 SGB V der genannten Gesetzesfassung in Anlage 5 veröffentlicht.

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. Die 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/ihres 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 Versichertenvertreter/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 Absatz 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 stellvertretenden Vorsitzenden

§ 11 Wahl der/des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und der/des stellvertretenden 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 erfolgt in der Regel in elektronischer Form.

(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 Krankenkasse 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 Krankenkasse (im Folgenden auch: Mitgliedergruppe) für die von diesen gemeinsam in den Verwaltungsrat zu wählenden Versicherten- und Arbeitgebervertreter, sowie der weiteren Kassenarten bis spätestens drei Wochen vor dem Tag der Mitgliederversammlung einzureichen.

(3) Mit der Einladung ist darauf hinzuweisen, dass jede Mitgliedskasse bis spätestens zwei 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 Absatz 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 Absatz 3 Satz 2 SGB V mit Kandidatinnen bzw. Kandidaten für ihre Kassenart (geeinigte Listen) getrennt nach Vertreterinnen bzw. Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils getrennt nach deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern erstellt werden. Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 % weibliche und 40 % männliche Kandidatinnen und Kandidaten zu enthalten. Außerdem muss eine geeinigte Liste 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 geeinigten 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 geeinigte 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 geeinigten Liste nach Absatz 1 Satz 1 bevollmächtigen. Die Bevollmächtigung ist der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung bei Einreichung der Liste nachzuweisen.

(3) Kommt eine geeinigte Liste einer Kassenart nicht zustande, kann jede Mitgliedskasse der Kassenart nach § 217c Absatz 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 drei Wochen und die Vorschläge nach Absatz 3 sind spätestens zwei Wochen vor dem Wahltag bei der/beim Vorsitzenden der Mitgliederversammlung einzureichen. Den geeinigten Listen und den Einzelvorschlägen

sind in elektronischer Form Angaben zur Person der Kandidatinnen und der Kandidaten und zu ihrer bisherigen Tätigkeit (insbesondere in der Sozialversicherung) beizufügen. Der/Die Vorsitzende der Mitgliederversammlung kann die Angaben zur Person in geeigneter Weise zusammenfassen.

(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 Absatz 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 der Landwirtschaftlichen Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Absatz 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. Sie sind eigenhändig zu unterschreiben. Bei Erklärungen, die gemeinsam abzugeben sind, müssen alle erforderlichen Unterschriften unmittelbar aufeinander folgen. Zur Wahrung von Fristen können die Erklärungen auch elektronisch übermittelt werden, wenn die Originale unverzüglich nachgereicht werden.

(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 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.

(2) 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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. Diese beträgt für die geeinigten Listen fünf Arbeitstage und für die Einzelvorschläge drei Arbeitstage. 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 Absatz 4 Satz 2 eingereichten Unterlagen informieren. Diese Information erfolgt in der Regel in elektronischer Form.

(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 Absatz 4 nicht mehr erreicht wird.

(4) Die/Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung teilt jeder/jedem Vertreter/in der geeinigten Liste unverzüglich schriftlich in der Regel auch in elektronischer Form (z. B. per E-Mail) 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 in elektronischer Form übermittelt werden.

§ 20 Ablauf der Wahlgänge

(1) Für die Wahl des Verwaltungsrates wird ein elektronisches Wahlverfahren eingesetzt. Der Wahlausschuss kann bestimmen, dass hiervon im Einzelfall abgewichen wird.

(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 Absatz 4. Alle Arbeitgebervertreter/innen der verschiedenen Kassenarten wählen jeweils die zu wählenden Arbeitgebervertreter/innen nach § 26 Absatz 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 der Landwirtschaftlichen Krankenkasse insoweit Sitze zustehen; weniger Stimmen können abgegeben werden. Im Fall der persönlichen Stellvertretung nach § 13 Absatz 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 selbst 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) Nicht abgegebene Stimmen gelten als Enthaltungen und werden wie diese nicht berücksichtigt (§ 64 Absatz 2 SGB IV; einfache Abstimmungsmehrheit).

§ 24 Ermittlung des Wahlergebnisses

(1) Die Auszählung der Stimmen wird von der/dem 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 Absatz 4 SGB V.

Der Faktor für das Gewicht der Stimme nach § 217c Absatz 5 SGB V kann auf zwei Stellen nach dem Komma gerundet werden. Gewählt ist, wer die höchste der nach § 217c Absatz 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 Absatz 4 und § 217c Absatz 5 SGB V i. V. m. § 13 Absatz 1 Satz 7 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 Absatz 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 Krankenkasse paritätisch Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter zu wählen sind (§ 217c Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 1 SGB V),

- für Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, nur Versichertenvertreter zu wählen sind (§ 217c Absatz 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 Absatz 1 Satz 6 SGB V), wobei die Verteilung der Sitze zur größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart führen muss (§ 217c Absatz 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 Absatz 2 Satz 3 SGB V),

- die Stimmgewichtung zur größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart nach § 217c Absatz 1 Satz 6 SGB V führen muss (§ 217c Absatz 2 Satz 4 SGB V).

(3) Die Vorgaben nach den Absatz 1 und 2 werden durch das in Anlage 3 beschriebene Verfahren umgesetzt.

(4) Aus der Berechnung nach den Absatz 1 bis 3 und der Anlage ergibt sich für die 4. Wahlperiode die folgende Sitzverteilung: Der Verwaltungsrat hat 51 Mitglieder. Davon werden für

- die Allgemeinen Ortskrankenkassen
  9 Versichertenvertreter/innen und 9 Arbeitgebervertreter/innen,

- die Ersatzkassen
  15 Versichertenvertreter/innen und 4 Arbeitgebervertreter/innen,

- die Betriebskrankenkassen
  4 Versichertenvertreter/innen und 4 Arbeitgebervertreter/innen,

- die Innungskrankenkassen
  2 Versichertenvertreter/innen und 2 Arbeitgebervertreter/innen,

- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftliche Krankenkasse
  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 Absatz 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) 1. 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 5. 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 drei Wochen einen einvernehmlichen Vorschlag für die Nachbesetzung der freigewordenen Position einzureichen. Es gelten die Bestimmungen gemäß § 13 Absatz 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 und erfüllt die/der Kandidat/in die Wählbarkeitsvoraussetzungen, stellt der Verwaltungsrat im Benehmen mit der/dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung durch Beschluss fest, dass die/der Vorgeschlagene als gewählt gilt und benachrichtigt hiervon das neue Mitglied und die betroffene Kassenart.

2. 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 4, § 13 Absatz 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 gewählten

- Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit jeweils zehn Neunteln und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters jeweils mit zweiundzwanzig Neunteln,

- Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Ersatzkassen mit jeweils sechsundzwanzig Fünfzehnteln und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters mit jeweils sieben Vierteln,

- Versichertenvertreterin bzw. Versichertenvertreters der Betriebskrankenkassen mit jeweils 1 und die einer Arbeitgebervertreterin bzw. eines Arbeitgebervertreters mit jeweils neun Vierteln,

- 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 Krankenkasse mit 1 und die der gemeinsamen Arbeitgebervertreterin bzw. des Arbeitgebervertreters mit 1 gewichtet.

(10) Nach der Hälfte einer Wahlperiode wird die Stimmgewichtung im Verwaltungsrat entsprechend den 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 den

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 Absatz 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 so lange 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.

(4) Für die Haftung der Verwaltungsratsmitglieder gilt § 42 Absatz 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 Absatz 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.

(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.

(5) Der Verwaltungsrat kann seinen Vorsitzenden oder dessen alternierenden Vorsitzenden abberufen, wenn bestimmte Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder des Verwaltungsrates zu der Amtsführung des Vorsitzenden oder des alternierenden Vorsitzenden ausschließen, insbesondere wenn der Vorsitzende oder der alternierende Vorsitzende seine Pflicht als Willensvertreter des Verwaltungsrates oder seine Informationspflichten gegenüber dem Verwaltungsrat verletzt hat. Für die Abberufung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich. Mit dem Beschluss über die Abberufung muss der Verwaltungsrat gleichzeitig einen Nachfolger für den Vorsitzenden und den alternierenden Vorsitzenden wählen. Die Amtszeit der abberufenen Vorsitzenden oder des abberufenen alternierenden Vorsitzenden endet mit der Abberufung.

§ 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 § 42 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 Vorstandaufgaben 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) Der Verwaltungsrat kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über Angelegenheiten der Körperschaft verlangen. Der Bericht ist rechtzeitig und in der Regel schriftlich zu erstatten. Das Recht nach Satz 1 kann auch mit einem Viertel der abgegebenen Stimmen im Verwaltungsrat geltend gemacht werden.

(4) Der Verwaltungsrat erhält zu seiner Information jährlich einen Bericht über die Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften, an denen der GKV-Spitzenverband beteiligt ist (§ 219 Absatz 3 SGB V). Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjähr ist dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen.

(5) 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.

(6) 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.

(1a) Sitzungen des Verwaltungsrates können mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung als hybride Sitzungen stattfinden. Mitglieder, die per Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen, gelten als anwesend. Hybride Sitzungen sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen und bei Vorstandswahlen. In außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Pandemie mit Kontaktbeschränkungen, Mobilitätseinschränkungen) oder in besonders eiligen Fällen können Sitzungen des Verwaltungsrates vollständig digital als Videokonferenz stattfinden. Die oder der Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt im Einvernehmen mit der oder dem alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates den Ausnahmefall oder die Eilbedürftigkeit nach Satz 4 fest. Es ist sicherzustellen, dass die technischen Anforderungen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die ordnungsgemäße Durchführung einer hybriden oder vollständig digitalen Sitzung eingehalten werden. Bei technischen Störungen, die nachweislich im Verantwortungs- und Einflussbereich des GKV-Spitzenverbandes liegen, darf die Sitzung nicht fortgesetzt werden. Sonstige technische Störungen sind unbeachtlich. Eine Videokonferenz findet nicht statt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht. Bei öffentlichen hybriden oder vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen.

(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. 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 Absatz 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 Absatz 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) Abstimmungen erfolgen in der Regel nicht geheim. Eine geheime Abstimmung findet nur in besonderen Angelegenheiten statt. Über haftungsrelevante Abstimmungsgegenstände stimmt der Verwaltungsrat in namentlicher Abstimmung ab. Haftungsrelevante Abstimmungsgegenstände liegen insbesondere bei Abstimmungen über den Abschluss privatrechtlicher Verträge oder über die Geltendmachung von Forderungen vor, soweit der Abschluss oder die Geltendmachung in den Zuständigkeitsbereich des Verwaltungsrats fällt.

(3) Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden grundsätzlich mit der Mehrheit der abgegebenen und gemäß § 26 Absatz 9 gewichteten Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(4) Einer Mehrheit von 70 % der gemäß § 26 Absatz 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.

(5) In außergewöhnlichen Notsituationen, die die Durchführung einer Präsenzsitzung oder einer hybriden Sitzung ausschließen oder in besonders eiligen Fällen kann der Verwaltungsrat schriftlich ohne Sitzung abstimmen. Die oder der Vorsitzende des Verwaltungsrates stellt im Einvernehmen mit der oder dem alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates den Ausnahmefall oder die Eilbedürftigkeit nach Satz 1 fest. Eine schriftliche Abstimmung ohne Sitzung wird nicht durchgeführt, wenn im Fall der außergewöhnlichen Situation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates und in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.

(5a) In hybriden und vollständig digitalen Sitzungen sind Abstimmungen und Wahlen möglich. Die oder der Vorsitzende des Verwaltungsrates entscheidet im Einvernehmen mit der oder dem alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, ob die Stimmabgabe per Handzeichen oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt. Es ist sicherzustellen, dass bei digitalen Beschlussfassungen die technischen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Technische Störungen bei der Stimmabgabe, die nicht im Verantwortungs- und Einflussbereich des GKV-Spitzenverbandes liegen, sind unbeachtlich. Sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne das betroffene Mitglied gefassten Beschlusses.

(6) Der Verwaltungsrat hat seine Beschlüsse nachvollziehbar zu begründen. Er hat seine Sitzungen zu protokollieren. Der Verwaltungsrat kann ein Wortprotokoll verlangen. Die Sitzungsniederschrift wird 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 Absatz 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 Lenkungs- und Koordinierungsausschuss

Beim GKV-Spitzenverband wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss gebildet. Er hat die im Gesetz (§ 217b Absatz 5 und 6 SGB V) bestimmten Rechte und Pflichten. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satzes 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des

Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im GKV-Spitzenverband gewählt. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann sich im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat eine Geschäftsordnung geben.

Siebenter 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.

Wird eine Mitgliedskasse mit Wirkung zum 31.12. eines Jahres geschlossen, besteht für sie keine Umlagepflicht für das Folgejahr. Ein an sie bereits gerichteter Umlagebescheid für das Folgejahr wird zurückgenommen und von ihr schon gezahlte Umlagen werden zurückerstattet. Der entstandene Fehlbetrag wird auf die verbleibenden Mitgliedskassen nach Maßgabe des Absatzes 2 Sätze 2 bis 4 und Absatz 3 aufgeteilt.

Wird die Schließung einer Mitgliedskasse während eines Jahres wirksam, verbleibt es bei der vollen Umlagepflicht für das betreffende Jahr.

(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. Die 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 Bestimmungen 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 Absatz 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Die Sonderumlagen müssen innerhalb eines Monates nach Bekanntgabe des Bescheides auf dem Konto des GKV-Spitzenverbandes eingehen, sofern das Gesetz oder die vertragliche Vereinbarung nichts anderes bestimmen.

(3) Ergibt sich aus dem Gesetz oder der vertraglichen Vereinbarung die Leistung von Abschlägen für eine Abrechnungsperiode zur Finanzierung einer Verpflichtung der Krankenkassen im Sinne des Absatz 1 Satz 1 mit jeweiliger Schlussrechnung, werden die entsprechenden Umlagen wie folgt erhoben:

Die Abschläge oder eventuelle Nachzahlungen im Rahmen der Schlussrechnung werden spätestens 14 Kalendertage vor dem im Vertrag oder Gesetz genannten Zahlungstermin fällig, wenn sich aus dem Gesetz oder der vertraglichen Vereinbarung nichts anderes ergibt. Eventuelle Rückzahlungen an die Krankenkassen werden spätestens 14 Tage nach dem im Vertrag oder Gesetz genannten Zahlungstermin fällig, sofern die Rückzahlung an den GKV-Spitzenverband zu diesem Zeitpunkt bereits vollständig erfolgt ist.

Regelt das Gesetz oder die vertragliche Vereinbarung nicht den Verteilungsmaßstab für die Erhebung der Abschläge für die jeweilige Abrechnungsperiode, gilt § 38 Absatz 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Für die Nachzahlungen und Rückzahlungen im Rahmen der Schlussrechnung bleibt der für die Abschläge gültige Verteilungsmaßstab maßgeblich.

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 Absatz 1 und 5, §§ 72 bis 77 Absatz 1 und 1a, §§ 78 und 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a, für das Vermögen die §§ 80 bis 83 und 85 des SGB IV sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V und für die Verwendung der Mittel § 305b SGB V entsprechend. 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 für das abgelaufene Jahr bis zum 01.10. des Folgejahres auf, legt sie der Aufsichtsbehörde vor 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 Absatz 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 bis d SGB V insbesondere die nachfolgenden Aufgaben:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe und Durchführung des Datenaustauschs in grenzüberschreitenden Fällen,
5. Aufklärung, Beratung und Information,
6. Wahrnehmung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle nach der Richtlinie 2011/24/EU.

§ 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 Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 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 Absatz 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 BGBI 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 Absatz 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.

(9) Die vom Verwaltungsrat am 05. Dezember 2012 beschlossene Änderung des § 42 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(10) Die vom Verwaltungsrat am 05. Dezember 2012 beschlossene Änderung des § 38 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(11) Die vom Verwaltungsrat am 05. Dezember 2012 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger, frühestens jedoch zum 1. Januar 2013 in Kraft.

(12) Die vom Verwaltungsrat am 04. Juni 2014 beschlossene Änderung des § 42 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(13) Der vom Verwaltungsrat am 03. September 2014 beschlossene § 3a und die Anlage 4 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes treten am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(14) Die vom Verwaltungsrat am 03. September 2014 beschlossene Änderung des § 26 Absatz 9 der Satzung tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

(15) Die vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2014 beschlossene Änderung des § 4 und des § 4 Absatz 4 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(16) Die vom Verwaltungsrat am 10. Dezember 2014 beschlossene Anpassung der Finanzhilfenordnung des GKV-Spitzenverbandes nach § 265a SGB V (Anlage 2 der Satzung) tritt am 01. Januar 2015 in Kraft.

(17) Die vom Verwaltungsrat am 02. Dezember 2015 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger, frühestens jedoch zum 01. Januar 2016 in Kraft.

(18) Die vom Verwaltungsrat am 22. März 2017 beschlossenen Änderungen der Satzung treten abweichend von § 47 Absatz 1 mit dem Wahlverfahren zur dritten Amtsperiode des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes in Kraft.

(19) Der vom Verwaltungsrat am 28. Juni 2017 beschlossene § 38a Absatz 3 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(20) Die vom Verwaltungsrat am 15. November 2017 beschlossenen Änderungen der Satzung treten am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(21) Der vom Verwaltungsrat am 28. November 2018 beschlossene § 33 Absatz 2 tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(22) Die vom Verwaltungsrat am 19. März 2019 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt mit Wirkung zum 01. Januar 2019 in Kraft.

(23) Die vom Verwaltungsrat am 17. Juni 2020 beratene und im schriftlichen Verfahren am 24. Juni 2020 beschlossene Neufassung der Finanzhilfenordnung (FHO) des GKV-Spitzenverbandes (Anlage 2 der Satzung) infolge der Rechtsänderungen durch das Faire-Kassenwahl-Gesetz tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(24) Der vom Verwaltungsrat am 17. Juni 2020 beratene und im schriftlichen Verfahren am 24. Juni 2020 beschlossene § 4 b und die Anlage 5 zur Satzung infolge der

Rechtsänderungen durch das Faire-Kassenwahl-Gesetz treten am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(25) Die vom Verwaltungsrat am 17. Juni 2020 beratene und im schriftlichen Verfahren am 24. Juni 2020 beschlossene Änderung des § 26 Absatz 9 der Satzung tritt am 01. Januar 2021 in Kraft.

(26) Die vom Verwaltungsrat am 02. September 2020 beratene und im schriftlichen Verfahren am 09. September 2020 beschlossene Änderung des § 37 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(27) Die vom Verwaltungsrat am 01. Dezember 2021 beratene und im schriftlichen Verfahren am 10. Dezember 2021 beschlossene Änderung des § 33 der Satzung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(28) Die vom Verwaltungsrat am 1. Dezember 2021 beratene und im schriftlichen Verfahren am 10. Dezember 2021 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt am ersten Tag nach der Bekanntgabe im Bundesanzeiger, frühestens jedoch zum 01. Januar 2022 in Kraft.

(29) Die vom Verwaltungsrat am 22. März 2023 beratenen und im schriftlichen Verfahren am 11. April 2023 beschlossenen Änderungen der Satzung treten abweichend von § 47 Absatz 1 mit dem Wahlverfahren zur vierten Amtsperiode des Verwaltungsrates GKV-Spitzenverbandes in Kraft.

(30) Die vom Verwaltungsrat am 14. Juni 2023 beratene und im schriftlichen Verfahren am 28. Juni 2023 beschlossene Änderung der Finanzhilfenordnung (FHO) des GKV-Spitzenverbandes (Anlage 2 zur Satzung) tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(31) Die vom Verwaltungsrat am 31.August 2023 beschlossene Ergänzung der Satzung GKV-Spitzenverbandes um einen neuen § 3b einschließlich einer neuen Anlage 6 tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.“

(32) Die vom Verwaltungsrat am 31. August 2023 beschlossene Änderung tritt am ersten Tag nach Bekanntgabe im Bundesanzeiger in Kraft.

(33) Die vom Verwaltungsrat am 28. November 2024 beschlossene Änderung der Entschädigungsregelung (Anlage 1 zur Satzung) tritt mit Wirkung vom 01. Januar 2025 in Kraft.

Anlage 1 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

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

Die Mitglieder der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen. Die Erstattung von Verdienstausfall 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 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 Verdienstausfalls und der Sozialversicherungsbeiträge

(1) Die Organmitglieder erhalten den tatsächlich entgangenen regelmäßigen Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beträge der Sozialversicherungsbeiträge, die sie als ehrenamtlich tätige Arbeitnehmer/innen nach der Vorschrift des SGB VI über die Beitragstragung selbst zu tragen haben (§ 41 Absatz 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 Verdienstausfall 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 Verdienstausfall im Sinne des § 41 Absatz 2 SGB IV anerkannt.

C. Pauschbetrag für den Zeitaufwand bei Sitzungen

(1) Die Organmitglieder und ihre Stellvertreter/innen erhalten für jeden Kalendertag einer Sitzung als Pauschbetrag für Zeitaufwand (§ 41 Absatz 3 Satz 1 SGB IV) 104,00 €. Virtuelle oder hybride Beratungen sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.
(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.

E. Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Organmitgliedern und ihren Stellvertreter/innen mit Familien und Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen gemäß § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der jeweils

gültigen Fassung zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder und pflegebedürftige Personen nach § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG.

II. Entschädigung für Mitglieder von Ausschüssen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Ausschusssitzungen werden unabhängig von deren Form 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 Absatz 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 der ordentlichen Sitzung der Mitgliederversammlung zur Wahl des Verwaltungsrates das 10-fache des Pauschbetrages für Zeitaufwand gemäß I. C, für die Leitung der Sitzung erhält die/der Vorsitzende oder im Vertretungsfall die/der stellvertretende Vorsitzende den 3-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Der Pauschbetrag für jeden Kalendertag einer Sitzung 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 den 3-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß I. C.

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 monatlich für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen das 10-fache des Pauschbetrages für Zeitaufwand gemäß I. C.
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 81 €.

Anlage 2 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Vorübergehende finanzielle Hilfen – Finanzhilfeverordnung nach § 164 SGB V

Der GKV-Spitzenverband erlässt auf der Grundlage von § 164 SGB V (i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBl. I, 604) und § 4a seiner Satzung die Finanzhilfenordnung nach § 164 SGB V (FHO). Sie dient ausschließlich der Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die notwendig sind, um ein Haftungsrisiko (Schließung oder Insolvenz) abzuwenden sowie dem Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen insbesondere durch Überbrückung von Liquiditätsengpässen.

§ 166 SGB V (i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBl. I, 604) bestimmt, dass alle Krankenkassen bei der Verteilung der Haftungssummen im Falle einer Auflösung, Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen heranzuziehen sind. Deshalb werden nach § 164 SGB V auch alle Krankenkassen, unter angemessener Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit, bei der Finanzierung vorübergehender finanzieller Hilfen herangezogen, die notwendig sind, um Haftungsrisiken abzuwenden.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse wird von der FHO nicht erfasst.

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die FHO ist in sachlicher Hinsicht beschränkt auf die Gewährung finanzieller Hilfen, die der GKV-Spitzenverband zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zu ermöglichen oder zu erleichtern und
2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen insbesondere durch Überbrückung von Liquiditätsengpässen zu erhalten.

(2) Die FHO ist in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, dass die Anträge der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach dem Inkrafttreten der FHO gestellt bzw. gefasst wurden.

§ 2 Haftungsrisiken

Haftungsrisiken im Sinne von § 1 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind die Schließung (§ 159 SGB V) und die Insolvenz (§ 160 SGB V, §§ 11, 13 ff. InsO) von Krankenkassen.

§ 3 Arten der finanziellen Hilfen

(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. Bei Vereinigungen beginnt die Auszahlung frühestens mit dem Tag des Wirksamwerdens der Vereinigung. Die Auszahlung der finanziellen Hilfe kann in Raten erfolgen. Der im Hilfegewährungsbescheid festgesetzte

Auszahlungsmodus kann geändert werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die Auszahlung auch auf mehrere Jahre verteilt werden. § 15 Absatz 1 bleibt in jedem Fall unberührt.

§ 4 Voraussetzung der finanziellen Hilfe

(1) 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 oder § 8 aufgestellten Voraussetzungen und Pflichten erfüllt sind und die Finanzierung der finanziellen Hilfe (§§ 11 ff.) sichergestellt ist.

(2) Finanzielle Hilfe kann zur Verhinderung der Schließung oder bei drohender Zahlungsunfähigkeit einer Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 SGB V enthält, nur gewährt werden, wenn der Trägerbetrieb seiner Haftungsverpflichtung nach § 166 Absatz 2 Satz 4 SGB V nachweislich nachgekommen 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 eine Vereinigung vermieden oder deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit erhalten 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 oder nur durch die Inanspruchnahme der finanziellen Hilfe nach der FHO die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der bedrohten Krankenkasse erhalten werden kann.

§ 7 Notwendigkeit und Umfang der Hilfegewährung nach § 1 Satz 1 Nr. 1

(1) Die finanzielle Hilfe wird in dem Umfang gewährt, der notwendig ist, um durch die Ermöglichung oder Erleichterung der Vereinigung das Haftungsrisiko abzuwenden (Hilfebetrag).

(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 und die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen 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.

§ 8 Notwendigkeit und Umfang der Hilfegewährung nach § 1 Satz 1 Nr. 2

(1) Die finanzielle Hilfe wird in dem Umfang gewährt, der notwendig ist, um die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse, insbesondere durch die Überbrückung von Liquiditätsengpässen, zu erhalten (Hilfebetrag).

(2) Die finanzielle Hilfe ist in dem Umfang notwendig, durch den die Zahlungsunfähigkeit und drohende Zahlungsunfähigkeit gemäß §§ 17 Absatz 2, 18 Absatz 2 InsO vermieden wird und damit die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse erhalten werden kann.

(3) Zur Feststellung des Hilfebetrages sind die Aufsichtsbehörde und die gemäß Antrag auf Finanzhilfe als Finanzhilfeempfänger benannte Krankenkasse 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.

§ 9 Beauftragung von sachverständigen Dritten

Zur Ermittlung des Hilfebetrages gemäß §§ 7 und 8 kann der GKV-Spitzenverband sachverständige Dritte beauftragen. Ihnen gegenüber gilt die Verpflichtung nach §§ 7 und 8 Absätze 3 entsprechend. Die Kosten der Beauftragung haben die Finanzhilfeempfängerkassen zu tragen. Bei einer Hilfegewährung nach § 7 sind sie Gesamtschuldner im Sinne des § 421 BGB. Die Kosten können mit dem gewährten Hilfebetrag (§ 10) verrechnet werden.

§ 10 Entscheidung über die Gewährung finanzieller Hilfe

(1) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entscheidet durch einen Hilfegewährungsbescheid 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 (§§ 7 und 8) und ihre Finanzierung (§ 11). Er hat dazu die Beschlussfassung des Verwaltungsrates einzuholen. Für die Beschlussfassung des Verwaltungsrates gilt § 33 Absatz 3 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes.

(2) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes kann sich zur Vorbereitung seiner Entscheidung von sachverständigen Dritten beraten lassen. § 9 gilt entsprechend.

(3) Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes soll über den Antrag auf Hilfegewährung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen (§ 6) und der weiteren entscheidungserheblichen Daten entscheiden.

(4) Adressat des Hilfegewährungsbescheides sowie Empfänger des Hilfebetrages ist die im Antrag ausgewiesene Finanzhilfeempfängerkasse oder die nach Vereinigung neu entstandene Krankenkasse. Vor Wirksamwerden der Vereinigung sind die Vereinigungspartner Adressaten des Hilfegewährungsbescheides. Die Aufsichtsbehörde erhält eine Kopie des Hilfegewährungsbescheides.

(5) Die Gewährung der finanziellen Hilfe ist im Hilfegewährungsbescheid 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 im Falle des § 1 Satz 1 Nr. 1 in einem Vertrag mit den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen vereinbart. Im Falle des § 1 Satz 1 Nr. 2 wird eine finanzielle Hilfe zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen als Darlehen gewährt und das Nähere mit der im Antrag ausgewiesenen Finanzhilfe empfangenden Krankenkasse vertraglich festgelegt. In dem Vertrag über die Darlehensgewährung sind u. a. Umfang, Laufzeit sowie Höhe und Zahlungsziele von Tilgungsraten zu vereinbaren.

(6) Die Gewährung der finanziellen Hilfe kann von weiteren Bedingungen abhängig gemacht werden. Die Hilfegewährung 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 oder zur Vermeidung eines erneuten Liquiditätsengpasses zweckmäßig sind. Die Gewährung und die Auszahlung von Hilfen gemäß § 1 Satz 1 Nr. 1 sind mindestens davon abhängig zu machen, dass die bei Antragstellung durch die Aufsichtsbehörde angestrebte Vereinigung wirksam geworden ist.

§ 11 Finanzierung der finanziellen Hilfen (Umlagen)

(1) Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes (Krankenkassen) sind mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse verpflichtet, nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit differenzierte Umlagen zur Finanzierung des Hilfebetrages (§§ 7 und 8) zu zahlen. Die Finanzierungsbeteiligung gilt bei einer Finanzhilfe nach § 7 gleichermaßen für die Krankenkasse, die bei Gewährung der Finanzhilfe die bedrohte Krankenkasse aufnimmt.

(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. Der Grundlagenbescheid enthält die Zahlungstermine gemäß Absatz 4 bis 6.

(4) Zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen nimmt der GKV-Spitzenverband ein unverzinsliches Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 SGB V bis maximal zur nach § 164 Absatz 3 Satz 4 SGB V zulässigen Höhe von 350 Mio. € auf. Überschreitet dabei der zum Monatsende aufgenommene Darlehensbetrag für den Finanzhilfefall 50 Mio. €, erhebt der GKV-Spitzenverband die Umlage zur Rückzahlung des Darlehens gemäß § 167 Absatz 6 Satz 4 SGB V bis zum Ende des übernächsten Monats. Die Umlage zur Rückzahlung eines bis zum 31. Dezember eines

Jahres noch nicht getilgten Darlehensbetrages erhebt der GKV-Spitzenverband bis Ende Februar des Folgejahres. Der Umlagebescheid enthält sowohl die Höhe der Teilzahlungen als auch die jeweiligen festen Zahlungstermine.

(5) Übersteigen Finanzhilfebeträge die zulässige jährliche Obergrenze der Darlehensaufnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 350 Mio. €, erhebt der GKV-Spitzenverband überschießende Beträge direkt bei den Krankenkassen. Einen ohne die Zwischenfinanzierung nach Absatz 4 erhobenen Umlagebetrag kann GKV-Spitzenverband zur Schonung der Liquidität der Krankenkassen auch in Raten einfordern. In diesem Fall enthält der Umlagebescheid für diesen Betrag sowohl die Höhe der jeweiligen Teilzahlungen als auch die jeweiligen festen Zahlungstermine. Die Höhe von Umlagebeträgen nach Absatz 4 und 5 wird unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Aufteilung bestehenden Leistungsfähigkeit festgelegt (§ 13 Absatz 2) und den Krankenkassen spätestens sechs Wochen vor dem jeweiligen Zahlungstermin mitgeteilt.

(6) 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 Aufteilung bestehenden Leistungsfähigkeit festgelegt (§ 13 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 § 13 Absatz 2 entsprechend.

(7) Der in den Umlagebescheiden (Absatz 3) festgelegte Finanzierungsplan (Absatz 3 Satz 3) kann sowohl hinsichtlich der Zahlungstermine als auch hinsichtlich der Teilbeträge geändert werden. Gleiches gilt für die im Grundlagenbescheid (Absatz 6) festgelegten Zahlungstermine.

(8) Die auf die einzelne Krankenkasse entfallende Umlage ist innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Umlagebescheides an den GKV-Spitzenverband zu überweisen. Bei Teilzahlungen (Absätze 4 und 5) und bei der mehrjährigen Auszahlung des Hilfebetrages (Absatz 6) ergibt sich die Fälligkeit aus den im Grundlagenbescheid (Absatz 3) angegebenen Zahlungsterminen. Bei einer Änderung nach Absatz 7 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 zwischenfinanziert, um die fristgerechte Tilgung gegenüber dem Gesundheitsfonds oder die fristgerechte Auszahlung einer finanziellen Hilfe im Falle des Absatz 5 zu gewährleisten. Es werden keine Verzugszinsen berechnet.

§ 12 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.

§ 13 Leistungsfähigkeit der Krankenkasse

(1) Maßstab für die Leistungsfähigkeit im Sinne einer angemessenen Berücksichtigung bei der Aufteilung der Finanzierung der vorübergehenden finanziellen Hilfen gemäß § 164 Absatz 3 Satz 2 SGB V ist das Finanzvermögen oberhalb der Mindestrücklage von 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe. Es umfasst Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen. Mit diesem Vorgehen werden Krankenkassen mit höheren Finanzvermögen im Verhältnis zu einer durchschnittlichen Monatsausgabe stärker an finanziellen Hilfen beteiligt als Krankenkassen mit niedrigeren Finanzvermögen. Zugleich sind Krankenkassen, deren Finanzvermögen die Mindestrücklage nicht überschreitet, von der Finanzierung ausgenommen, solange das Finanzierungspotenzial aus Finanzvermögen ausreicht, den Finanzhilfebetrag zu decken.

(2) Bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Aufteilung der Umlagebeträge gemäß Umlagebescheid maßgeblich. Die Aufteilung der Umlagebeträge erfolgt einmal jährlich spätestens 14 Tage nach dem Zeitpunkt des Vorstandsbeschlusses über die Hilfegewährung. Bei der Umlageberechnung wird das Finanzvermögen aus der zum Zeitpunkt der Aufteilung der Umlagebeträge letzten von den Krankenkassen vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnissen berücksichtigt. Die Höhe der zu berücksichtigenden Mindestrücklage ergibt sich rechnerisch als der 5. Teil der kassenindividuellen durchschnittlichen Monatsausgabe für diesen Berichtszeitraum.

(3) Bei einer auf mehrere Jahre verteilten Auszahlung des erforderlichen Hilfebetrages (§ 3 Absatz 2 Satz 5, § 11 Absatz 4) wird die Leistungsfähigkeit der an der Finanzierung beteiligten Krankenkassen zwölf Monate nach der letzten Aufteilung im Sinne des Absatz 1 neu festgestellt. Maßgeblich sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die von den Krankenkassen vor dem Zeitpunkt, an dem die Neuaufteilung erfolgt, zuletzt vorgelegt wurden.

(4) Übersteigt der Finanzhilfebetrag eines Jahres das um die Höhe der Mindestrücklagen der Krankenkassen geminderte Finanzvermögen nach Absatz 1, ausgenommen die Mindestrücklage und das Finanzvermögen der bedrohten Krankenkasse, wird der überschießende Betrag nach dem restlichen Finanzvermögen oberhalb von 5 % einer Monatsausgabe aufgeteilt.

§ 14 Berechnung der Umlage

(1) Als Grundlage für die Berechnung der Umlagebeträge wird das Finanzvermögen oberhalb der Mindestrücklage von 20 % der durchschnittlichen Monatsausgabe im für die Aufteilung maßgeblichen Berichtszeitraum der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse berücksichtigt. Finanzvermögen bis zur Mindestrücklage bleiben unberücksichtigt.

(2) Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Umlagebetrag wird wie folgt berechnet:

1. Für jede Krankenkasse wird die Höhe der rechnerischen Mindestrücklage nach Absatz 1 ermittelt.
2. Für jede Krankenkasse wird der Betrag des Finanzvermögens ermittelt, der die nach Nummer 1 ermittelte Mindestrücklage überschreitet. Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 SGB V enthält, werden im Weiteren 20 % des resultierenden Finanzvermögens nach Satz 1 berücksichtigt.
3. Der erforderliche Gesamtbetrag der finanziellen Hilfe nach § 7 oder § 8 wird durch die Summe der Beträge nach Nummer 2 geteilt.
4. Der aus Nummer 3 resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Nummer 2 multipliziert. Das Ergebnis wird für jede Krankenkasse in Euro mit zwei Nachkommastellen festgestellt. Es wird kaufmännisch gerundet.

(3) Übersteigt der erforderliche Gesamtbetrag der finanziellen Hilfe nach § 7 oder § 8 das kumulierte Finanzierungspotenzial nach Absatz 2 Nummer 2, wird der überschießende Betrag nach dem restlichen Finanzvermögen oberhalb von 5 % einer Monatsausgabe wie folgt aufgeteilt:

1. Der nach Anwendung von Absatz 2 überschießende Betrag wird festgestellt.
2. Für jede Krankenkasse wird das nach Anwendung von Absatz 2 verbliebene Finanzvermögen oberhalb von 5 % der kassenindividuellen Monatsausgabe ermittelt. Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 SGB V enthält, werden im Weiteren 20 % des resultierenden Finanzvermögens nach Satz 1 berücksichtigt.
3. Der überschießende Betrag nach Nummer 1 wird durch die Summe der Beträge nach Nummer 2 geteilt. Ist der resultierende Faktor größer als 1 wird dieser zur Vermeidung einer Überschuldung der die Umlage finanzierenden Krankenkassen auf 1 beschränkt.
4. Der aus Nummer 3 resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Nummer 1 multipliziert. Das Ergebnis wird für jede Krankenkasse in Euro mit zwei Nachkommastellen festgestellt. Es wird kaufmännisch gerundet.

(4) Ein aufgrund der Überforderungsbeschränkung nach Absatz 3 Nr. 3 Satz 2 resultierender Restbetrag der noch zu finanzierenden Finanzhilfe stellt einen begründeten Ausnahmefall nach § 3 Absatz 2 Satz 5 dar. Die Aufteilung des Restbetrages erfolgt zwölf Monate nach der letzten, unvollständigen Aufteilung gemäß der dann nach § 13 Absatz 2 neu festzustellenden Leistungsfähigkeit und nach den Berechnungsvorgaben des § 14. Für die Umlagebescheide gilt § 11 Absatz 7.

(5) Ein begründeter Ausnahmefall nach § 3 Absatz 2 Satz 5 liegt ebenfalls vor, falls für die zu finanzierende Finanzhilfe auf Finanzvermögen zwischen verbleibenden 10 % und 5 % einer Monatsausgabe zurückgegriffen werden muss, ohne dass der Zufluss der über 10 % einer Monatsausgabe hinausgehenden Beträge bei der Finanzhilfe empfangenden Krankenkasse innerhalb der ersten 12 Monate der Gewährung der Finanzhilfe dringend erforderlich ist. In diesem Fall wird für die Berechnung der Aufteilung nach Absatz 3 für die im ersten Jahr zu leistende Finanzhilfe das restliche Finanzvermögen oberhalb von 10 % einer Monatsausgabe herangezogen. Für die Aufteilung des resultierenden Restbetrages der noch zu finanzierenden Finanzhilfe gilt Absatz 4.

§ 15 Aus- und Rückzahlungen

(1) Die Auszahlung der nach den §§ 7, 8 und 10 gewährten finanziellen Hilfen ist von der Sicherstellung ihrer Finanzierung und der Erfüllung der weiteren nach dem Hilfegewährungsbescheid 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. Näheres regeln die Bestimmungen des Hilfegewährungsbescheids.

(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 Absatz 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 Landwirtschaftliche Krankenkasse jeweils ein gemeinsamer Versicherten- und Arbeitgebervertreter). Der Begriff „Kassenarten" bezieht sich im Folgenden auch auf die von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gebildeten 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 Absatz 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 Absatz 2 unter Beachtung der in Absatz 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.

Anlage 4 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Verfahren zur Teilnahme von Krankenkassen an den Erstattungsbetragsverhandlungen nach § 130b Absatz 1 SGB V

§ 1 Abfrage der teilnehmenden Krankenkassen

(1) Der GKV-Spitzenverband befragt schriftlich seine Mitgliedskassen (Krankenkassen), ob sie bereit sind, an Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V teilzunehmen. Krankenkassen, die an Verhandlungen teilnehmen wollen, teilen dies dem GKV-Spitzenverband schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Anfrage mit und benennen eine Kontaktanschrift in ihrem Haus. Ändert sich diese Anschrift, teilen die Krankenkassen dies dem GKV-Spitzenverband unverzüglich und unaufgefordert mit.

(2) Verzichtet eine Krankenkasse auf die Teilnahme an den Verhandlungen, erklärt sie dies gegenüber dem GKV-Spitzenverband schriftlich.

§ 2 Liste der Reihenfolge der Teilnahme von Krankenkassen

(1) Aus der Menge der Krankenkassen, die nach § 1 Absatz 1 erklärt haben, an den Verhandlungen teilzunehmen, erstellt der GKV-Spitzenverband anhand der in Absatz 2 und 3 beschriebenen Schritte eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen in der Reihenfolge, in der die Krankenkassen an den zukünftigen Verhandlungen teilnehmen werden. Dazu wird zunächst die Reihenfolge der Kassenarten festgelegt (Absatz 2) und anschließend die Reihenfolge der Krankenkassen innerhalb der Kassenart (Absatz 3).

(2) Im ersten Schritt wird bestimmt, in welcher Reihenfolge die Kassenarten der Krankenkassen, die nach § 1 Absatz 1 erklärt haben, an den Verhandlungen teilzunehmen, an den Verhandlungen teilzunehmen. Jede Kassenart nimmt zunächst mindestens einmal an einer Verhandlung teil. Die Kassenarten werden dafür in der Reihenfolge der Zahl ihrer Versicherten laut der zur Zeit der Abfrage gemäß § 1 Absatz 1 aktuellen amtlichen Statistik KM 6 absteigend geordnet. Bei den Versichertenzahlen der jeweiligen Kassenart werden alle Krankenkassen der Kassenart berücksichtigt, unabhängig davon, ob sie nach § 1 Absatz 1 erklärt haben, an den Verhandlungen teilzunehmen oder nicht. Erklärt von einer Kassenart keine Krankenkasse, dass sie an den Verhandlungen teilnimmt, wird diese Kassenart nicht berücksichtigt.

(3) Die Reihenfolge der weiteren Teilnahmen wird nach dem d'Hondtschen Höchstzahlenverfahren basierend auf der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen der Kassenart, unabhängig davon, ob eine Krankenkasse nach § 1 Absatz 1 erklärt hat, an den Verhandlungen teilzunehmen, nach der zur Zeit der Abfrage gemäß § 1 Absatz 1 aktuellen amtlichen Statistik KM 6 bestimmt.

(4) Im nächsten Schritt wird bestimmt, in welcher Reihenfolge die Krankenkassen innerhalb einer Kassenart teilnehmen. Jede Krankenkasse nimmt zunächst mindestens einmal an einer Verhandlung teil. Die Krankenkassen werden dabei in Reihenfolge der Zahl ihrer

Versicherten laut der zur Zeit der Abfrage gemäß § 1 Absatz 1 aktuellen amtlichen Statistik KM 6 absteigend geordnet.

(5) Ist die wiederholte Teilnahme der Krankenkassen einer Kassenart erforderlich, ergibt sich die weitere Reihenfolge der Teilnahme nach dem d'Hondtschen Höchstzahlenverfahren basierend auf der Zahl der Versicherten der Krankenkassen laut der zur Zeit der Abfrage gemäß § 1 Absatz 1 aktuellen amtlichen Statistik KM 6.

(6) Die Liste nach Absatz 1 wird für so viele Verhandlungen erstellt, dass alle Krankenkassen, die nach § 1 Absatz 1 erklärt haben, an den Verhandlungen teilzunehmen, die Gelegenheit zur Teilnahme erhalten. Der GKV-Spitzenverband stellt den Krankenkassen, die nach Absatz 1 erklärt haben, an den Verhandlungen teilzunehmen, die Liste unverzüglich nach ihrer Erstellung schriftlich zur Verfügung.

§ 3 Zuordnung der Verhandlungen

(1) Die Reihenfolge der zuzuordnenden Verhandlungen ergibt sich aus der zeitlichen Abfolge der nach der Erstellung der Liste nach § 2 Absatz 1 ergangenen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 SGB V oder der Kündigungen bestehender Vereinbarungen zum Erstattungsbetrag nach § 130b Absatz 1 SGB V.

(2) In der Reihenfolge nach Absatz 1 werden die Verhandlungen jeweils unmittelbar nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V oder der Kündigung einer bestehenden Vereinbarung zum Erstattungsbetrag nach § 130b Absatz 1 SGB V den Krankenkassen in der Reihenfolge der Liste nach § 2 Absatz 1 zugeordnet.

(3) Wird eine Verhandlung nach Zuordnung gemäß Absatz 2 und Bekanntgabe nach § 4 Absatz 1 durch den pharmazeutischen Unternehmer abgebrochen oder gar nicht erst aufgenommen, gilt sie im Rahmen des Zuordnungsverfahrens als stattgefunden.

(4) Ist allen Krankenkassen auf der Liste nach § 2 Absatz 1 einmal eine Verhandlung nach Absatz 2 zugeordnet worden oder stehen auf der Liste nach § 2 Absatz 1 keine weiteren Krankenkassen für die Zuordnung einer Verhandlung mehr zur Verfügung, wird die Abfrage nach § 1 Absatz 1 wiederholt und anschließend eine neue Liste nach § 2 Absatz 1 erstellt. Dabei ist die zur Zeit der erneuten Abfrage nach § 1 Absatz 1 aktuelle amtliche Statistik KM 6 heranzuziehen.

§ 4 Information über die Zuordnung und die Verhandlungstermine

(1) Die Information nach § 3a Absatz 3 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes erfolgt unmittelbar nach Zuordnung gem. § 3 Absatz 2 an die nach § 1 Absatz 1 angegebene Anschrift.

(2) Nach der Information gem. § 3a Absatz 3 der Satzung teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband innerhalb von 14 Tagen schriftlich den Namen und die Anschrift der gemäß § 3a Absatz 4 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes zur Verhandlung entsandten

Fachkraft und ihres Stellvertreters mit. Die weitere Kommunikation zur Verhandlung führt der GKV-Spitzenverband dann ausschließlich mit der entsandten Fachkraft. Sie wird vom GKV-Spitzenverband rechtzeitig über die Termine für die Vor- und Nachbesprechungen informiert.

(3) Liegt eine Interessenkollision im Sinne des § 3a Absatz 3 oder § 3a Absatz 4 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes vor, gilt Absatz 4 Sätze 2, 3 und 4 entsprechend.

(4) Verzichtet eine Krankenkasse auf die Teilnahme an der ihr zugeordneten Verhandlung, teilt sie dies dem GKV-Spitzenverband innerhalb einer Woche nach der Information gem. § 3a Absatz 3 der Satzung mit. Die Teilnahme an weiteren zugeordneten zukünftigen Verhandlungen bleibt durch den Verzicht unberührt. Die verzichtende Krankenkasse kann eine auf der Liste nach § 2 Absatz 1 befindliche andere Krankenkasse derselben Kassenart benennen, der der GKV-Spitzenverband die betreffende Verhandlung zuordnet. Verzichtet die Knappschaft oder die Landwirtschaftliche Krankenkasse auf die Teilnahme, können sie eine auf der Liste nach § 2 Absatz 1 befindliche andere Krankenkasse benennen, der der GKV-Spitzenverband die betreffende Verhandlung zuordnet. Die Liste nach § 2 Absatz 1 bleibt im Übrigen unverändert.

Illustration des Verfahrens zur Erstellung der Liste nach § 2 Absatz 1:

Zu § 2 Absatz 1

Kassenart	Kasse	Teilnahme
Kassenart 1	Kasse 1A	ja
Kassenart 1	Kasse 1B	ja
Kassenart 1	Kasse 1C	nein
Kassenart 1	Kasse 1D	ja
Kassenart 1	Kasse 1E	ja
Kassenart 2	Kasse 2A	ja
Kassenart 2	Kasse 2B	ja
Kassenart 2	Kasse 2C	nein
Kassenart 3	Kasse 3A	ja
Kassenart 3	Kasse 3B	ja
Kassenart 3	Kasse 3C	nein
Kassenart 4	Kasse 4A	nein

Hypothetisches Beispiel: Abfrage bei allen 12 Kassen aus vier Kassenarten zum 01.01.2015 – einige Kassen nehmen nicht teil, Kassenart 4 ist nicht vertreten.

Zu § 2 Absatz 2

Kassenart	Kasse	Versicherte
Kassenart 1	Kasse 1A	5.000.000
Kassenart 1	Kasse 1B	3.000.000
Kassenart 1	Kasse 1C	2.000.000
Kassenart 1	Kasse 1D	1.000.000
Kassenart 1	Kasse 1E	500.000
	Kassenart 1	**11.500.000**

Kassenart	Kasse	Versicherte
Kassenart 2	Kasse 2A	1.500.000
Kassenart 2	Kasse 2B	2.500.000
Kassenart 2	Kasse 2C	1.000.000
	Kassenart 2	**5.000.000**

Kassenart 3	Kasse	Versicherte
Kassenart 3	Kasse 3A	6.500.000
Kassenart 3	Kasse 3B	1.000.000
Kassenart 3	Kasse 3C	750.000
	Kassenart 3	**11.250.000**

Kassenart 4	Kasse	Versicherte
Kassenart 4	Kasse 4A	2.000.000
	Kassenart 4	**2.000.000**

Hypothetisches Beispiel: KM6 aller 12 Kassen aus vier Kassenarten zum 01.07.2014 – dies ist die aktuelle KM6 zum Zeitpunkt der Abfrage am 01.01.2015.

Kassenart 1	Kassenart 2	Kassenart 3	Kassenart 4
11500000 (1.)	5000000 (3.)	11250000 (2.)	-

Hypothetisches Beispiel: Versichertenzahl nach KM6 und Reihenfolge (in Klammern) der erstmaligen Teilnahmen aller grundsätzlich teilnehmenden Kassenarten.

	Kassenart 1	Kassenart 2	Kassenart 3
	11.500.000 (1.)	5.000.000 (3.)	11.250.000 (2.)
:1	11.500.000 (4.)	5.000.000 (8.)	11.250.000 (5.)
:2	5.750.000 (6.)	2.500.000 (13.)	5.625.000 (7.)
:3	3.833.333 (9.)	1.666.667 (18.)	3.750.000 (10.)
:4	2.875.000 (11.)	1.250.000 (21.)	2.812.500 (12.)
:5	2.300.000 (14.)	1.000.000 (22.)	2.250.000 (15.)
:6	1.916.667 (16.)	833.333 (23.)	1.875.000 (17.)
:7	1.642.857 (19.)	714.286 (24.)	1.607.143 (20.)

Hypothetisches Beispiel: Versichertenzahl nach KM6 und Reihenfolge (in Klammern) der weiteren Teilnahmen aller grundsätzlich teilnehmenden Kassenarten nach d'Hondt.

Teilnahme	Kassenart
1.	Kassenart 1
2.	Kassenart 3
3.	Kassenart 2
4.	Kassenart 1
5.	Kassenart 3
6.	Kassenart 1
7.	Kassenart 3
8.	Kassenart 2
9.	Kassenart 1
10.	Kassenart 3
11.	Kassenart 1
12.	Kassenart 3
13.	Kassenart 2
14.	Kassenart 1
15.	Kassenart 3
16.	Kassenart 1
17.	Kassenart 3
18.	Kassenart 2
19.	Kassenart 1
20.	Kassenart 3

Hypothetisches Beispiel: Sich nach dem ersten Schritt ergebende Liste der Reihenfolge der Teilnahme nach Kassenarten bei Beschränkung auf 20 Teilnahmen.

Zu § 2 Absatz 3

Kasse 1A	Kasse 1B	Kasse 1C	Kasse 1D	Kasse 1E
5.500.000 (1.)	3.400.000 (2.)	-	1.100.000 (3.)	560.000 (4.)

Kasse 2A	Kasse 2B	Kasse 2C		
1.500.000 (2.)	2.900.000 (1.)	-		

Kasse 3A	Kasse 3B	Kasse 3C		
6.500.000 (1.)	1.000.000 (2.)	-		

Hypothetisches Beispiel: Versichertenzahl nach KM6 und Reihenfolge (in Klammern) der erstmaligen Teilnahmen der Kassen innerhalb jeweils der grundsätzlich teilnehmenden Kassenarten.

Teilnahme	Kassenart	Kasse
1.	Kassenart 1	Kasse 1A
2.	Kassenart 3	Kasse 3A
3.	Kassenart 2	Kasse 2B
4.	Kassenart 1	Kasse 1B
5.	Kassenart 3	Kasse 3B
6.	Kassenart 1	Kasse 1D
7.	Kassenart 3	
8.	Kassenart 2	Kasse 2A
9.	Kassenart 1	Kasse 1E

Hypothetisches Beispiel: Sich nach der Verteilung der erstmaligen Teilnahmen ergebende Liste der Reihenfolge der Teilnahmen der Kassen.

	Kasse 1A	Kasse 1B	Kasse 1C	Kasse 1D	Kasse 1E
	5.500.000 (1.)	3.400.000 (2.)	-	1.100.000 (3.)	560.000 (4.)
:1	5.500.000 (5.)	3.400.000 (6.)	-	1.100.000 (12.)	560.000 (19.)
:2	2.750.000 (7.)	1.700.000 (9.)	-	550.000 (20.)	280.000 (23.)
:3	1.833.333 (8.)	1.133.333 (11.)	-	366.667 (22.)	186.667 (26.)
:4	1.375.000 (10.)	850.000 (15.)	-	275.000 (24.)	140.000 (29.)
:5	1.100.000 (12.)	680.000 (17.)	-	220.000 (25.)	112.000 (30.)
:6	916.667 (14.)	566.667 (18.)	-	183.333 (27.)	93.333 (31.)
:7	785.714 (16.)	485.714 (21.)	-	157.143 (28.)	80.000 (32.)

	Kasse 2A	Kasse 2B	Kasse 2C		
	1.500.000 (2.)	2.900.000 (1.)	-		
:1	1.500.000 (4.)	2.900.000 (3.)	-		
:2	750.000 (7.)	1.450.000 (5.)	-		
:3	500.000 (10.)	966.667 (6.)	-		
:4	375.000 (13.)	725.000 (8.)	-		
:5	300.000 (14.)	580.000 (9.)	-		
:6	250.000 (15.)	483.333 (11.)	-		
:7	214.286 (16.)	414.286 (12.)	-		

	Kasse 3A	Kasse 3B	Kasse 3C		
	6.500.000 (1.)	1.000.000 (2.)	-		
:1	6.500.000 (3.)	1.000.000 (9.)	-		
:2	3.250.000 (4.)	500.000 (11.)	-		
:3	2.166.667 (5.)	333.333 (12.)	-		
:4	1.625.000 (6.)	250.000 (13.)	-		
:5	1.300.000 (7.)	200.000 (14.)	-		
:6	1.083.333 (8.)	166.667 (15.)	-		
:7	928.571 (10.)	142.857 (16.)	-		

Hypothetisches Beispiel: Versichertenzahl nach KM6 und Reihenfolge (in Klammern) der weiteren Teilnahmen der Kassen innerhalb jeweils der grundsätzlich teilnehmenden Kassenarten nach d'Hondt.

Teilnahme	Kassenart	Kasse
1.	Kassenart 1	Kasse 1A
2.	Kassenart 3	Kasse 3A
3.	Kassenart 2	Kasse 2B
4.	Kassenart 1	Kasse 1B
5.	Kassenart 3	Kasse 3B
6.	Kassenart 1	Kasse 1D
7.	Kassenart 3	Kasse 3A
8.	Kassenart 2	Kasse 2A
9.	Kassenart 1	Kasse 1E
10.	Kassenart 3	Kasse 3A
11.	Kassenart 1	Kasse 1A
12.	Kassenart 3	Kasse 3A
13.	Kassenart 2	Kasse 2B
14.	Kassenart 1	Kasse 1B
15.	Kassenart 3	Kasse 3A
16.	Kassenart 1	Kasse 1A
17.	Kassenart 3	Kasse 3A
18.	Kassenart 2	Kasse 2A
19.	Kassenart 1	Kasse 1B
20.	Kassenart 3	Kasse 3A

Hypothetisches Beispiel: Die sich nach dem zweiten Schritt endgültig ergebende Liste der Reihenfolge der Teilnahmen der Kassen.

Anlage 5 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Verfahrensordnung zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen nach § 163 SGB V

Der GKV-Spitzenverband erlässt auf der Grundlage von § 163 SGB V (i. d. F. des GKV-FKG vom 22.03.2020, BGBl. I, 604) und § 4b seiner Satzung die Verfahrensordnung zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen (VOBewLFK). Sie dient der Herstellung der erforderlichen Transparenz für die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes.

Das GKV-FKG bestimmt, dass das vom GKV-Spitzenverband etablierte Modell mit der Berücksichtigung einer Vielzahl von Indikatoren zu einer qualitativen und quantitativen Bewertung heranzuziehen ist, um rechtzeitig potenzielle Haftungsfälle identifizieren und der Aufsichtsbehörde anzeigen zu können. Mit der gesetzlichen Festschreibung des gestuften differenzierten Verfahrens soll sichergestellt werden, dass die zuständige Aufsichtsbehörde gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband rechtzeitig Maßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen einleiten kann.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse wird von der VOBewLFK nicht erfasst.

§ 1 Dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse

(1) Die einschlägige Rechtsprechung definiert Leistungsfähigkeit als die Fähigkeit einer Krankenkasse, mit anderen Krankenkassen vergleichbare Regel- und Mehrleistungen zu gewähren. Da Leistungen weit über 90 % gesetzlich geregelt und vorgegeben sind, kommt es zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit entscheidend auf die finanzielle Situation einer Krankenkasse an.

(2) Eine bestehende Überschuldung und/oder eine dauerhafte Unterschreitung des Rücklagesolls (vgl. § 261 Absatz 1 SGB V) stellen hier maßgebliche Indizien dar. Wenn es einer Krankenkasse in einem überschaubaren kurzfristigen Zeitraum nicht gelingt, ihre Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, bzw. hierfür keine ausreichende Wahrscheinlichkeit besteht, ist die dauerhafte Leistungsfähigkeit als nicht mehr gegeben anzusehen.

(3) Den Rahmen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bildet § 77 Absatz 1a SGB IV, wonach bilanzielle Maßstäbe anzusetzen sind, sowie die Beachtung der besonderen rechtlichen Vorgaben für Krankenkassen nach §§ 242, 259 ff. SGB V.

(4) Die Krankenkassen haben ihre Ausgaben durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu bestreiten, können Schwankungen mit der Rücklage ausgleichen und haben die Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben, sofern die Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben und zum Auffüllen der Rücklage nicht ausreichen.

(5) Kann eine Krankenkasse ihre Ausgaben nicht aus Zuweisungen und einem entsprechend notwendigen Zusatzbeitrag bestreiten, muss die Leistungsfähigkeit als bedroht eingestuft werden.

(6) Die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse ist somit als nicht mehr auf Dauer gesichert anzusehen, wenn die Einnahmen auch unter Einsatz der Rücklage die Ausgaben der Krankenkasse auf längere Sicht nicht mehr decken.

§ 2 Frühwarnsystem des GKV-Spitzenverbandes

Zur erfolgreichen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben mit dem Ziel der Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen gemäß § 163 SGB V bedarf es eines Frühwarnsystems, um insbesondere rechtzeitig potenzielle Haftungsrisiken identifizieren und Maßnahmen zum Erhalt der dauerhaften Leistungsfähigkeit betreffender Krankenkassen einleiten zu können. Das bereits etablierte gestufte Frühwarnsystem beim GKV-Spitzenverband wird mit § 163 SGB V gesetzlich festgeschrieben.

§ 3 Stufe 1 des Frühwarnsystems

(1) In der ersten Stufe des Frühwarnsystems kommt das Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz. Es dient auf Basis der zuletzt vorgelegten jährlichen bzw. vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Überprüfung der Finanzlage und Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und ermöglicht eine Identifikation derjenigen Krankenkassen, bei denen vermehrt Anhaltspunkte für eine potenzielle Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit vorliegen und folglich die Leistungsfähigkeit gefährdet ist.

(2) Der im Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes ermittelte Gefährdungsindex (GI) wird mit Hilfe von verschiedenen Kennzahlen (u. a. Vermögen, Rechnungsergebnis, Liquidität und Versichertenentwicklung) ermittelt, um die nachfolgend benannten Risiken in einer Gesamtbewertung angemessen berücksichtigen zu können:

1. das Überschuldungsrisiko,
2. das Strukturrisiko,
3. das Stabilitätsrisiko,
4. das Liquiditätsrisiko.

(3) Für die im Scoring-Modell verwendeten Kennzahlen sind sechs verschiedene Bewertungsschwellen (von 0 bis 5 Punkten) definiert, die mit Bezug zur Risikozuordnung nach Absatz 2 mit unterschiedlichen Gewichtungen berücksichtigt werden. Der GI einer Krankenkasse entspricht dem gewichteten Mittelwert der einzelnen Kennzahlenbewertungen (min.=0 Pkt., max.=5 Pkt.) für den Berichtszeitraum. Der GI hat somit ebenfalls eine Ausprägung zwischen 0,00 bis maximal 5,00.

(4) Aus den Ergebnissen des Scoring-Modells (GI) lassen sich für alle Krankenkassen die nachfolgenden unterschiedlichen Intensitäten von Anhaltspunkten einer potenziellen Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit ableiten:

1. > 0,00 und ≤ 1,25: (rot) vermehrt,
2. > 1,25 und ≤ 2,50: (orange) vereinzelt,
3. > 2,50 und ≤ 3,75: (gelb) kaum,
4. > 3,75 und ≤ 5,00: (grün) keine.

(5) Jede Mitgliedskasse wird über das Bewertungsergebnis ihrer Leistungsfähigkeit in Form eines Ergebnisberichtes gemäß § 163 Absatz 1 Satz 3 SGB V informiert. Dieser Bericht enthält neben dem aktuellen Gefährdungsindexwert eine erweiterte Kennzahlenübersicht, die Kennzahlendefinitionen sowie alle notwendigen Parameter, um die Kennzahlenberechnung nachzuvollziehen. Der Bericht informiert nicht nur über den aktuellen Berichtszeitraum der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, sondern auch über die letzten abgeschlossenen Jahresrechnungsergebnisse.

§ 4 Leistungsfähigkeit gefährdet

(1) Krankenkassen mit einem GI ≤ 1,25 (rot) gelten aufgrund der vermehrten Anhaltspunkte in ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit als potenziell gefährdet.

(2) In ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit potenziell gefährdete Krankenkassen werden innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der Ergebnisse vom GKV-Spitzenverband persönlich kontaktiert.

(3) Ziele des „Erstkontaktes“ sind:

1. die Klärung offener Fragen zur aktuellen Finanzsituation der Krankenkasse,
2. die Abfrage zum Umsetzungsstand von Sanierungsmaßnahmen (Sanierungskonzept),
3. der Informationsaustausch zu weiteren geplanten Aktivitäten (Zusatzbeitragssatzanpassungen, Kooperationen, freiwillige Vereinigung ohne und mit Finanzhilfe gemäß § 155 Absatz 3 SGB V, etc.),
4. die Erläuterung der Analyse- und Bewertungsergebnisse des GKV-Spitzenverbandes sowie
5. die Abstimmung zum weiteren Vorgehen.

(4) Sofern keine neuen Erkenntnisse aus dem Erstkontakt zu einer günstigeren Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkasse führen, erfolgt die Anforderung zusätzlicher Informationen und Unterlagen gemäß § 163 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V.

§ 5 Stufe 2 des Frühwarnsystems

(1) Mit der Anforderung zusätzlicher kassenindividueller Informationen und Unterlagen befindet sich das Verfahren in der Stufe 2 des Frühwarnsystems des GKV-Spitzenverbandes.

(2) Aus Gründen der Vereinheitlichung von Anforderungen sowie der Weiterverarbeitungsmöglichkeiten setzt der GKV-Spitzenverband hierfür u. a. auch Musterformulare ein.

(3) Kommt eine Krankenkasse der Verpflichtung zur Bereitstellung der angeforderten Unterlagen und Auskünfte nach § 163 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V nicht nach, unterrichtet der GKV-Spitzenverband hierüber die zuständige Aufsichtsbehörde.

(4) Ziel der Stufe 2 ist es, mit den ausschließlich vergangenheitsbezogenen Daten der Stufe 1 und den Analyseergebnissen aus den zusätzlichen Datenanforderungen für das laufende

und folgende Geschäftsjahr eine prognostische Einschätzung zur dauerhaften Leistungsfähigkeit der Krankenkasse abgeben zu können.

(5) Ergibt sich für den analysierten prognostischen Zeitraum nach wie vor ein GI ≤ 1,25 (rot), ist die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse als bedroht einzustufen.

§ 6 Dauerhafte Leistungsfähigkeit bedroht

(1) Liegt eine Bedrohung der dauerhaften Leistungsfähigkeit vor, so berät der GKV-Spitzenverband die betreffende Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit und informiert die zuständige Aufsichtsbehörde über diese Maßnahmen und die Ergebnisse seiner Bewertung der Finanzlage und der dauerhaften Leistungsfähigkeit (§ 163 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

(2) Inhaltliche Bestandteile der Beratung nach § 163 Absatz 2 Satz 1 SGB V sind u. a.:

1. Überprüfung im Einsatz befindlicher sowie Empfehlungen zu erforderlichen Führungs- und Steuerungsinstrumenten (Finanzcontrolling, Analysetools, internes Berichtswesen, Benchmarking, Risikomanagement, etc.),
2. Einschätzung und Bewertung vorhandener Erfolgspotenziale und Plausibilisierung der kassenindividuellen Prognosen,
3. Beratung über weitere Handlungsoptionen zur Vermeidung einer drohenden Schließung oder Insolvenz und Aufklärung über hierfür einzuhaltende Termine und Fristen.

(3) Mit Inkrafttreten der Stufe 2 des Frühwarnsystems beginnt auch ein kontinuierliches, kassenindividuell abgestimmtes Beratungsverfahren mit regelmäßigen Gesprächsterminen (mindestens 1x pro Quartal).

(4) Inhaltliche Grundlage der Termine im Beratungsverfahren sind die zwischen GKV-Spitzenverband und den betreffenden Krankenkassen vereinbarten Berichtspflichten mit dem Ziel einer engmaschigen Überprüfung der Entwicklung von Finanzlage und Leistungsfähigkeit. Hierbei werden neben dem Einsatz eines Standard-Berichtsmasters auch die kassenindividuell zu berichtenden Themen vom GKV-Spitzenverband vorgegeben.

(5) Das kontinuierliche Beratungsverfahren endet frühestens nachdem in vier aufeinander folgenden Quartalen der GI einen Wert von 1,25 übersteigt. Hierüber entscheidet der GKV-Spitzenverband.

Anlage 6 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes

Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen gemäß § 20a Absatz 7 Satz 6 SGB V

§ 1 Abfrage bei den Landesarbeitsgemeinschaften

Der GKV-Spitzenverband beteiligt die Landesarbeitsgemeinschaften nach § 20a Absatz 3 Satz 1 SGB V an der Erstellung des Arbeitsprogramms nach § 20a Absatz 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V durch schriftliche Abfrage zu den gemeinsamen, kassenartenübergreifenden (neuen) Handlungsfeldern und Schwerpunktthemen, zur Steuerung, Koordination und Umsetzung von Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen mit bundesweiter Bedeutung sowie zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte jeweils zum 15.03. des Jahres für das Arbeitsprogramm des Folgejahres.

§ 2 Fachliche Beratung des Arbeitsprogramms

Der GKV-Spitzenverband erstellt unter Berücksichtigung der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 1 den Entwurf des Arbeitsprogramms für das Folgejahr und führt dazu bis zum 30.04. des Jahres fachlich-inhaltliche Beratungen im Rahmen der Fachkonferenz Prävention des GKV-Spitzenverbandes (nachfolgend: Fachkonferenz Prävention) unter Beteiligung von bis zu drei Vertretungen aus jeder der 16 Landesarbeitsgemeinschaften durch.

§ 3 Fachliche Abstimmung des Arbeitsprogramms und der Finanzplanung

(1) Der GKV-Spitzenverband ermittelt auf Basis des Entwurfs des Arbeitsprogramms nach § 2 die zur Durchführung seiner Aufgaben nach § 20a Absatz 4 SGB V im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen und personellen Aufwendungen, erstellt bis zum 31.05. des Jahres eine Finanzplanung zu den im Folgejahr insgesamt zur Verfügung stehenden Mitteln und deren Verteilung und gibt den Landesarbeitsgemeinschaften Gelegenheit, zu dem Arbeitsprogramm und zur Finanzplanung bis zum 30.06. des Jahres final schriftlich Stellung zu nehmen.

(2) In der Finanzplanung sind insbesondere darzustellen:

1. Die kalkulierten Einnahmen des GKV-Spitzenverbandes des Folgejahres und der zwei weiteren darauffolgenden Jahre.
2. Die kalkulierten notwendigen Gesamtausgaben, getrennt nach Personal- und Sachkosten, des Folgejahres.
3. Die im Sinne einer mittelfristigen Finanzplanung abgeschätzten notwendigen Ausgaben, getrennt nach Personal- und Sachkosten, für zwei weitere auf das Folgejahr folgende Jahre.
4. Welche Finanzmittel für die Umsetzung der Aufgaben durch die Landesarbeitsgemeinschaften, für Personal- und Sachkosten beim GKV-Spitzenverband, für die Förderung von Maßnahmen mit bundesweiter Bedeutung sowie für die Entwicklung, Erprobung und Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte eingesetzt werden. Bei den Maßnahmen mit

bundesweiter Bedeutung ist zudem auszuweisen, welche Mittel davon jeweils für die Umsetzung auf Bundes- oder Landesebene eingesetzt werden.

(3) Für die Verteilung der Finanzmittel auf die Landesarbeitsgemeinschaften nach § 3b Absatz 3 der Satzung gilt folgender Schlüssel:

- Der Anteil von 50 v. H. der zur Verteilung anstehenden Finanzmittel wird nach dem Verhältnis der im jeweiligen Land der Landesarbeitsgemeinschaft wohnenden Versicherten nach der amtlichen Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres zu der Gesamtanzahl der Versicherten nach der amtlichen Statistik KM 6 zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres verteilt.

- Der weitere Anteil von 50 v. H. der zur Verteilung anstehenden Finanzmittel wird nach dem „German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)“ des Robert Koch-Instituts (in seiner jeweils zum Zeitpunkt der Berechnung aktuellsten verfügbaren Fassung) verteilt. Hierzu werden die zwischen 0 und 1 liegenden GISD-Werte in Kategorien eingeteilt (Kategorie 1: 0 bis 0,19, Kategorie 2: 0,2 bis 0,39, Kategorie 3: 0,4 bis 0,59, Kategorie 4: 0,6 bis 0,79, Kategorie 5: 0,8 bis 1,0) und jedes Land einem kategorialen Punktwert (1-5) zugeordnet. Anschließend wird der Anteil des jeweiligen Landes an den summierten Punktwerten berechnet und der Verteilung zugrunde gelegt.

(4) Mit ihrer schriftlichen Stellungnahme nach Absatz 1 geben die Landesarbeitsgemeinschaften zugleich eine Rückmeldung über ggf. im vorangegangenen Jahr nicht benötigte, in das laufende Jahr übertragene Finanzmittel und – unter Berücksichtigung der ggf. übertragenen Finanzmittel - ggf. bestehende Finanzmittelminder- oder -mehrbedarfe für das laufende bzw. folgende Jahr.

(5) Die finale fachliche Abstimmung des Arbeitsprogramms und der Finanzplanung unter Berücksichtigung der Stellungnahmen nach Absatz 4 erfolgt in der Fachkonferenz Prävention. Soweit sich aus den Stellungnahmen nach Absatz 4 Finanzmittelminder- und -mehrbedarfe einzelner Länder ergeben, stimmt die Fachkonferenz einen Vorschlag zur Verteilung der verfügbaren Finanzmittel ab.

§ 4 Feststellung des Arbeitsprogramms, der Finanzplanung und der Verteilung ggf. verfügbarer Restfinanzmittel

Über das Arbeitsprogramm, die Finanzplanung und die Verteilung ggf. verfügbarer Restfinanzmittel entscheidet der GKV-Spitzenverband auf Basis der Vorlagen nach § 3 Absatz 5 durch Vorstandsbeschluss auf Empfehlung des Verwaltungsrates bis zum 01.10. des Jahres; insoweit gilt § 37 Satz 2.