



# Satzung

**beschlossen durch die Mitgliederversammlung am 18.07.2017**

**durch das Bundesversicherungsamt genehmigt und**

**in das Vereinsregister beim AG Charlottenburg eingetragen am 07.03.2018**

## **§ 1 Name, Sitz und Geschäftsgebiet**

- (1) Der am 20. Mai 1912 gegründete „Verband der Ersatzkassen e. V.“ (vdek) (früher: Verband Kaufmännischer Berufskrankenkassen e. V., Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.) ist ein eingetragener Verein und hat seinen Sitz in Berlin. In jedem Bundesland besteht eine Landesvertretung. In den Bundesländern Berlin und Brandenburg besteht eine gemeinsame Landesvertretung mit Sitz in Berlin.
- (2) Das Geschäftsgebiet des Verbandes umfasst die Bundesrepublik Deutschland.

## **§ 2 Aufgaben**

- (1) Aufgaben des Verbandes sind:
  - a) die Beratung und Betreuung der Mitgliedskassen des Verbandes und der bei diesen errichteten Pflegekassen bei der Durchführung ihrer Aufgaben, der Austausch von Erfahrungen unter ihnen, die Vertretung und Förderung ihrer gemeinsamen Interessen sowie die gerichtliche und außergerichtliche Verfolgung ihrer und eigener wettbewerbsrechtlicher Ansprüche und die gerichtliche Verfolgung ihrer und eigener Ansprüche aus dem Recht der Leistungserbringer in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung,
  - b) der Abschluss von Verträgen sowie die Gewährleistung der Durchführung dieser Verträge, soweit die Mitgliedskassen den Verband bevollmächtigt haben oder diesem beigetreten sind,

- c) die Förderung von Maßnahmen, die über den Aufgabenbereich der Mitgliedskassen hinausgehen und von allgemeiner Bedeutung für die Krankenversicherung sind,
- d) die Vertretung der Verbandsziele in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik,
- e) die Herausgabe von Veröffentlichungen,
- f) die Veranstaltung von Tagungen, die den gemeinsamen Zwecken dienen,
- g) die Unterstützung und Koordinierung der Vertretung sowie die Wahrnehmung der Interessen der Ersatzkassen beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, sowie der Interessen der Pflegekassen der Ersatzkassen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen,
- h) die Wahrnehmung der Aufgaben gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 und 8 SGB V für die Ersatzkassen nach Maßgabe der Geschäftsordnung für die Landesvertretungen,
- i) die Wahrnehmung der Aufgaben einer Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen der Ersatzkassen insbesondere als Vertragspartei im Sinne der §§ 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 87b Abs. 3 Satz 2, 89 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI.
- j) die Wahrnehmung der Aufgaben einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen der Ersatzkassen,

- k) im Übrigen alle Aufgaben, die ihm kraft Gesetzes oder von den Mitgliedskassen übertragen worden sind.
- (2) Der Zweck des Verbandes ist nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet.

### **§ 3 Mitgliedschaft**

(1) Dem Verband gehören an:

- a) BARMER Ersatzkasse,  
Techniker Krankenkasse (TK),  
DAK-Gesundheit,  
Kaufmännische Krankenkasse – KKH,  
HEK – Hanseatische Krankenkasse,  
Handelskrankenkasse (hkk),

zugleich auch als eine Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen gemäß § 94 Absatz 1a SGB X, nachfolgend als Krankenkassen bezeichnet und

- b) BARMER Ersatzkasse – Pflegekasse,  
Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung,  
DAK-Gesundheit-PFLEGEKASSE,  
Pflegekasse bei der KKH,  
HEK-Pflegekasse,  
hkk-Pflegekasse,

zugleich auch als eine Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen der Ersatzkassen gemäß § 94 Abs. 1a SGB X, nachfolgend als Pflegekassen bezeichnet.

Weitere Ersatzkassen und Pflegekassen der Ersatzkassen können beitreten. Über die Aufnahme entscheidet die Mitgliederversammlung. Ein Beitritt kann nur einheitlich durch die Ersatzkasse und die bei ihr errichtete Pflegekasse erfolgen.

- (2) Die Aufnahme ist schriftlich zu beantragen. Dem Aufnahmeantrag ist die Kassensatzung beizufügen.
- (3) Die Mitgliederversammlung kann den Vorstand ermächtigen, die Interessen anderer Ersatzkassen und deren Pflegekassen auf deren Antrag ganz oder teilweise wahrzunehmen, soweit sie den Interessen der Mitgliedskassen nicht widersprechen. Solche Ersatzkassen und Pflegekassen gelten als außerordentliche Mitglieder. Ihre Rechte und Pflichten gegenüber dem Verband werden in einem besonderen Betreuungsvertrag geregelt.

#### **§ 4 Geschäftsjahr**

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

#### **§ 5 Pflichten der Mitgliedskassen**

- (1) Die Mitgliedskassen sind verpflichtet, die Arbeit des Verbandes tatkräftig zu unterstützen, die der Gemeinschaftsarbeit dienenden Maßnahmen durchzuführen und die vom Verband abgeschlossenen Verträge, soweit sie ihnen beigetreten sind, einzuhalten.
- (2) Die Mitgliedskassen haben dem Verband von allen Änderungen ihrer Satzungen Kenntnis zu geben, den Jahresabschluss und einen etwaigen Geschäftsbericht sowie Abschriften der an die Aufsichtsbehörden oder die Statistischen Ämter zu liefernden statistischen Unterlagen einzureichen und auf Wunsch alle Auskünfte zu geben, die zur

einheitlichen Verwertung der Jahresergebnisse aller Kassen und der statistischen Unterlagen erforderlich sind.

## **§ 6 Beiträge**

- (1) Die zur Erfüllung der Aufgaben des Verbandes notwendige Höhe des Beitrags je Kopf der Krankenkassenmitglieder wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt. Grundlage für die Beitragsberechnung ist die Mitgliederzahl nach der amtlichen Statistik KM1 zum 1. Januar des Haushaltsjahres. Um den Veränderungen der Zahl der Mitglieder im Laufe des Haushaltsjahres Rechnung zu tragen, erfolgt zum Stichtag 1. Juli des Haushaltsjahres eine Neuberechnung des Beitrags nach der amtlichen Statistik KM1 zu diesem Stichtag ohne Veränderung des Haushaltsvolumens unter Berücksichtigung der bis zum 30. Juni zu erbringenden Beitrags- und Abschlagszahlungen. Jeweils zum Schluss eines Haushaltsjahres erfolgt die Spitzabrechnung aller bis zu diesem Zeitpunkt zu erbringenden Beitrags- und Abschlagszahlungen nach der amtlichen Statistik KM1 /13 des Haushaltsjahres. Die Beiträge der Pflegekassen sind mit den Beiträgen der Krankenkassen, bei denen sie errichtet wurden, abgegolten.
  
- (2) Der Beitrag ist vierteljährlich im Voraus, spätestens bis zum 15. des ersten Monats im Kalendervierteljahr, zu überweisen. Für das 1. und 3. Quartal eines Haushaltsjahres erfolgen dabei Abschlagszahlungen. Diese berechnen sich für das 1. Quartal nach den für den Stichtag 1. Januar des Haushaltsjahres durch den Verband bei den Krankenkassen abzufragenden Mitgliederzahlen, für das 3. Quartal nach den Beitragszahlungen für das 2. Quartal.

- (3) Diese Regelung tritt zum 1. Januar 2010 in Kraft.

## **§ 7 Austritt**

- (1) Der Austritt aus dem Verband ist nur zum Schluss des Kalenderjahres nach Kündigung durch eingeschriebenen Brief zulässig, der bis zum 30. September beim Verband eingegangen sein muss. Ein Austritt kann nur einheitlich durch die Ersatzkasse und die bei ihr errichtete Pflegekasse erfolgen.
- (2) Die ausscheidende Krankenkasse hat zur Sicherung der Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Verbandsangestellten an den Verband einen Betrag abzuführen, der entsprechend dem Anteil ihres Versichertenbestandes an der Gesamtmitgliederzahl der Verbandskassen nach den im Zeitpunkt des Ausscheidens bestehenden Verpflichtungen gemäß der Vereinbarung über die Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Verbandsangestellten zu errechnen ist.
- (3) Diese Verpflichtung entfällt bzw. ermäßigt sich, soweit die ausscheidende Kasse Angestellte des Verbandes übernimmt.
- (4) Kassen, die nicht mehr dem Verband angehören, haben keinerlei Ansprüche an das Vermögen des Verbandes.

## **§ 8 Verwendung der Mittel**

Die Mittel des Verbandes dürfen nur zur Erfüllung der Verbandszwecke verwendet werden. Die Anlage der Mittel erfolgt gem. § 80 SGB IV.

### **§ 8a Freiwillige finanzielle Hilfen gemäß § 265b SGB V**

- (1) Zur Gewährung finanzieller Hilfen gemäß § 265b SGB V schließen die Krankenkassen untereinander im Einzelfall einen Vertrag.
- (2) Diese Regelung bestimmt den Mindestinhalt von Verträgen zur Gewährung freiwilliger finanzieller Hilfen nach § 265b SGB V.
- (3) Die finanzielle Hilfe kann von der hilfebedürftigen Krankenkasse beantragt werden. Der Antrag ist beim Gesamtvorstand des Verbandes einzureichen und zu begründen.
- (4) Vor der Entscheidung über die finanzielle Hilfe soll der Gesamtvorstand für die Krankenkassen eine Stelle beauftragen, die bei der hilfebedürftigen Krankenkasse eine Untersuchung über die Ursachen des Hilfebedarfs und die Erfolgsaussichten der Hilfeleistung durchführt. Die hilfebedürftige Krankenkasse hat alle für die Untersuchung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (5) Der Gesamtvorstand stellt fest, ob die Voraussetzungen für die Hilfeleistungen vorliegen. Er entscheidet über die Gewährung der Hilfe und legt die Höhe der zur Verfügung zu stellenden Mittel und den Zeitraum, für den sie gewährt werden sollen sowie die von der hilfebedürftigen Krankenkasse zur



Verbesserung ihrer Finanzsituation zu ergreifenden Maßnahmen fest. Krankenkassen, die der Hilfe nicht zustimmen, nehmen an der Finanzierung der Hilfeleistung nicht teil.

- (6) Der Gesamtvorstand kann ferner festlegen, dass eine Krankenkasse an der Gewährung der Hilfe ganz oder teilweise nicht zu beteiligen ist, soweit sie nachvollziehbar darlegt, dass die Hilfeleistung für sie unzumutbar ist oder sie finanziell überfordert wird.
- (7) Im Rahmen seiner Entscheidung nach Absatz 5 kann der Gesamtvorstand festlegen, dass die bewilligten Mittel als Darlehen zur Verfügung gestellt werden. Er kann auch festlegen, dass die bewilligten Mittel in Teilbeträgen gezahlt werden und die Zahlung der Teilbeträge vom Ergebnis weiterer Untersuchungen nach Absatz 4 oder der Umsetzung der nach Abs. 5 Satz 2 zu ergreifenden Maßnahmen abhängig gemacht wird. Darüber hinaus kann der Gesamtvorstand einen Beirat bilden, der die von der hilfebedürftigen Krankenkasse zu ergreifenden Maßnahmen überwacht und begleitet.
- (8) Die zur Finanzierung der Hilfe erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen, soweit sie beteiligt sind, im Verhältnis der jeweiligen Krankenkassenmitgliederzahlen nach der amtlichen Mitgliederstatistik (KM 1) aufgebracht. Es finden die Krankenkassenmitgliederzahlen zum 1. des Monats Anwendung, in dem die Entscheidung nach Abs. 5 getroffen worden ist. Die beteiligten Krankenkassen können im Einzelvertrag einvernehmlich eine von den Regelungen in den vorstehenden Sätzen abweichende Aufteilung der erforderlichen Mittel vereinbaren.
- (9) Entscheidungen des Gesamtvorstandes nach den vorstehenden Absätzen sind von den stimmberechtigten Mitgliedskassen einstimmig zu fassen. Bei der Beschlussfassung nach den

vorstehenden Absätzen ist die hilfebedürftige Krankenkasse nicht stimmberechtigt. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen, die der Hilfestellung nach Abs. 5 Satz 3 schon dem Grunde nach nicht zustimmen und deshalb an der Finanzierung nicht teilnehmen.

- (10) Zur Umsetzung der Hilfe haben sich die Krankenkassen auf weitere Mindestbedingungen geeinigt, die in ihrer jeweiligen Fassung Bestandteil dieser Satzungsregelung sind („Vereinbarung über Rahmenbedingungen für die Gewährung von freiwilligen finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V“).

## **§ 9 Organe**

Organe des Verbandes sind

- a) die Mitgliederversammlung,
- b) der Gesamtvorstand,
- c) der Vorstand.

## **§ 10 Die Mitgliederversammlung**

- (1) Die Mitgliederversammlung besteht aus von den Verwaltungsräten der Krankenkassen aus deren Mitte gewählten Vertretern. Die Pflegekassen übertragen ihre Mitgliedschaftsrechte mit der Aufnahme in den Verband jeweils den Krankenkassen, bei denen sie eingerichtet wurden und entsenden keine eigenen Vertreter in die Mitgliederversammlung. Die Vertreter der Krankenkassen nehmen somit in der Mitgliederversammlung zugleich auch die Mitgliedschaftsrechte der Pflegekassen wahr. Krankenkassen, deren Verwaltungsrat paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt ist, wählen

dabei mindestens zur Hälfte Vertreter, die der Gruppe der Versicherten angehören.

Jede Krankenkasse benennt für die von ihr entsandten Vertreter je einen Stellvertreter.

Vertreter oder Stellvertreter in der Mitgliederversammlung kann nicht sein, wer

- a) beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) beschäftigt ist. Die Beschäftigung in diesem Sinne endet erst dann, wenn das Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis vollständig beendet ist.
- b) regelmäßig für den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) oder im Rahmen eines mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) abgeschlossenen Vertrages freiberuflich tätig ist.

Satz 6 gilt nicht für Mitgliedschaften, die vor seinem Inkrafttreten begründet worden sind.

- (2) Die Anzahl der Sitze je Krankenkasse richtet sich nach deren Größe gemessen an deren Mitgliedern nach der amtlichen Mitgliederstatistik (KM 1) vom 01.01. des Jahres, in dem jeweils die Sozialversicherungswahlen stattfinden, nach der folgenden Tabelle:

<b>Mitglieder der Kasse</b>	<b>Zugewiesene Sitze in der Mitgliederversammlung pro Kasse</b>
Mehr als 8 Mio.	12
Bis zu 8 Mio.	10
Bis zu 6 Mio.	8
Bis zu 4 Mio.	6
Bis zu 2 Mio.	4
Bis zu 1 Mio.	2

Die Anzahl der Sitze wird nach der Hälfte einer Wahlperiode der Mitgliederversammlung auf Basis der am 01.01. des Jahres gemeldeten Mitgliederzahlen (KM 1) überprüft und ggf. angepasst.

- (3) Die Krankenkassen bestimmen je einen Stimmführer.
- (4) Die Mitgliederversammlung wählt aus der Mitte der ehrenamtlichen Mitglieder des Gesamtvorstandes einen Vorsitzenden (Verbandsvorsitzenden) und drei Stellvertreter. Der Vorsitzende und mindestens zwei Stellvertreter gehören der Gruppe der Versichertenvertreter an. Der Verbandsvorsitzende leitet die Sitzungen der Mitgliederversammlung, sofern er verhindert ist, einer seiner Stellvertreter. Die Mitglieder des Gesamtvorstandes nehmen an den Sitzungen der Mitgliederversammlung mit beratender Stimme teil.
- (5) Sitzungen der Mitgliederversammlung werden mindestens zweimal im Geschäftsjahr, im Übrigen nach Bedarf, einberufen. Wenn mindestens zwei Mitgliedskassen dies unter Angabe von Gründen schriftlich verlangen, muss eine Sitzung der Mitgliederversammlung spätestens 14 Tage nach Eingang des Antrages einberufen werden.
- (6) Zu jeder Sitzung der Mitgliederversammlung lädt der Verbandsvorsitzende schriftlich unter Angabe der Tagesordnung mit einer Frist von 4 Wochen ein. In dringenden Fällen kann er auch mit kürzerer Frist einladen.
- (7) Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - a) Die Beschlussfassung über Grundsätze der Verbands-, Sozial- und Vertragspolitik,

- b) die Beschlussfassung über die Satzung,
- c) die Entgegennahme des Geschäfts- und Kassenberichtes, die Feststellung des Haushaltsplanes und des Rechnungsabschlusses sowie die Erteilung der Entlastung des Vorstandes,
- d) die Entgegennahme des Rechenschaftsberichts des Gesamtvorstandes sowie dessen Entlastung,
- e) die Wahl von Prüfern zur Prüfung der Kassen- und Rechnungsführung des Verbandes und der für die Erteilung der Entlastung maßgebenden Unterlagen,
- f) die Wahl und Überwachung des Vorstandes,
- g) die Beschlussfassung über Abschluss und Änderung von Verträgen mit besonderer Bedeutung,
- h) die Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,
- i) die Festsetzung der Auslagenvergütung für die Mitglieder der Verbandsorgane,
- j) die Zustimmung zur Geschäftsordnung des Gesamtvorstandes,
- k) die Beschlussfassung über die kassenartenbezogene Vorschlagsliste auf der Grundlage der Personenvorschläge

der Mitgliedskassen für die Wahl des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(8) Die Amtsdauer der Mitgliederversammlung ist die gleiche wie die der Selbstverwaltungsorgane der Mitgliedskassen (§ 58 Abs. 2 SGB IV gilt entsprechend). Beim Ausscheiden des Verbandsvorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter erfolgt eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen durch die Mitgliederversammlung. Gewinnt eine Krankenkasse aufgrund der Anpassung nach Abs. 2 Sitze, so wählt sie unverzüglich die zusätzlichen Vertreter in der Mitgliederversammlung und teilt diese dem Verband mit. Verliert eine Krankenkasse aufgrund der Anpassung nach Abs. 2 Sitze, so teilt die Krankenkasse dem Verband die Namen der Vertreter unverzüglich mit, die in der Mitgliederversammlung verbleiben. Die aufgrund der Anpassung ausscheidenden Vertreter können als stimmrechtslose Vertreter bis zum Ende ihrer Amtsdauer oder ihrem Ausscheiden aus dem Verwaltungsrat der Krankenkasse in der Mitgliederversammlung verbleiben.

(9) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn 3/4 der Krankenkassen vertreten sind. In den Fällen des Absatzes 7 Buchstabe a) besteht Beschlussfähigkeit, wenn 2/3 der Vertreter anwesend sind.

Jede Krankenkasse hat eine Stimme.

Ihre Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst, sofern nicht in den §§ 15 und 16 etwas anderes bestimmt ist. In den Fällen des Absatzes 7 Buchstabe k) können Beschlüsse nur einstimmig gefasst werden. Beschlüsse in Angelegenheiten des Haushaltes und solchen von erheblicher finanzieller Bedeutung kommen nicht zustande, wenn mindestens zwei Krankenkassen, die zusammen mehr als die Hälfte der Gesamtheit der Krankenkassenmitglieder vertreten, dagegen stimmen.

In Fällen des Absatzes 7 Buchstabe a) hat jeder Vertreter in der Mitgliederversammlung eine Stimme, die Beschlüsse werden insoweit mit 2/3-Mehrheit der anwesenden Vertreter gefasst. Stimmenthaltungen bleiben bei der Feststellung des Stimmverhältnisses außer Betracht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

- (10) Über den Verlauf der Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Verbandsvorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter und einem Vorstandsmitglied oder einem von ihm Beauftragten zu unterzeichnen und allen Kassen in kürzester Frist zuzustellen ist.
- (11) Die Mitgliederversammlung kann Ausschüsse bilden.

## **§ 11 Der Gesamtvorstand**

- (1) Der Gesamtvorstand besteht aus den Vorsitzenden der Verwaltungsräte der Krankenkassen oder einem anderen von der jeweiligen Krankenkasse gewählten Mitglied ihres Verwaltungsrates und einem weiteren von der jeweiligen Krankenkasse gewählten Mitglied ihres Verwaltungsrates sowie den Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen. Aus Krankenkassen, deren Verwaltungsrat paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt ist, gehört mindestens ein Mitglied des Gesamtvorstandes der Gruppe der Versichertenvertreter an. Der Vorstand des Verbandes gehört dem Gesamtvorstand mit beratender Stimme an. Der Verbandsvorsitzende ist zugleich Vorsitzender des Gesamtvorstandes; er wird durch seine Stellvertreter vertreten. § 10 Abs. 1 Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

- (2) Der Gesamtvorstand beschließt nach den Vorgaben der Mitgliederversammlung die Leitlinien der Verbandsarbeit. Er bereitet die Mitgliederversammlung vor.
- (3) Nach Ablauf der Wahlzeit bleiben die ausscheidenden Mitglieder des Gesamtvorstandes im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Sofern ein Mitglied des Gesamtvorstandes aus dem Organ seiner Kasse ausscheidet, erlischt sein Amt.
- (4) Der Gesamtvorstand wird vom Verbandsvorsitzenden einberufen.
- (5) Der Verbandsvorsitzende hat eine Sitzung des Gesamtvorstandes einzuberufen, wenn dieses von zwei Krankenkassen beantragt wird.
- (6) Zu den Sitzungen des Gesamtvorstandes ist schriftlich mit einer Frist von mindestens zwei Wochen unter Angabe der zu beratenden Gegenstände einzuladen. In dringlichen Fällen kann auch kurzfristiger, auch telefonisch oder per Telefax, eingeladen werden.
- (7) Über jede Sitzung des Gesamtvorstandes ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Verbandsvorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter und einem Vorstandsmitglied oder einem von ihm Beauftragten zu unterzeichnen ist. Eine Abschrift der Niederschrift ist jeder Mitgliedskasse kurzfristig zuzustellen.
- (8) Der Gesamtvorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Stimmberechtigten anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit ist eine zweite Sitzung unter erneuter Ladung der



Mitglieder einzuberufen, in welcher der Gesamtvorstand dann ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Stimmberechtigten beschlussfähig ist.

- (9) Der Gesamtvorstand fasst seine Beschlüsse einstimmig. Jede Krankenkasse verfügt über eine Stimme.

Kommt eine Einigung nicht zustande, ist der Tagesordnungspunkt in der nächsten Sitzung des Gesamtvorstandes erneut zu beraten. In dieser Sitzung genügt die einfache Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten.

In Angelegenheiten des Haushaltes und solchen von erheblicher finanzieller Bedeutung kommen Beschlüsse nicht zustande, wenn mindestens zwei Krankenkassen, die zusammen mehr als die Hälfte der Gesamtheit der Krankenkassenmitglieder vertreten, dagegen stimmen.

- (10) Der Gesamtvorstand bildet als Erledigungsausschuss einen Organisations-/Personalausschuss, dem der Verbandsvorsitzende, seine Stellvertreter und der Vorstand angehören. Der Gesamtvorstand kann für besondere Aufgaben Ausschüsse bilden.

- (11) Der Gesamtvorstand gibt sich eine Geschäftsordnung. Sie bedarf der Zustimmung der Mitgliederversammlung.

## **§ 11 a Konferenz der Vorstandsmitglieder**

- (1) Die Konferenz der Vorstandsmitglieder besteht aus den Vorständen der Krankenkassen und dem Vorstand des Verbandes. Den Vorsitz führt der Vorstandsvorsitzende des Verbandes. Er lädt zu den Sitzungen nach Bedarf ein.
- (2) Aufgabe der Konferenz der Vorstandsmitglieder ist
  - a) die gegenseitige Information in Fragen von Organisation und Verwaltung,
  - b) die Vorbereitung von Beschlüssen des Gesamtvorstandes.

## **§ 12 Vorstand**

- (1) Der Vorstand besteht aus höchstens zwei Personen, von denen eine von der Mitgliederversammlung zum Vorsitzenden gewählt wird. Der Vorstand wird auf die Dauer von sechs Jahren von der Mitgliederversammlung gewählt.  
Jedes Vorstandsmitglied ist einzeln vertretungsberechtigt.  
Die Mitglieder des Vorstands sind entgeltlich tätig. § 27 Absatz 3 Satz 2 BGB findet keine Anwendung.
- (2) Der Vorstand führt die Geschäfte des Verbandes nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung und des Gesamtvorstandes. Er vertritt den Verband gerichtlich und außergerichtlich.
- (3) Der Gesamtvorstand wird ermächtigt, für die Fälle der Abwesenheit des Vorstands einen besonderen Vertreter gem. § 30 BGB zu bestellen, der die laufenden Verwaltungsgeschäfte

des Verbandes führt und diesen insoweit gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

### **§ 13 Landesvertretungen und Landesausschüsse**

Die Landesvertretungen, die Landesausschüsse, die Landesvertragskommissionen und die Landeskrankenhauskommissionen arbeiten nach einer vom Gesamtvorstand erlassenen Geschäftsordnung und nach den von ihm gegebenen Richtlinien.

### **§ 14 Schweigepflicht**

Die Mitglieder der Organe und der Ausschüsse haben über die ihnen in ihrer Verbandstätigkeit zur Kenntnis gelangenden Geschäftsvorfälle der Mitgliedskassen Vertraulichkeit zu wahren.

### **§ 15 Satzungsänderungen**

- (1) Zu Beschlüssen der Mitgliederversammlung über eine Änderung der Satzung ist vorbehaltlich des Abs. 2 eine Mehrheit von 2/3 der Krankenkassen, die zusammen mehr als die Hälfte der Gesamtheit der Krankenkassenmitglieder vertreten, erforderlich.
- (2) Satzungsbestimmungen über freiwillige finanzielle Hilfen für Mitgliedskassen gemäß § 265b SGB V (§ 8a der Satzung) bedürfen der Zustimmung aller Krankenkassen.

- (3) Anträge auf Änderung der Satzung sind den Mitgliedskassen zwei Monate vor der Sitzung der Mitgliederversammlung bekanntzugeben.

## **§ 16 Auflösung**

- (1) Der Verband kann durch Beschluss der Mitgliederversammlung mit mindestens einer Mehrheit von 3/4 der Stimmen aller Krankenkassen aufgelöst werden. Ein Antrag auf Auflösung des Verbandes muss den Mitgliedskassen zwei Monate vor der beschlussfassenden Sitzung der Mitgliederversammlung bekanntgegeben worden sein.
- (2) Im Falle der Auflösung bestimmt die Mitgliederversammlung über die Verwendung des noch vorhandenen Vermögens. Dabei sind an erster Stelle die laufenden und zukünftigen Ansprüche der Verbandsangestellten und ihrer Hinterbliebenen sicherzustellen. Falls die vorhandenen Mittel dafür nicht ausreichen, übernehmen die Krankenkassen die Sicherstellung dieser Ansprüche nach der Maßgabe des Verhältnisses ihrer Mitgliederzahl an der Gesamtmitgliederzahl aller Krankenkassen zum Zeitpunkt der Auflösung. Etwa verbleibendes Vermögen ist den einzelnen Krankenkassen anteilig zur Verfügung zu stellen.
- (3) Der Gesamtvorstand regelt die Abwicklung des Verbandes.

-----  
Ulrike Elsner  
Vorsitzende des Vorstands

\* \* \*

**Vereinbarung über  
Rahmenbedingungen für die Gewährung  
von freiwilligen finanziellen Hilfen gemäß § 265b SGB V**

Die Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. haben sich auf die nachfolgenden Mindestbedingungen für freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V verständigt:

1. Voraussetzung für die Gewährung der finanziellen Hilfe ist ein schriftlicher Antrag einer Mitgliedskasse. Der Antrag ist beim Gesamtvorstand des Verbandes einzureichen, der insoweit als Entscheidungsgremium nach diesem Vertrag fungiert. Der Antrag ist zu begründen. Dem Antrag sind beizufügen
  - a) eine Analyse der Ursachen des Finanzbedarfs,
  - b) der Nachweis, dass andere, insbesondere finanzielle Möglichkeiten zur Überwindung der Notlage i.S.d. § 265b SGB V ausgeschöpft oder allein nicht Erfolg versprechend sind sowie
  - c) ein mit konkreten Mess- und Zielzahlen versehenes Sanierungskonzept, mit welchem die hilfebedürftige Mitgliedskasse nachprüfbar darlegt, wie und innerhalb welchen Zeitraums die Notlage überwunden werden kann.
2. Vor der Entscheidung über die finanzielle Hilfe soll der Gesamtvorstand für die Mitgliedskassen eine Stelle beauftragen, die bei der hilfebedürftigen Mitgliedskasse aus Anlass der Antragstellung und im Zuge der Hilfeleistung eine Untersuchung über die Ursachen des Hilfebedarfs und die Erfolgsaussichten der Hilfeleistung durchführt. Die hilfebedürftige Mitgliedskasse hat alle für die Untersuchung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
3. Der Gesamtvorstand stellt fest, ob die Voraussetzungen für die Hilfeleistung vorliegen. Er entscheidet über die Gewährung der Hilfe und legt die Höhe der zur Verfügung zu stellenden Mittel und den Zeitraum, für den sie gewährt werden sollen sowie die von der hilfebedürftigen Mitgliedskasse zur Verbesserung ihrer Finanzsituation zu ergreifenden Maßnahmen fest. Mitgliedskassen, die der Hilfe nicht zustimmen, nehmen an der Finanzierung der Hilfeleistung nicht teil.

4. Der Gesamtvorstand kann ferner festlegen, dass eine Mitgliedskasse an der Gewährung der finanziellen Hilfe ganz oder teilweise nicht zu beteiligen ist, soweit sie nachvollziehbar darlegt, dass die Hilfeleistung für sie unzumutbar ist oder sie finanziell überfordert wird.
5. Im Rahmen seiner Entscheidung nach Ziffer 3 kann der Gesamtvorstand festlegen, dass die bewilligten Mittel als Darlehen zur Verfügung gestellt werden. Er kann auch festlegen, dass die bewilligten Mittel in Teilbeträgen gezahlt werden und die Zahlung der Teilbeträge vom Ergebnis weiterer Untersuchungen nach Ziffer 2 oder der Umsetzung der nach Ziffer 3 Satz 2 zu ergreifenden Maßnahmen abhängig gemacht wird.
6. Der Gesamtvorstand kann einen Beirat bilden, der die von der hilfebedürftigen Mitgliedskasse zu ergreifenden Maßnahmen überwacht und begleitet. Die finanzielle Hilfe kann von der Erfüllung bestimmter Auflagen, insbesondere von der Neuerstellung oder Überarbeitung des Sanierungskonzepts sowie einem regelmäßigen Bericht über den Fortgang der Sanierung, abhängig gemacht werden.
7. Die hilfebedürftige Mitgliedskasse hat dem Gesamtvorstand, einem nach Ziffer 6 gebildeten Beirat sowie der nach Ziffer 2 benannten Stelle auf Verlangen geschäftliche Unterlagen (z. B. Bankauskünfte, Bilanzen, Bilanzauszüge sowie Erklärungen über einen abgeschlossenen oder laufenden Haushalt, einen Nachtragshaushalt oder Ausgaben nach § 73 SGB IV) zur Einsichtnahme und Prüfung vorzulegen, Auskünfte zu erteilen und die Prüfung der geschäftlichen Unterlagen zu dulden. Die damit verbundenen Kosten können der hilfebedürftigen Mitgliedskasse auferlegt werden.
8. Die Entscheidung über den Antrag auf finanzielle Hilfe soll vom Gesamtvorstand binnen zwei Monaten nach Antragstellung getroffen werden. Die finanzielle Hilfe wird frühestens für den Monat gewährt, in welchem der Antrag gestellt worden ist.
9. Die zur Finanzierung der finanziellen Hilfe erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedskassen, soweit sie beteiligt sind, im Verhältnis der jeweiligen Mitgliederzahlen nach der amtlichen Mitgliederstatistik (KM 1) aufgebracht. Es finden die Mitgliederzahlen zum 1. des Monats Anwendung, in dem die Entscheidung nach Ziffer 3 getroffen worden ist. Die beteiligten Mitgliedskassen können im Einzelvertrag einvernehmlich eine von den Regelungen in den vorstehenden Sätzen abweichende Aufteilung der erforderlichen Mittel vereinbaren.

10. Entscheidungen des Gesamtvorstandes nach den vorstehenden Ziffern sind von den stimmberechtigten Mitgliedskassen einstimmig zu fassen. Bei der Beschlussfassung nach den vorstehenden Ziffern ist die hilfebedürftige Mitgliedskasse nicht stimmberechtigt. Entsprechendes gilt für die Mitgliedskassen, die der Hilfegewährung nach Ziffer 3 Satz 3 schon dem Grunde nach nicht zustimmen und deshalb an der Finanzierung nicht teilnehmen.
11. Mit der Stellung eines Antrags einer Aufsichtsbehörde auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach § 265a SGB V beim GKV-Spitzenverband zugunsten der hilfebedürftigen Kasse wandelt sich eine als Darlehen gewährte Hilfeleistung automatisch und ohne dass es einer vertraglichen Vereinbarung bedarf, in einen nicht rückzahlbaren Zuschuss i.S.d. § 7 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 2 zur Satzung des GKV-Spitzenverbandes (Finanzhilfenordnung – FHO) um. Die Umwandlung erfolgt nur insoweit, als es sich bei der umgewandelten Hilfeleistung um eine finanzielle Hilfe i.S.d. § 7 Abs. 3 der FHO des GKV-Spitzenverbandes handelt.
12. Jede der die Hilfe gewährenden Mitgliedskassen kann aus wichtigem Grund vom Vertrag zurücktreten. Ein wichtiger Grund kann nur in der Verletzung von Pflichten aus dem Vertragsverhältnis oder im Wegfall der Hilfebedürftigkeit liegen. Über das Vorliegen eines wichtigen Grundes entscheidet der Gesamtvorstand einstimmig. Ziffer 10 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die vom Vertrag zurücktretende Mitgliedskasse hat gleichzeitig alle anderen Vertragspartner vom Rücktritt zu unterrichten. Mit dem Rücktritt einer Kasse wird der Vertrag insgesamt hinfällig.
13. Die Mitgliedskassen bevollmächtigen hiermit den Verband der Ersatzkassen e.V., die Rückzahlungsansprüche in ihrem Namen bei der hilfebedürftigen Kasse geltend zu machen. Der Verband teilt die rückgezahlten Beträge im Verhältnis der geleisteten Hilfen auf die beteiligten Mitgliedskassen auf. Noch nicht geleistete Hilfen sind entsprechend anzurechnen.
14. Diese Vereinbarung bedarf zu ihrer Wirksamkeit gemäß § 265b Abs. 2 SGB V der Genehmigung des Bundesversicherungsamts.
15. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Unterzeichnung unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der un-

wirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich diese Vereinbarung als lückenhaft erweist.

-----  
Ulrike Elsner  
Vorsitzende des Vorstands