Satzung
des
BKK Landesverbandes Süd

Stand: 01.08.2022

Satzung des BKK Landesverbandes Süd
Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung

In der vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg im Rahmen der Fusionsgenehmigung genehmigten Fassung. In Kraft getreten am 01.01.2014.

****

1. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 26.05.2014, genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 26.05.2014. In Kraft getreten am 01.06.2014.

2. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 10.07.2014, genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 15.07.2014. In Kraft getreten am 01.08.2014.

3. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 17.12.2014, genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 17.12.2014. In Kraft getreten am 01.01.2015.

4. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 15.07.2015, genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 15.07.2015. In Kraft getreten am 01.01.2015.

5. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 15.12.2015, genehmigt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg am 16.12.2015. In Kraft getreten am 01.01.2016.

6. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 12./13.07.2016, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 15.07.2016. In Kraft getreten am 01.01.2016.

7. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 19.10.2016, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 02.11.2016. In Kraft getreten am 01.01.2017.

8. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 25.07.2017, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 01.08.2017. In Kraft getreten am 01.01.2017.

9. Änderung der Satzung

In der Fassung der Beschlüsse des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 19.12.2017, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 10.01.2018. In Kraft getreten am 17.01.2018.

10. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 22.05.2018, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 23.05.2018. In Kraft getreten am 01.01.2018.

11. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 17.07.2018, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 17.08.2018. In Kraft getreten am 01.01.2018.

12. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 18.12.2018, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 28.12.2018. In Kraft getreten am 01.01.2019.

13. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 23.07.2019, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 14.08.2019. In Kraft getreten am 01.01.2019.

14. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 04./05.03.2020, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 13.03.2020. In Kraft getreten am 01.01.2020.

15. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 06.10.2020, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 17.11.2020. In Kraft getreten am 01.04.2020 / 01.12.2020.

16. Änderung der Satzung

In der vom Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Süd im schriftlichen Umlaufverfahren im Nachgang zu seiner Sitzung am 02.03.2021 beschlossenen Fassung, genehmigt vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg am 26.03.2021. In Kraft getreten am 01.04.2021.

17. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 27.07.2021, genehmigt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg am 25.08.2021. In Kraft getreten am 01.01.2020.

18. Änderung der Satzung

In der vom Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Süd im schriftlichen Umlaufverfahren im Nachgang zu seiner Sitzung am 14.12.2021 beschlossenen Fassung, genehmigt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg am 12.01.2022. In Kraft getreten am 01.01.2022.

19. Änderung der Satzung

In der Fassung des Beschlusses des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd vom 20./21.07.2022, genehmigt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg am 27.07.2022. In Kraft getreten am 01.08.2022.

Inhalt Seite

Erster Abschnitt

§ 1 Name, Bezirk und Sitz 1

§ 2 Aufgaben des Landesverbandes 1

§ 3 Weiterentwicklung der Versorgung 3

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen 3

Zweiter Abschnitt

Selbstverwaltung

§ 5 Verwaltungsrat 4

§ 6 Wahl des Verwaltungsrates 4

§ 7 Wahlverfahren 6

§ 8 Erste Sitzung des Verwaltungsrates, Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates 8

§ 9 Ergänzung des Verwaltungsrates 9

§ 10 Vorsitzende des Verwaltungsrates 9

§ 11 Entschädigung und Haftung 10

§ 12 Erwerb und Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer 11

§ 13 Beratung 11

§ 14 Beschlussfassung 11

§ 15 Fachausschüsse 12

§ 16 Aufgaben des Verwaltungsrates 12

Dritter Abschnitt

Vorstand

§ 17 Mitglieder des Vorstandes 14

§ 18 Amtszeit 14

§ 19 Zuständigkeiten im Vorstand 14

§ 20 Wahl des Vorstandes 15

§ 21 Aufgaben des Vorstandes 15

Vierter Abschnitt

§ 22 Vertretung des Landesverbandes 16

Fünfter Abschnitt

§ 23 Widerspruchsausschuss 16

Sechster Abschnitt

§ 24 Vorständekonferenz 17

Siebter Abschnitt

§ 25 Grundsätze der Aufbringung der Mittel 17

§ 26 Mittel für den Landesverband 18

§ 27 Einstrahler-Ausstrahler-Regelung 20

§ 28 - *unbesetzt* - 21

§ 29 Organisation und Finanzierung von Eigenbetrieben 21

§ 30 Aufwendige Leistungsfälle 22

Achter Abschnitt

§ 31 Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung 23

Neunter Abschnitt

§ 32 Bekanntmachungen 23

Zehnter Abschnitt

§ 33 Aufsicht 23

Elfter Abschnitt

§ 34 Inkrafttreten 23

Anlagen

Anlage zu § 11 Absatz 2 (Entschädigungsregelung)

Anlage zu § 30 (Ausgleichsordnung für aufwendige Leistungsfälle)

Anlage zu § 30 (Liquiditätshilfeordnung für aufwendige Leistungsfälle)

Soweit nachfolgend für eine Mehrzahl von Personen verschiedener Geschlechter die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form sowie weitere Formen mit ein.

Erster Abschnitt

§ 1

Name, Bezirk und Sitz

(1) Der Landesverband der Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg und Hessen führt den Namen „Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd“ und die Kurzbezeichnung „BKK Landesverband Süd“. Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Bezirke des BKK Landesverbandes Süd (im Folgenden: Landesverband) sind das Land Baden-Württemberg und das Land Hessen.

(3) Mitglieder des Landesverbandes sind die Betriebskrankenkassen, die ihren Sitz in den Ländern Baden-Württemberg und Hessen haben. Das gilt auch für die bundesunmittelbaren Betriebskrankenkassen, ausgenommen sind nur die Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Dienstbetriebe des Bundes.

(4) Andere Krankenkassen können dem Landesverband auf Grundlage des § 207 Absatz 1 Satz 4 SGB V beitreten. Dazu bedarf es einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Vorstand. Hierüber ist der Verwaltungsrat rechtzeitig zu informieren. Die beigetretenen Krankenkassen können ihre Mitgliedschaft schriftlich gegenüber dem Vorstand mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Mit dem Ende der Mitgliedschaft erlöschen alle Ansprüche gegenüber dem Landesverband.

(5) Sitz des Landesverbandes ist Kornwestheim.

(6) Der Vorstand des Landesverbandes führt ein Siegel mit der Bezeichnung „Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd“ als Umschrift um das kleine Landeswappen des Landes Baden-Württemberg.

§ 2

Aufgaben des Landesverbandes

(1) Der Landesverband führt die ihm durch Gesetz und sonstiges Recht zugewiesenen Aufgaben durch. Er nimmt auch die Aufgaben des Landesverbandes der Pflegekassen wahr. Der Landesverband erfüllt seine Aufgaben selbst oder durch Dritte soweit zulässig.

(2) Der Landesverband unterstützt die Mitgliedskassen sowie andere Betriebskrankenkassen mit Versicherten mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des

Landesverbandes bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung, Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,

2. Abschluss und Änderung von Verträgen sowie Rahmenvereinbarungen insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, mit Vereinigungen oder Verbänden von Heilberufen und Krankenhäusern, mit einzelnen Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie mit anderen Leistungserbringern beziehungsweise deren Verbänden, soweit er durch Gesetz oder Vollmacht dazu ermächtigt ist,

3. Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,

4. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedskassen,

5. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung,

6. Arbeitstagungen,

7. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren,

8. Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben mit Wirkung für die Mitgliedskassen sowie für andere Betriebskrankenkassen mit Versicherten mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes, soweit diese zustimmen,

9. Bildung von und Beteiligung an Arbeitsgemeinschaften im Sinne der § 219 SGB V, § 94 SGB X und Führung von Geschäftsstellen derselben.

(3) Der Landesverband unterstützt die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung, insbesondere durch Stellungnahmen gegenüber den Landesregierungen, den Landtagsfraktionen, Parteien und Abgeordneten.

(4) Der Landesverband ist kraft Gesetzes Gesellschafter der BKK Bundesverband GbR in Abwicklung als Rechtsnachfolgerin des BKK Bundesverbandes.

(5) Der Landesverband kann sich zur Erfüllung seiner Aufgaben an Verbänden, Arbeitsgemeinschaften und Kooperationen sowie Gesellschaften beteiligen.

(6) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten der Landesverband und die IKK classic

kassenartenübergreifend in Form einer „BKK-IKK Dienstleistungs-Gemeinschaft“ eng zusammen.

(7) Der Landesverband unterhält im Rahmen der § 211 SGB V und § 88 SGB X folgende Eigenbetriebe:

- Abrechnungszentrum Emmendingen.

Des Weiteren unterhält der Landesverband die Gesellschaften „Abrechnungszentrum Emmendingen GmbH“ sowie „BKK Management GmbH“. Darüber hinaus bietet er den Beteiligten im Gesundheitswesen Dienstleistungen zur Unterstützung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an.

§ 3

Weiterentwicklung der Versorgung

(1) Der Landesverband kann im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 SGB V vereinbaren.

(2) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in den hierzu mit den Vertragspartnern zu schließenden Vereinbarungen festzulegen. Die Modellvorhaben sind dabei im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen.

§ 4

Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen

(1) Die Mitgliedskassen haben Anspruch auf Beratung und Unterstützung.

(2) Der Landesverband fördert die Entwicklung der Mitgliedskassen und leistet Hilfe bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Insoweit stellt der Landesverband den Mitgliedskassen im Rahmen des Möglichen Dienstleistungen und Informationen zur Verfügung.

(3) Die Mitgliedskassen haben den Landesverband bei der Durchführung seiner Aufgaben zu unterstützen und ihm hierzu alle sachdienlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Mitgliedskassen

1. erteilen alle erforderlichen Auskünfte und stellen die erforderlichen Unterlagen termingerecht zur Verfügung,

2. zeigen jede Veränderung ihres Verwaltungsrates, die die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des Landesverbandes berührt, unverzüglich dem Landesverband an und

3. ziehen vor einer beabsichtigten Sitzverlegung, Vereinigung/Auflösung oder Schließung den Landesverband rechtzeitig zurate.

(4) Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und die Richtlinien nach den § 92 und § 283 Absatz 2 SGB V sind für den Landesverband und seine Mitgliedskassen verbindlich.

Zweiter Abschnitt

Selbstverwaltung

§ 5

Verwaltungsrat

(1) Selbstverwaltungsorgan des Landesverbandes ist der Verwaltungsrat.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus je 15 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden nach Gruppen aus dem Kreis der Mitglieder der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen gewählt. Eine Mitgliedskasse wird durch höchstens zwei Mitglieder je Gruppe im Verwaltungsrat des Landesverbandes vertreten; bei Fusionen von Mitgliedskassen des Landesverbandes kann hiervon für die laufende Amtsperiode abgewichen werden.

(4) Die alternierenden Vorsitzenden der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen nehmen als Vertreter für die jeweils von ihnen repräsentierte Gruppe der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen die Wahlhandlung zum Verwaltungsrat des Landesverbandes vor.

§ 6

Wahl des Verwaltungsrates

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden nach dem Abschluss der allgemeinen Sozialversicherungswahlen bei den Mitgliedskassen gewählt.

(2) Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, vertreten durch die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen, wählen aufgrund von Vorschlagslisten getrennt die Vertreter ihrer

Gruppe in den Verwaltungsrat. Im Verhinderungsfall kann ein Stellvertreter zur Stimmabgabe entsandt werden. Das Wahlgremium ist beschlussfähig, wenn jeweils mehr als die Hälfte der Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber anwesend sind. Die Wahl kann schriftlich erfolgen.

(3) Die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen mit bis zu 5.000 Mitgliedern haben je eine Stimme. Die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Verwaltungsräte von Mitgliedskassen mit mehr als 5.000 Mitgliedern haben je weiteren angefangenen 5.000 Mitgliedern jeweils eine zusätzliche Stimme. Für die Feststellung der Zahl der Mitglieder der Mitgliedskassen ist die dem Wahljahr vorangehende Statistik KM 1/12 maßgeblich.

(4) Die Wahlen sind frei und geheim. Es gelten die Grundsätze der Verhältniswahl. Das Wahlergebnis wird nach dem Höchstzahlverfahren d'Hondt ermittelt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

(5) Wahlbezirk ist der Bezirk des Landesverbandes.

(6) Jede Gruppe des Verwaltungsrates einer Mitgliedskasse oder mehrerer Mitgliedskassen gemeinsam hat das Recht, eine Vorschlagsliste einzureichen, die nicht mehr Bewerber enthalten soll, als Mitglieder zu wählen sind. Die eingereichten Vorschlagslisten dürfen insgesamt nicht mehr Bewerber aus dem Verwaltungsrat einer Mitgliedskasse enthalten als nach § 5 Absatz 3 Satz 2 wählbar sind. Es soll eine ausreichende Zahl von Stellvertretern vorgeschlagen werden. Für die Vorschlagslisten sind Listenvertreter zu benennen. Die Vorschlagsliste ist vom Vorsitzenden der jeweiligen Gruppe der Mitgliedskasse oder von den Vorsitzenden der jeweiligen Gruppe mehrerer Mitgliedskassen zu unterzeichnen. Über die Bewerberaufstellung ist eine Niederschrift anzufertigen. Aus der Niederschrift muss insbesondere ersichtlich sein, welche Personen aus dem Bewerberkreis angesprochen wurden, in welcher Form die Ansprache erfolgte, nach welchen nachvollziehbaren Kriterien die Auswahl der aufgestellten Bewerber stattgefunden hat und nach welchem Verfahren im Falle des Ausscheidens eines Verwaltungsratsmitglieds der Nachfolger ausgewählt wird.

(7) Wird aus der Gruppe nur eine Vorschlagsliste zugelassen oder werden auf mehreren Vorschlagslisten insgesamt nicht mehr Bewerber benannt, als Mitglieder zu wählen sind, gelten die Vorgeschlagenen als gewählt.

(8) Ist die Wahl zum Verwaltungsrat nicht zustande gekommen oder ist nicht die vorgeschriebene Zahl von Mitgliedern gewählt oder kein Stellvertreter benannt worden, zeigt der Vorstand dies der Aufsichtsbehörde unverzüglich an.

(9) Die Wahl wird von einem Wahlausschuss geleitet, den der Verwaltungsrat bestellt. Die Vorschriften des § 3 SVWO gelten entsprechend.

§ 7

Wahlverfahren

(1) Der Wahlausschuss hat für die Vorbereitung und Durchführung der Wahl zum Verwaltungsrat zu sorgen, das Wahlergebnis festzustellen und öffentlich bekannt zu machen.

(2) Der Wahlausschuss hat insbesondere

1. den Zeitpunkt und die Art (Briefwahl oder Wahlversammlung) der Wahl und den Zeitpunkt, bis zu dem die Vorschlagslisten an ihn eingereicht sein müssen, zu bestimmen und mindestens drei Wochen im Voraus bekannt zu machen,

2. bekannt zu geben

   a. die Voraussetzungen der Wählbarkeit,

   b. die Voraussetzungen des Vorschlagsrechts,

   c. die Regelung der Stellvertretung und der Listenergänzung/-änderung,

   d. die Voraussetzungen, unter denen vorgeschlagene Bewerber als gewählt gelten, ohne dass eine Wahl mit Stimmabgabe stattfindet,

   e. die Stelle, bei der die von ihm herausgegebenen Vordrucke für die Vorschlagslisten und Zustimmungserklärungen der Bewerber erhältlich sind,

3. bei Wahlhandlungen Unterlagen für die Ausübung des Wahlrechts (Wahlausweis, Stimmzettel, Stimmzettelumschlag, Wahlbriefumschlag, Merkblatt) auszustellen und zu übermitteln.

(3) Die Vorschlagslisten sind auf den vom Wahlausschuss zur Verfügung gestellten Vordrucken einzureichen. Ihnen sind eigenhändig unterschriebene Zustimmungserklärungen der Bewerber beizufügen. Die Niederschrift gemäß § 6 Absatz 6 Satz 6 ist mit der Vorschlagsliste beim Wahlausschuss einzureichen.

(4) Soll die Aufstellung der Bewerber in einer Vorschlagsliste vor Ablauf der Einreichungsfrist geändert oder ergänzt werden, muss die Vorschlagsliste zurückgenommen und form- und fristgerecht neu eingereicht werden. Wird ein Bewerber vom Wahlausschuss gestrichen, so kann der Listenvertreter bis zum Ablauf der in Absatz 7 bezeichneten Frist an Stelle des gestrichenen Bewerbers einen anderen Bewerber benennen. Wird vor einer Entscheidung des Wahlausschusses über die Zulassung der Vorschlagsliste bekannt, dass ein Bewerber gestorben ist oder nicht wählbar war oder die Wählbarkeit verloren hat,

so kann der Listenvertreter dem Wahlausschuss bis zu dem nach Absatz 2 festgelegten Zeitpunkt einen anderen Bewerber benennen.

(5) Eine Vorschlagsliste kann durch Erklärung des Listenvertreters zurückgenommen werden, solange der Wahlausschuss nicht über ihre Zulassung entschieden hat.

(6) Die Erklärung, dass mehrere Vorschlagslisten zusammengelegt werden sollen (Listenzusammenlegung), kann von den Listenvertretern der Vorschlagslisten, die zusammengelegt werden sollen, nur gemeinsam abgegeben werden. Aus der Erklärung über die Zusammenlegung muss die Reihenfolge der Bewerber ersichtlich sein. Die Erklärung ist nur bis zum Ende der Einreichungsfrist beim Wahlausschuss zulässig. Die Erklärung, dass mehrere Vorschlagslisten verbunden werden sollen (Listenverbindung), kann von den Listenvertretern der Vorschlagslisten, die verbunden werden sollen, nur gemeinsam abgegeben werden. Die Erklärung muss spätestens in der Sitzung abgegeben werden, in der über die Zulassung der Vorschlagslisten entschieden wird.

(7) Der Wahlausschuss prüft die Vorschlagslisten, entscheidet über ihre Zulassung und macht sie bekannt, sofern eine Wahlhandlung stattfindet. Gibt eine fristgerecht eingereichte Vorschlagsliste zu Zweifeln oder Beanstandungen Anlass, so teilt der Wahlausschuss dies dem Listenvertreter unverzüglich mit und bezeichnet den Zeitpunkt, bis zu dem die Zweifel und behebbaren Mängel beseitigt werden können. Ist ein Bewerber mit seiner schriftlichen Zustimmung in mehreren Vorschlagslisten für die Wahl zum Verwaltungsrat aufgeführt, so wird sein Name in sämtlichen Vorschlagslisten gestrichen. Sind Bewerber entgegen § 6 Absatz 6 Satz 2 benannt, werden ihre Namen aus sämtlichen Vorschlagslisten gestrichen. Die Streichung ist dem Listenvertreter unverzüglich mitzuteilen.

(8) Findet keine Wahlhandlung statt, so macht der Wahlausschuss bekannt, dass und weshalb eine Wahlhandlung unterbleibt. Findet eine Wahl statt, so hat der Wahlausschuss dies unverzüglich bekannt zu geben. Die Wahlberechtigten wählen aufgrund von Wahlausweisen entsprechend der vom Wahlausschuss nach Absatz 2 Ziffer 1 bekannt gegebenen Verfahrensweise.

(9) Der Wahlausschuss hat nach dem Wahltag

1. bei Durchführung einer Briefwahl die Wahlbriefe zu prüfen,
2. getrennt nach Wählergruppen zu ermitteln, wie viel Stimmen für die einzelnen Vorschlagslisten abgegeben sind,
3. das Wahlergebnis zu ermitteln, festzustellen und bekannt zu machen,
4. die gewählten Bewerber und die Listenvertreter zu benachrichtigen,
5. über die Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses eine Wahlniederschrift zu fertigen.

(10) Der Wahlausschuss stellt nach Abschluss der Wahlen zum Verwaltungsrat und der Vorsitzenden das endgültige Wahlergebnis fest und macht es öffentlich bekannt. Die Aufsichtsbehörde erhält eine Abschrift der Bekanntmachung.

(11) Die Wahlunterlagen werden bis zum Ablauf der Amtsdauer aufbewahrt.

(12) Im Übrigen ist die Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO) sinngemäß anzuwenden.

§ 8

Erste Sitzung des Verwaltungsrates, Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates

(1) Der Wahlausschuss lädt die neu gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates zu ihrer ersten Sitzung unter Angabe der Tagesordnung ein. Die Tagesordnung muss den Punkt

Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden

enthalten.

(2) Die Einladung zur Sitzung erfolgt spätestens zwei Wochen nach Durchführung der Wahl nach § 6. Die Sitzung muss binnen eines Monats nach der Einladung stattfinden.

(3) Der Vorsitzende des Wahlausschusses leitet die Sitzung bis zur Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

(4) Der Vorsitzende des Wahlausschusses eröffnet die Sitzung und führt einen Beschluss darüber herbei, ob der Vorsitzende durch Zuruf oder schriftlich gewählt werden soll. Schriftlich gewählt wird, wenn mindestens ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates dies verlangt. Hierauf fordert der Vorsitzende des Wahlausschusses zur Abgabe von Wahlvorschlägen auf. Er kann aus diesem Anlass die Sitzung unterbrechen.

(5) Wird schriftlich gewählt, so lässt der Vorsitzende des Wahlausschusses die erforderlichen Stimmzettel ausgeben. Die Auszählung der Stimmzettel wird von dem Vorsitzenden des Wahlausschusses und von mindestens je einem Mitglied des Verwaltungsrates aus der Gruppe der Versicherten und der Arbeitgeber vorgenommen.

(6) Im Übrigen richtet sich die Wahl nach den Bestimmungen des § 10.

(7) Der Vorsitzende des Wahlausschusses gibt das Ergebnis der Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates bekannt und fordert den Gewählten zur Erklärung darüber auf, ob er die Wahl annehme. Erklärt der Gewählte, dass er die Wahl annimmt, so übergibt ihm der Vorsitzende des Wahlausschusses den Vorsitz des Verwaltungsrates.

(8) Für die Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden gelten die Vorschriften der Absätze 4 bis 6 und 7 Satz 1 entsprechend.

(9) Über die Sitzung wird eine Niederschrift aufgenommen. Die Niederschrift ist vom Vorsitzenden des Wahlausschusses und vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates zu unterzeichnen.

§ 9

Ergänzung des Verwaltungsrates

Für die Ergänzung des Verwaltungsrates gilt § 60 SGB IV entsprechend.

§ 10

Vorsitzende des Verwaltungsrates

(1) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende müssen verschiedenen Gruppen angehören.

(2) Erhält in zwei Wahlgängen kein Mitglied die Mehrheit der satzungsmäßigen Mitgliederzahl, ist gewählt, wer im dritten Wahlgang die meisten Stimmen auf sich vereinigt. Bei gleicher Stimmenzahl gelten die Mitglieder, die diese Stimmenzahl erreichen, mit der Maßgabe als gewählt, dass sie den Vorsitz unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd je für ein Jahr zu führen haben. Gilt hiernach mehr als die vorgeschriebene Zahl von Personen als gewählt, entscheidet das Los. Das gleiche gilt für die Reihenfolge.

(3) Der Vorsitz im Verwaltungsrat wechselt während der Amtsdauer zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres.

(4) Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende erwerben ihr Amt mit der Erklärung, dass sie die Wahl annehmen.

(5) Schließen Tatsachen das Vertrauen der Mitglieder des Verwaltungsrates zu der Amtsführung eines Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden aus, kann ihn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner satzungsmäßigen Mitgliederzahl abberufen. Beim Ausscheiden eines Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden auf eigenen Wunsch endet die Amtsdauer mit der Neuwahl.

(6) Für einen nach Absatz 5 ausscheidenden Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden wird ein Nachfolger gewählt. Für einen nach § 12 Absatz 2 ausscheidenden Vorsitzenden oder stellvertretenden Vorsitzenden wird ein Nachfolger nach Ergänzung der Selbstverwaltungsorgane gewählt.

§ 11

Entschädigung und Haftung

(1) Die Mitglieder des Verwaltungsrates üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. § 40 SGB IV gilt entsprechend.

(2) Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates richtet sich nach § 41 SGB IV sowie der dazu vom Verwaltungsrat festgelegten Entschädigungsregelung, die Bestandteil der Satzung ist.

(3) Die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates richtet sich nach § 42 Absätze 1 bis 3 SGB IV.

§ 12

Erwerb und Verlust der Mitgliedschaft, Amtsdauer

(1) Die gewählten Bewerber werden Mitglied des Verwaltungsrates an dem Tage, an dem die erste Sitzung des Organs stattfindet.

(2) Für den Verlust der Mitgliedschaft gilt § 59 SGB IV.

(3) Die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates beträgt sechs Jahre. Sie endet jedoch unabhängig vom Zeitpunkt der Wahl mit dem Zusammentritt des neugewählten Verwaltungsrates. Eine Wiederwahl ist zulässig.

§ 13

Beratung

(1) Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

(2) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten des Landesverbandes, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 SGB I) befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nichtöffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

(3) Ein Mitglied des Verwaltungsrates darf bei der Beratung und Abstimmung nicht anwesend sein, wenn ein Beschluss ihm selbst, einer ihm nahestehenden Person (§ 383 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 ZPO) oder einer von ihm vertretenen Person einen unmittelbaren Vorteil oder Nachteil bringen kann. Satz 1 gilt nicht, wenn das Mitglied nur als Angehöriger einer Personengruppe beteiligt ist, deren gemeinsame Interessen durch die Angelegenheit berührt werden.

§ 14

Beschlussfassung

(1) Soweit Gesetz oder sonstiges für den Landesverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmt, ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Verwaltungsrat nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

(2) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt. Bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Die Übertragung von Stimmen ist nicht zulässig.

(3) Beschlüsse über Änderungen dieser Satzung bedürfen der Zwei-Drittel-Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates.

(4) Der Verwaltungsrat kann ohne Sitzung schriftlich abstimmen in Fällen, die ihrem Gegenstand nach keiner Beratung bedürfen, sowie bei Vorliegen wichtiger Gründe, die eine Präsenzsitzung ausschließen (z. B. aufgrund von Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit einer Epidemie oder Pandemie), wenn nicht innerhalb einer Woche nach Zugang der Aufforderung zur schriftlichen Abstimmung mindestens ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht.

§ 15

Fachausschüsse

(1) Der Verwaltungsrat kann zur Beratung und Vorbereitung von Beschlüssen Fachausschüsse bilden.

(2) Der Verwaltungsrat kann die Erledigung einzelner Aufgaben, mit Ausnahme der Rechtsetzung, Fachausschüssen übertragen.

(3) Für die Beratung und Abstimmung gelten die §§ 13 und 14 entsprechend.

(4) Näheres regelt die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates.

§ 16

Aufgaben des Verwaltungsrates

(1) Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht des Landesverbandes sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für den Landesverband maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

1. Wahl des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates,

2. Wahl des Vorstandes und aus seiner Mitte des Vorsitzenden des Vorstandes sowie deren Amtsentbindung oder Amtsenthebung; sofern der Vorstand nur

aus einer Person besteht, die Beauftragung eines leitenden Beschäftigten des Landesverbandes mit dessen Stellvertretung,

3. Beauftragung eines leitenden Beschäftigten des Landesverbandes mit der vorübergehenden Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes, wenn Mitglieder des Vorstandes längere Zeit an der Ausübung ihres Amtes verhindert sind oder der Vorstand längere Zeit nicht besetzt ist,

4. Anstellung und Kündigung der gewählten Vorstandsmitglieder,

5. Vertretung des Landesverbandes gegenüber dem Vorstand und den Vorstandsmitgliedern,

6. Bestellung der Mitglieder des Widerspruchsausschusses,

7. Wahl der Vertreter in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes,

8. Wahl der Vertreter des Verwaltungsrates des Landesverbandes für sonstige Ausschüsse und Gremien,

9. Überwachung des Vorstandes,

10. Entscheidungen über alle Angelegenheiten, die für den Landesverband von grundsätzlicher Bedeutung sind,

11. Änderung der Satzung,

12. Zustimmung zu Beteiligungen des Landesverbandes nach § 2 Absatz 5,

13. Feststellung des Haushaltsplanes,

14. Festsetzung der Mittel nach §§ 25 bis 28,

15. Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung,

16. Beschlussfassung über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden,

17. Festsetzung der Entschädigung für Organmitglieder,

18. Zustimmung zur Änderung der Dienstordnung einschließlich des Stellenplanes,

19. Aufstellung der Geschäftsordnung für den Verwaltungsrat,

20. Amtsentbindung und Amtsenthebung von Mitgliedern des Verwaltungsrates sowie deren Stellvertreter,

21. Feststellung, dass eine als Nachfolger eines ausgeschiedenen Mitglieds bzw. eines stellvertretenden ausgeschiedenen Mitglieds des Verwaltungsrates vorgeschlagene Person Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied des Verwaltungsrates geworden ist.

(2) Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates üben das Vertretungsrecht nach Absatz 1 Nummer 5 gemeinsam aus.

(3) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

Dritter Abschnitt

Vorstand

§ 17

Mitglieder des Vorstandes

(1) Der Vorstand besteht aus bis zu drei Mitgliedern.

(2) Der Vorstand verwaltet den Landesverband hauptamtlich.

§ 18
Amtszeit

Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre. Die Wiederwahl ist möglich.

§ 19

Zuständigkeiten im Vorstand

(1) Besteht der Vorstand aus mehr als einem Mitglied, verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien eigenverantwortlich.

(2) In den vom Vorstand erlassenen Richtlinien werden Angelegenheiten definiert, die der gemeinsamen Beratung und Beschlussfassung vorbehalten sind. Hierbei hat jeder Vorstand eine Stimme. Bei Meinungsverschiedenheiten ist die Entscheidung des Vorsitzenden des Vorstandes maßgebend.

§ 20

Wahl des Vorstandes

Der Vorstand und aus seiner Mitte der Vorsitzende des Vorstandes werden von dem Verwaltungsrat gewählt.

§ 21

Aufgaben des Vorstandes

(1) Zu den Aufgaben des Vorstandes gehören insbesondere:

1. Vertretung des Landesverbandes im Innen- und Außenverhältnis,
2. Aufstellung der Richtlinien für den Vorstand, soweit dieser aus mehr als einem Mitglied besteht,
3. Festlegung der Unternehmenspolitik im Rahmen der vom Verwaltungsrat festgesetzten Grundsätze,
4. Abschluss von Verträgen und Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern oder deren Verbänden sowie Sozialversicherungsträgern,
5. das Personalwesen,
6. Aufstellung des Haushaltsplanes,
7. Erhebung der Mittel nach §§ 25 bis 28,
8. Berichterstattung an den Verwaltungsrat über
   a. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
   b. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung,
9. Beanstandung von dienstordnungswidrigen Beschlüssen,
10. Ausübung des Wahlrechtes des Landesverbandes als Arbeitgeber.

(2) Besteht der Vorstand aus mehr als einem Mitglied, obliegen insbesondere die Aufgaben des Absatzes 1 Nummer 9 und 10 dem Vorsitzenden des Vorstandes.

Vierter Abschnitt

§ 22

Vertretung des Landesverbandes

(1) Der Vorstand vertritt den Landesverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für den Landesverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Besteht der Vorstand aus mehr als einem Mitglied, ist jedes Vorstandsmitglied zur Vertretung des Landesverbandes im Außenverhältnis berechtigt, wenn der Vorstand im Einzelfall nichts anderes bestimmt. Bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden wird der Landesverband durch den Vorsitzenden des Vorstandes, im Verhinderungsfall durch ein anderes Vorstandsmitglied gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(3) Besteht der Vorstand nur aus einer Person, vertritt im Verhinderungsfall des Vorstandes der Stellvertreter des Vorstandes den Landesverband gerichtlich und außergerichtlich.

Fünfter Abschnitt

§ 23

Widerspruchsausschuss

(1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen.

(2) Der Widerspruchsausschuss besteht aus je zwei Mitgliedern aus der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber im Verwaltungsrat sowie einem Mitglied des Vorstandes. Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter.

(3) Der Widerspruchsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

(4) Die Sitzungen des Widerspruchsausschusses sind nicht öffentlich.

(5) Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder anwesend oder durch ihre Stellvertreter vertreten sind. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Sechster Abschnitt

§ 24

Vorständekonferenz

(1) Über die Gesundheits-, Vertrags- sowie Unternehmenspolitik werden die Mitgliedskassen im Rahmen von Vorständekonferenzen informiert und an der Meinungsbildung des Landesverbandes beteiligt.

(2) Mitarbeiter des BKK Systems und andere Sachverständige können zu den Vorständekonferenzen hinzugezogen werden.

Siebter Abschnitt

§ 25

Grundsätze der Aufbringung der Mittel

(1) Die für die Finanzierung der Aufgaben des Landesverbandes erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedskassen sowie den Betriebskrankenkassen mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes (einstrahlende Betriebskrankenkassen) durch Beiträge und Finanzierungsbeträge sowie durch sonstige Einnahmen aufgebracht.

(2) Beiträge unterscheiden sich in Mitgliedsbeiträge und Wohnortbeiträge.

(3) Mitgliedsbeiträge umfassen die Aufwendungen, die vom Landesverband nur für seine Mitgliedskassen erbracht werden.

(4) Wohnortbeiträge umfassen die Aufwendungen, die vom Landesverband sowohl für seine Mitgliedskassen als auch für einstrahlende Betriebskrankenkassen erbracht werden.

(5) Finanzierungsbeträge umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Beteiligungen des Landesverbandes, die Aufwendungen für Gemeinschafts-einrichtungen und Gemeinschaftsbedarf, die sich aus gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen des Landesverbandes mit Wirkung für und gegen die Kassen ergeben (wie z.B. Sprechstundenbedarf, Kosten für die gemeinsame Selbstverwaltung, Hospizförderung, Pflegestützpunkte, Pandemievorsorge und Selbsthilfeförderung) sowie die vom Landesverband gegenüber Krankenkassen erbrachten Dienstleistungen.

§ 26

Mittel für den Landesverband

(1) Die Mitgliedsbeiträge für die Versicherten der Mitgliedskassen und die Wohnortbeiträge für die Versicherten der Mitgliedskassen mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes werden im Haushaltsplan festgesetzt.

(2) Die Wohnortbeiträge für die Versicherten der einstrahlenden Betriebskrankenkassen mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes werden ebenfalls im Haushaltsplan festgesetzt.

(3) Grundlage der Berechnung des Mitgliedsbeitrages der einzelnen Mitgliedskasse ist die Anzahl der Versicherten, die der Krankenkasse am 1. Januar des Haushaltsjahres nach der amtlichen Statistik KM 1 angehören.

(4) Grundlage der Berechnung des Wohnortbeitrages der einzelnen Betriebskrankenkasse ist die Anzahl der Versicherten mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes, die der Krankenkasse am 1. Juli des Vorjahres nach der amtlichen Statistik KM 6 angehören. Bei kassenartenübergreifenden Fusionen ist die Versichertenzahl in der amtlichen Statistik KM 6 des Vorjahres um die Fusionen zu bereinigen, die nach dem 1. Januar des Haushaltsjahres wirksam sind.

(5) Der volle Beitragsanspruch für das jeweilige Haushaltsjahr entsteht mit der Mitgliedschaft beim Landesverband zum 1. Januar des jeweiligen Haushaltsjahres. Die Versichertenzahlen neu errichteter Betriebskrankenkassen werden, abweichend von den Absätzen 3 und 4, erst in dem Jahr berücksichtigt, das dem Errichtungsjahr folgt; fusionierte Krankenkassen sind hiervon ausgenommen.

(6) Die Finanzierungsbeträge für die Beteiligungen des Landesverbandes (insbesondere für die BKK Bundesverband GbR in Abwicklung) sowie die Aufwendungen des Landesverbandes für systemische Verträge werden im Haushaltsplan des Landesverbandes festgesetzt und bei den Mitgliedskassen erhoben. Dies gilt auch für mittelbare und unmittelbare Verpflichtungen aus § 213 SGB V.

(7) Die Finanzierungsbeträge für die besonderen Einrichtungen und Dienstleistungen werden im Haushaltsplan des Landesverbandes festgesetzt und bei den jeweiligen Nutzern erhoben.

(8) Die Finanzierungsbeträge für die Inanspruchnahme der Eigenbetriebe des Landesverbandes werden in gesonderten Haushaltsplänen festgesetzt und bei den jeweiligen Nutzern erhoben. Einzelheiten sind in § 29 geregelt.

(9) Die Finanzierungsbeträge für Gemeinschaftseinrichtungen und Gemeinschaftsbedarf, die sich aus gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen des Landesverbandes mit Wirkung für und gegen die Kassen ergeben (wie z.B. Sprechstundenbedarf, Kosten für die gemeinsame Selbstverwaltung, Hospizförderung, Pflegestützpunkte, Pandemievorsorge und Selbsthilfeförderung) werden bei den Mitgliedskassen und den einstrahlenden Betriebskrankenkassen erhoben.

(10) Für die auf die einzelne Krankenkasse entfallenden Anteile an den vom Verwaltungsrat festgesetzten Beiträgen und Finanzierungsbeträgen gelten folgende Zahlungsmodalitäten:

1. Die Mitgliedskassen erhalten über die Beiträge nach Absatz 1, die auf Grundlage der Absätze 3 und 4 ermittelt wurden, bis zum 30. April des Haushaltsjahres einen Beitragsbescheid.

2. Die Beiträge sind in vier Raten zu zahlen.

3. Die erste Rate ist bis zum 15. Februar des Haushaltsjahres als Abschlag zu zahlen und entspricht einem Viertel des Mitgliedsbeitrages nach Absatz 3 unter Zugrundelegung der Versichertenzahlen des Monats August des dem Haushaltsjahr vorausgehenden Jahres nach der amtlichen Statistik KM 1 sowie einem Viertel des Wohnortbeitrages für die Versicherten der Mitgliedskasse mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes nach Absatz 4 unter Zugrundelegung der Versichertenzahlen des Monats Juli des dem Haushaltsjahr vorausgehenden Jahres nach der amtlichen Statistik KM 6 mit Fusionsstand zum 1. Januar des Haushaltsjahres.

4. Die restlichen drei Raten sind am 15. Mai, 15. August sowie 15. November des Haushaltsjahres zur Zahlung fällig. Deren Höhe ergibt sich aus dem unter Ziffer 1 genannten Beitragsbescheid unter Anrechnung der bereits nach Ziffer 3 geleisteten Abschlagszahlung.

5. Finanzierungsbeträge werden mit Rechnungsstellung oder entsprechend den vertraglichen Regelungen fällig.

(11) Anhörungen finden nicht statt.

(12) Für die Erhebung von Beiträgen des Landesverbandes haben die Mitgliedskassen dem Landesverband eine Einzugsermächtigung zu erteilen.

(13) Bei Nichteinhaltung der Zahlungstermine hat die Kasse ab dem Fälligkeitszeitpunkt dem Landesverband Zinsen in Höhe der Regelung § 288 Absatz 1 Satz 2 BGB zu bezahlen. Die Geltendmachung eines weiteren Schadens ist nicht ausgeschlossen.

§ 27

Einstrahler-Ausstrahler-Regelung

(1) Der Landesverband erhebt bei seinen Mitgliedskassen für deren Versicherte mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich eines anderen Landesverbandes den jeweiligen Wohnortbeitrag. Dieser Wohnortbeitrag entspricht den von den anderen Landesverbänden festgesetzten und gemeldeten Beträgen.

(2) Grundlage der Berechnung des Wohnortbeitrages der einzelnen Mitgliedskasse ist die Anzahl der Versicherten, die der Krankenkasse am 1. Juli des Vorjahres nach der amtlichen Statistik KM 6 angehören. Bei kassenartenübergreifenden Fusionen ist die Versichertenzahl in der amtlichen Statistik KM 6 des Vorjahres um die Fusionen zu bereinigen, die nach dem 1. Juli stattfinden und deren Fusionszeitpunkt bis zum 1. Januar des Haushaltsjahres wirksam wird.

(3) Der volle Beitragsanspruch für das jeweilige Haushaltsjahr entsteht mit der Mitgliedschaft beim Landesverband zum 1. Januar des jeweiligen Haushaltsjahres. Die Versichertenzahlen neu errichteter Betriebskrankenkassen werden, abweichend von Absatz 2, erst in dem Jahr berücksichtigt, das dem Errichtungsjahr folgt; fusionierte Krankenkassen sind hiervon ausgenommen.

(4) Der Landesverband erhebt bei seinen Mitgliedskassen die Hälfte der Wohnortbeiträge für deren Versicherte mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich eines anderen Landesverbandes als Abschlagszahlung und legt dabei die Anzahl der Versicherten am 1. Juli des Vorjahres mit Fusionsstand zum 1. Januar des Haushaltsjahres nach der amtlichen Statistik KM 6 zu Grunde. Diese Abschlagszahlung ist bis zum 15. Februar des maßgeblichen Haushaltsjahres zu erheben. Die Restzahlung ist auf der gleichen Grundlage bis zum 15. Juni des maßgeblichen Haushaltsjahres zu erheben. Der Landesverband erteilt seinen Mitgliedskassen hierüber einen abschließenden Bescheid.

(5) Anhörungen finden nicht statt.

(6) Wohnortbeiträge, die der Landesverband für andere Landesverbände erhebt und die die zahlungspflichtige Mitgliedskasse zum Fälligkeitszeitpunkt nicht entrichtet hat, sind im Falle der Säumnis mit 1 v. H. je angefangenem Monat zu verzinsen.

§ 28

- unbesetzt -

§ 29

Organisation und Finanzierung von Eigenbetrieben

(1) Eigenbetriebe des Landesverbandes werden finanzwirtschaftlich jeweils gesondert verwaltet.

(2) Für sie wird ein gesonderter Haushaltplan, insbesondere unter Ausweisung der gesetzlich zu bildenden Rückstellungen sowie der zweckgebundenen Rücklagen, aufgestellt.

(3) Die Eigenbetriebe des Landesverbandes stellen eine Jahresrechnung auf. Zudem wird ein jährlicher Risikobericht erstellt. Im Risikobericht ist dabei insbesondere auf das Risikomanagement sowie auf die Risiken in den Bereichen Qualität, IT, Einnahmen und Forderungsausfall einzugehen.

(4) Eigenbetriebe des Landesverbandes werden auf Basis des zwischen dem Eigenbetrieb und dem jeweiligen Nutzer geschlossenen Vertrages in Form von Finanzierungsbeträgen gemäß § 25 Absatz 1 von den Nutzern finanziert.

(5) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten finden der § 26 Absatz 10 sowie Absatz 13 Anwendung.

(6) Zur Absicherung des Risikos einer teilweisen oder vollständigen Stilllegung eines Eigenbetriebes (Zweckbindung) wird von diesem Eigenbetrieb eine zweckgebundene Rücklage gebildet.

(7) Diese Zweckbindung realisiert sich bei

1. drohender teilweiser oder vollständiger Stilllegung des Eigenbetriebes oder

2. tatsächlicher teilweiser oder vollständiger Stilllegung des Eigenbetriebes

insbesondere durch Kündigung oder Ausfall eines großen Nutzers bzw. Kunden des Eigenbetriebes.

(8) Die Berechnung des Stilllegungsrisikos wird jährlich unverzüglich nach Vorliegen der erforderlichen Testate und Gutachten, spätestens jedoch bis zur Aufstellung des nächstfolgenden Haushaltsplanes unter Berücksichtigung der zu bildenden Abgrenzungen und Rückstellungen durchgeführt. Die Berechnung wird durch eine externe Prüfungsgesellschaft bewertet.

(9) Die zweckgebundene Rücklage wird aus vorhandenen und zukünftig zu erwirtschaftenden Betriebsmitteln des Eigenbetriebes aufgefüllt. Zur Aufrechterhaltung des laufenden Geschäftsbetriebes wird die zu berücksichtigende Betriebsmittel-Mindestausstattung des Eigenbetriebes in angemessener Höhe vorgehalten. Bei der Auffüllung der zweckgebundenen Rücklage sind zudem die aus dem Anlagevermögen zu erwartenden Veräußerungserlöse zu berücksichtigen.

(10) Bis zur Erreichung des zweckgebundenen Rücklagensolls nach Absatz 8 ist die Auffüllung der zweckgebundenen Rücklage im Haushaltsplan des Eigenbetriebes vorzusehen.

(11) Bei Überschreitung des zweckgebundenen Rücklagensolls nach Absatz 8 um mehr als 10 Prozent kann, unter Berücksichtigung der aktuellen geschäftspolitischen Situation, der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln des Eigenbetriebes zugeführt werden.

(12) Die zweckgebundene Rücklage wird entsprechend der Anlagemöglichkeiten für Sozialversicherungsträger nach § 83 SGB IV angelegt, so dass sie für den vorgegebenen Zweck im Fall der Realisierung des teilweisen oder vollständigen Stilllegungsrisikos zur Verfügung steht.

§ 30

Aufwendige Leistungsfälle

Der Landesverband kann für seine Mitgliedskassen Verfahren nach § 265 SGB V durchführen. Das Nähere regeln die Ausgleichsordnung für aufwendige Leistungsfälle und die Liquiditätshilfeordnung für aufwendige Leistungsfälle, die als Anlagen Bestandteil der Satzung sind.

Achter Abschnitt

§ 31

Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

Es findet eine jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung statt. Die Bestellung des Prüfers erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Neunter Abschnitt

§ 32

Bekanntmachungen

Die Satzung des Landesverbandes wird durch Rundschreiben an seine Mitgliedskassen öffentlich bekannt gemacht. Sonstiges autonomes Recht wird durch Aushang in den Geschäftsräumen des Landesverbandes bekannt gemacht. Die Aushangszeit beträgt einen Monat.

Zehnter Abschnitt

§ 33

Aufsicht

Die Aufsicht über den Landesverband führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes Baden-Württemberg.

Elfter Abschnitt

§ 34

Inkrafttreten

Die Satzung tritt zum 01.01.2014 in Kraft.

Anlagen

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd

Stand: 01.08.2022

Entschädigungsregelung für die Mitglieder des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Süd

Gemäß § 41 SGB IV i.V.m. § 11 Absatz 2 und § 16 Absatz 1 Nr. 17 der Satzung des BKK Landesverbandes Süd sowie unter Berücksichtigung der Gemeinsamen Empfehlung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung in der jeweils gültigen Fassung setzt der Verwaltungsrat folgende Entschädigungen fest:

1. Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates

1.1 Erstattung barer Auslagen

Die baren Auslagen der Mitglieder des Verwaltungsrates werden nach festen Sätzen erstattet. Im Einzelnen werden gewährt:

1.1.1 Tagegeld

Tagegeld wird entsprechend den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg gewährt.

Abweichend von dieser Regelung können bei Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Ausschüsse den Gremienmitgliedern auf Kosten des Landesverbandes generell kostenlos Getränke sowie ein kleiner Imbiss zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten hierfür dürften 80 v. H. der Verpflegungspauschale für eintägige Reisen mit mehr als 8 Stunden gemäß § 9 Absatz 4a EStG nicht übersteigen. In diesem Fall findet keine Kürzung des Tagegeldes statt.

1.1.2 Übernachtungsgeld

Für jede erforderliche Übernachtung außerhalb des Wohnortes wird ein Übernachtungsgeld nach den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg gezahlt.

Höhere Übernachtungskosten werden erstattet, soweit sie notwendig sind.

1.1.3 Fahrkosten

Fahrkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen notwendigen Aufwendungen gezahlt.

Kilometergeld:

Die Wegstreckenentschädigung wird nach den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg gewährt. Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges beträgt die Entschädigung entsprechend § 5 Absatz 2 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg 35 Cent je Kilometer.

Flugkosten:

Bei Flügen werden die Aufwendungen für den Hin- und Rückflug für die Benutzung der Economy-Klasse gezahlt.

Bahnfahrkarten:

Bei Bahnfahrten werden die Aufwendungen für Fahrscheine bis zur Höhe der Kosten der 1. Klasse, Aufpreise und Zuschläge für Züge und Reservierungsentgelte gezahlt.

Kosten für Fahrten vom und zum Bahnhof bzw. Flugplatz sowie sonstige Kosten:

Gezahlt werden Aufwendungen für:

- Öffentliche Nahverkehrsmittel
- Zubringer zum Flugplatz
- Taxi
- Gepäckaufbewahrung
- Parkplatz
- Sonstige Kosten, die im Zusammenhang mit der Reise entstanden sind.

1.1.4 Nebenkostenersatz sowie Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld

Die für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg über einen Nebenkostenersatz und über einen Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend angewendet.

1.2 Ersatz für Verdienstausfall und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt. Außerdem werden die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Absatz 1 Nr. 5 SGB VI erstattet.

1.2.1 Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV).

1.2.2 Wird durch schriftliche Erklärung glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstausfall entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Nr. 1.2.1 genannten Höchstbetrages zu ersetzen.

1.2.3 Der Verdienstausfall wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

1.3 Pauschbetrag für Zeitaufwand

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird für jeden Kalendertag einer Sitzung für den regelmäßig außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand, insbesondere für die Vorbereitung von Sitzungen, ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 79 EUR gewährt.

Unter „Sitzung“ ist eine Sitzung des Verwaltungsrates oder eines Ausschusses des Verwaltungsrates einschließlich evtl. Gruppenvorbesprechungen zu verstehen. Andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand wird den Mitgliedern des Verwaltungsrates mit Ausnahme der Vorsitzenden des Verwaltungsrates auch für die Tätigkeit außerhalb von Sitzungen, sofern entsprechende Kosten nicht von einem Dritten erstattet werden, ausnahmsweise dann geleistet, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme aufgrund eines besonderen Auftrages vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.

Virtuelle oder hybride Beratungen, denen eine schriftliche Abstimmung folgt, sind als Sitzung im Sinne des § 41 SGB IV zu bewerten.

1.4 Kinderbetreuungs- und Pflegekosten

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates mit Familien- oder Pflegeaufgaben können auf Antrag die aufgrund der Teilnahme an Sitzungen (einschließlich

An- und Abreise) zusätzlich anfallenden, unabwendbaren Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen in entsprechender Anwendung von § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) erstattet werden. Die Voraussetzungen für die Erstattung und die Höhe der Erstattung orientieren sich an den Empfehlungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Erstattung von Betreuungskosten für Kinder oder pflegebedürftige Personen nach § 10 Absatz 2 Satz 4 Nr. 2 BGleiG in der jeweils gültigen Fassung.

2. Zusätzliche Entschädigung der Vorsitzenden des Verwaltungsrates

2.1 Monatlicher Pauschbetrag für Zeitaufwand

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben außerhalb von Sitzungen einen monatlichen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe des 10-fachen Betrages des Pauschbetrages für Zeitaufwand gemäß 1.3 dieser Entschädigungsregelung.

2.2 Monatlicher Pauschbetrag für Auslagen

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates erhalten zur Abgeltung besonderer Kosten aus ihrer Amtsführung (Telefon, Porto sowie sonstige Kosten) einen monatlichen Pauschbetrag von 81 EUR, soweit nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

3. Entschädigung der Mitglieder und Vorsitzenden der Ausschüsse des Verwaltungsrates

Diese Entschädigungsregelung gilt auch für die Mitglieder von Ausschüssen, die der Verwaltungsrat gebildet hat.

Die Vorsitzenden der Ausschüsse und ihre Stellvertreter erhalten bei Ausschusssitzungen den doppelten Pauschbetrag für Zeitaufwand gemäß 1.3 dieser Entschädigungsregelung. Im Übrigen erhalten die Vorsitzenden der Ausschüsse den monatlichen Pauschbetrag für Auslagen gemäß 2.2 dieser Entschädigungsregelung.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen des Landesverbandes am selben Tag kann für jeden Kalendertag insgesamt nur ein volles Tagegeld und Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

Ausgleichsordnung für aufwendige Leistungsfälle

Stand: 01.08.2022

Ausgleichsordnung für aufwendige Leistungsfälle

§ 1

Allgemeines

(1) Die Ausgleichsordnung gilt für die Mitgliedskassen des Landesverbandes, die der Ausgleichsordnung beitreten (teilnehmende Mitgliedskassen). Ein Beitritt ist für das Ausgleichsjahr 2017 nur bis zum 15.01.2017 (Ausschlussfrist) möglich.

(2) Mitgliedskassen des Landesverbandes können der Ausgleichsordnung auch zu einem späteren Zeitpunkt jeweils zum 01.01. eines Kalenderjahres (Ausschlussfrist) beitreten. In diesem Fall besteht für Modul 1 ein Ausgleichsanspruch erst mit Beginn des zweiten Jahres ab Beitritt (Wartezeit) und für Modul 2 erst mit Beginn des dritten Jahres ab Beitritt (Wartezeit). Die Pflicht zur Beteiligung an der Aufbringung der Mittel besteht jedoch bereits ab Beitritt.

(3) Der Beitritt erfolgt durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Landesverband (Anlage: Beitrittsformular).

(4) Das Ausgleichsverfahren besteht aus zwei Modulen. Modul 1 gilt für alle teilnehmenden Mitgliedskassen. Modul 2 gilt zusätzlich zu Modul 1 für Mitgliedskassen mit bis zu 95.000 Versicherten. Eine Teilnahme nur an Modul 2 ist nicht zulässig.

(5) Der Landesverband führt auf Antrag einer teilnehmenden Mitgliedskasse das Ausgleichsverfahren durch und verwaltet die erforderlichen Mittel. Als Ausgleichsjahr gilt das Kalenderjahr.

(6) Ein Ausgleich für aufwendige Leistungsfälle findet nur insoweit statt, als der Landesverband die Mittel durch Zahlungen eingenommen hat. Das Ausgleichsverfahren wird durch den Landesverband lediglich ausgeführt, er stellt keine eigenen Mittel hierfür zur Verfügung.

§ 2

Aufwendige Leistungsfälle

(1) Das Ausgleichsverfahren erstreckt sich auf aufwendige Leistungsfälle, für die einer teilnehmenden Mitgliedskasse ab dem Ausgleichsjahr 2017 Aufwendungen entstanden sind.

(2) Als aufwendiger Leistungsfall gilt die Summe der Leistungsaufwendungen der

1. stationären Krankenhausbehandlung (Kontenarten 460 und 468, Konten 5760 - 5762 innerhalb der Kontenart 576); hinsichtlich der Zuordnung von Abrechnungen nach DRG gilt die zeitliche Zuordnung gemäß dem Kontenrahmen,

2. Arznei- und Verbandmittelversorgung (Kontenarten 430, 431, 434, 435, 436, 437, 438 und 573),

3. Behandlungskosten für die 24-Stunden-Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Beatmungsfälle, insbesondere die Aufwendungen für Anschaffung, Unterhaltung und Betrieb von Sauerstoff- und Inhalationsgeräten sowie deren Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen und Pflege- bzw. Betreuungskosten (Kontengruppe 44 und Kontenarten 509, 563 und 577) und

4. mit deutschem Recht vergleichbaren Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittelversorgung, 24-Stunden-Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Beatmungsfälle im Ausland

für die Behandlung eines Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres, unabhängig von der Krankheit, wenn sie mindestens 220.000 EUR (Schwellenwert) beträgt. Die Zuordnung der Leistungsausgaben richtet sich nach den Bestimmungen zum Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

(3) Realisierte Zuzahlungen und Rabatte sind vor Ermittlung des Schwellenwertes abzuziehen.

§ 3

Besondere Voraussetzungen in Modul 1

(1) In Modul 1 erfolgt ein Ausgleich bis maximal 599.999,99 EUR pro aufwendigen Leistungsfall (§ 2 Absatz 2).

(2) Ein Ausgleich nach Absatz 1 erfolgt jedoch nur, soweit eine Unterdeckung zwischen den berücksichtigungsfähigen tatsächlichen und den standardisierten Leistungsausgaben gemäß der Berechnung nach Absatz 4 im Ausgleichsjahr vorliegt.

(3) Erstattungsfähig ist maximal der Differenzbetrag zwischen den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben – zu 100 v. H. der berücksichtigungsfähigen tatsächlichen Leistungsausgaben gemäß der Berechnung nach Absatz 4.

(4) Von den ausgewiesenen berücksichtigungsfähigen tatsächlichen Leistungsausgaben in der Jahresrechnung (Schlüsselnummer 9995) des Ausgleichsjahres werden abgezogen:

a. die um die Erstattungen für Krankengeld verminderten Leistungsausgaben für Krankengeld;

b. die Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 SGB V (ohne die Zuschläge für Krankengeld) und die Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 lit. b SGB V (ohne den Verwaltungskostenanteil).

(5) Maßgeblich für die Ermittlung der Zuweisungen ist der Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahresausgleich (sogenannter Schlussausgleichsbescheid).

(6) Sollte im Falle der Fusion einer teilnehmenden Mitgliedskasse kein Bescheid zum Jahresausgleich durch das Bundesamt für Soziale Sicherung erstellt werden, so wird die Berechnung aus dem amtlichen FuV-Tableau zur KJ 1 zugrunde gelegt. Sollte auch die Berechnung aus dem amtlichen FuV-Tableau zur KJ 1 nicht vorliegen, wird das bis zur Fusion durchgeführte Abschlagsverfahren (Grundlagen-/Korrekturbescheid) herangezogen.

(7) Ein Erstattungsanspruch besteht lediglich, wenn die antragstellende teilnehmende Mitgliedskasse im Ausgleichsjahr einen Zusatzbeitrag von durchschnittlich 0,2 Prozentpunkten über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag der GKV (§ 242a SGB V) im Ausgleichsjahr erhebt.

§ 4

Aufbringung der Mittel in Modul 1

(1) Die Mittel der für ein Kalenderjahr im Modul 1 abgerechneten Ausgleichsansprüche werden von allen an der Ausgleichsordnung teilnehmenden Mitgliedskassen durch Umlage aufgebracht. Die antragstellende teilnehmende Mitgliedskasse wird zur Finanzierung mit herangezogen.

(2) Die Höhe der Umlage pro Versicherten wird berechnet aus dem Verhältnis der zu erstattenden Kosten für aufwendige Leistungsfälle im Modul 1 zu der Zahl der Versicherten aller teilnehmenden Mitgliedskassen des Kalenderjahres (Vordruck KM1/Jahresdurchschnitt), dem die Leistungsfälle zuzurechnen sind. Die Höhe der gesamten Belastung einer teilnehmenden Mitgliedskasse errechnet sich aus dem Produkt der sich aus Satz 1 ergebenden Umlagehöhe pro Versicherten und der Zahl der Versicherten der teilnehmenden Mitgliedskasse des Kalenderjahres (Vordruck KM1/Jahresdurchschnitt), dem die Leistungsfälle zuzurechnen sind.

(3) Die Umlagehöhe darf 2,20 EUR pro Versicherten im Kalenderjahr nicht überschreiten.

(4) Übersteigt das als ausgleichsfähig berücksichtigte Volumen der aufwendigen Leistungsfälle die maximale Umlagehöhe von 2,20 EUR pro Versicherten im Kalenderjahr, werden die ausgleichsfähigen Beträge der anspruchsberechtigten teilnehmenden Mitgliedskassen anteilsmäßig reduziert.

(5) Erfolgt für einen nach Modul 1 abgewickelten Fall eine Rückzahlung nach § 7 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 4 dieser Ausgleichsordnung, erfolgt eine Rückerstattung zugunsten der zur Umlage herangezogenen teilnehmenden Mitgliedskassen, sofern sie zum Zeitpunkt des Geldeingangs beim Landesverband noch dessen Mitglied sind. Diese Rückerstattung richtet sich nach den Bemessungsgrundlagen des Ausgleichsjahres, für das die Umlage erbracht wurde.

(6) Über die Umlage wird der einzelnen teilnehmenden Mitgliedskasse vom Landesverband ein schriftlicher Bescheid erteilt. Die Umlage ist spätestens einen Monat nach Eingang des Umlagebescheides zu zahlen.

§ 5

Besondere Voraussetzungen in Modul 2

(1) Das Ausgleichsverfahren nach Modul 2 gilt zusätzlich zu Modul 1 für teilnehmende Mitgliedskassen, die am 01.01. des Beitrittsjahres maximal 95.000 Versicherte (Vordruck KM1) haben.

(2) Die besonderen Voraussetzungen in Modul 1 gemäß § 3 gelten nicht für Modul 2.

(3) In Modul 2 werden nur diejenigen Fälle ausgeglichen, bei denen die Summe der Leistungsaufwendungen (§ 2 Absatz 2) mindestens 600.000 EUR beträgt (Schwellenwert).

(4) Sofern eine Kasse für einen aufwendigen Leistungsfall einen Ausgleichsanspruch aus Modul 1 hat, wird dieser Betrag auf den sich aus Modul 2 ergebenden Ausgleichsanspruch angerechnet.

(5) Mitgliedskassen können auf Antrag bei drohender bilanzieller Überschuldung Abschlagszahlungen auf den voraussichtlichen, durch vorliegende anspruchsbegründende Unterlagen belegten Ausgleichsbetrag erhalten. Der Vorstand des Landesverbandes entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 6

Aufbringung der Mittel in Modul 2

(1) Die Mittel der für ein Kalenderjahr im Modul 2 abgerechneten Ausgleichsansprüche werden von den an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskassen aufgebracht. Die antragstellende teilnehmende Mitgliedskasse wird zur Finanzierung mit herangezogen.

(2) Die an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskassen zahlen, beginnend ab dem Jahr 2017, eine Jahresprämie pro Versicherten und Ausgleichsjahr (Vordruck KM1, Stichtag 01.01.). Die Jahresprämie beträgt im Jahr 2017 1,50 EUR pro Versicherten. Für die Folgejahre wird die Jahresprämie im Rahmen der Haushaltsplanung des Landesverbandes durch den Verwaltungsrat unter Berücksichtigung der Empfehlung des Beratungsgremiums (§ 11 Absatz 1) festgesetzt.

(3) Soweit die von den an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskassen für ein Ausgleichsjahr gezahlten Jahresprämien nach Durchführung des Ausgleichsverfahrens (Modul 2) nicht ausgeschöpft sind, wird der Betrag für die folgenden Ausgleichsjahre angespart. Zinserträge fließen den angesparten Mitteln zu.

(4) Sofern die nach Absatz 2 zur Verfügung stehenden Mittel nicht zum Ausgleich der in Modul 2 ausgleichsberechtigen Fälle genügen, wird die erforderliche Summe von den an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskassen vollumfänglich nachträglich aufgebracht. Die Berechnung des nachzuschießenden Betrages erfolgt in entsprechender Anwendung von § 4 Absatz 2.

(5) Erfolgt für einen nach Modul 2 abgewickelten Fall eine Rückzahlung nach § 7 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6 Satz 4 dieser Ausgleichsordnung, fließt der Betrag den für Modul 2 angesparten Mitteln zu. Gleiches gilt für einen nach Modul 1 und 2 abgewickelten Fall; insoweit ist eine Rückzahlung gemäß § 4 Absatz 5 nachrangig.

(6) Über die nach Absatz 2 aufzubringenden Mittel wird der einzelnen an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskasse vom Landesverband bis zum 31. März des Kalenderjahres ein schriftlicher Bescheid erteilt. Über die nach Absatz 4 aufzubringenden Mittel wird der einzelnen an Modul 2 teilnehmenden Mitgliedskasse vom Landesverband nach Vorliegen der Berechnung des Erstattungsumfanges ein schriftlicher Bescheid erteilt. Der Betrag ist spätestens einen Monat nach Eingang des Bescheides zu zahlen.

§ 7

Erstattung und Verfahren

(1) Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Kalenderjahres (Ausgleichsjahr) sind nach Ablauf dieses Kalenderjahres bis spätestens 30.11. des Folgejahres (Antragsjahr), unter Beifügung aller erforderlicher Kopien der anspruchsbegründenden Unterlagen, zu beantragen. Für den Antrag ist ausschließlich das Formular zu verwenden, das jährlich bis zum 31.05. vom Landesverband an die teilnehmenden Mitgliedskassen versandt wird. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Zugangs beim Landesverband. Es handelt sich um eine Ausschlussfrist; die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 SGB X ist demnach ausgeschlossen.

(2) Der Landesverband ist berechtigt und verpflichtet, die eingereichten Unterlagen umfassend zu prüfen.

(3) Der Landesverband ist verpflichtet, den Erstattungsumfang zeitnah zu errechnen. Auf die als Anlage beigefügte Berechnungsmatrix wird verwiesen.

(4) Über die Erstattung erteilt der Landesverband einen schriftlichen Bescheid. Die Zahlung der Ausgleichsleistungen erfolgt durch den Landesverband nach Durchführung des Verfahrens zur Aufbringung der Mittel.

(5) Eine Erstattung der Aufwendungen für aufwendige Leistungsfälle erfolgt grundsätzlich nicht für Leistungsaufwendungen der teilnehmenden Mitgliedskasse, die sie gemäß §§ 265, 265b SGB V für aufwendige Leistungsfälle von Dritten ersetzt bekommt. Gegebenenfalls nach dieser Ausgleichsordnung empfangene Leistungen sind zurück zu gewähren.

(6) Eine Erstattung der Aufwendungen für aufwendige Leistungsfälle erfolgt grundsätzlich nicht für Leistungsaufwendungen, für die die teilnehmende Mitgliedskasse Ersatz- oder Erstattungsansprüche gegenüber Dritten hat. Abweichend davon kann eine Erstattung im Einzelfall dennoch erfolgen, wenn diese Ansprüche nicht, nur zu einem Teil oder erst zu einem für die Mitgliedskasse unzumutbaren späteren Zeitpunkt durchgesetzt werden können. Dies ist von der teilnehmenden Mitgliedskasse detailliert darzulegen, insbesondere hat sie darzulegen, alle erforderlichen Maßnahmen zur Durchsetzung dieser Ansprüche ergriffen zu haben. Die Erstattung erfolgt in diesem Fall unter dem Vorbehalt einer Rückzahlung, soweit die teilnehmende Mitgliedskasse die Ersatz- oder Erstattungsansprüche realisieren konnte.

§ 8

Aufwandserstattung

(1) Der beim Landesverband für die Durchführung des Ausgleichsverfahrens entstandene Aufwand ist diesem von den jeweils antragstellenden teilnehmenden Mitgliedskassen getrennt nach Modul 1 und Modul 2 zu erstatten.

(2) Die Höhe der jeweiligen Aufwandserstattung für Modul 1 und Modul 2 wird auf der Grundlage der Verwaltungsvorschrift des Finanzministeriums Baden-Württemberg über die Berücksichtigung der Verwaltungskosten insbesondere bei der Festsetzung von Gebühren und sonstigen Entgelten für die Inanspruchnahme der Landesverwaltung (VwV-Kostenfestlegung) in der jeweils aktuellen Fassung berechnet.

§ 9

Verfahren bei Fusionen und Sitzverlegungen

(1) Vereinigt sich eine teilnehmende Mitgliedskasse mit einer teilnehmenden oder nichtteilnehmenden Betriebskrankenkasse gilt die Ausgleichsordnung für den Rechtsnachfolger ab dem Ausgleichsjahr, in dem die Fusion wirksam wird. Sofern eine der vereinigten Kassen vor der Fusion an Modul 2 teilgenommen hat, nimmt auch der Rechtsnachfolger an Modul 2 teil, und zwar unabhängig von der Versichertenzahl.

(2) Fällt eine Kasse durch eine unterjährige Fusion gemäß Absatz 1 Satz 2 erstmals unter Modul 2, hat sie für den durch die Fusion hinzugekommenen Versicherten-zuwachs (Vordruck KM1, Stichtag 01.01.) die Jahresprämie (§ 6 Absatz 2) für das laufende Jahr nachzuzahlen.

(3) Vereinigt sich eine teilnehmende Mitgliedskasse mit einer nichtteilnehmenden Betriebskrankenkasse, gelten die in § 1 Absatz 2 geregelten Wartezeiten und die Beteiligung an der Aufbringung der Mittel für den Rechtsnachfolger entsprechend. Die Wartezeit wird vom 01.01. des Fusionsjahres angerechnet.

(4) Im Falle einer Vereinigung kann der Rechtsnachfolger innerhalb von 2 Wochen nach der Wirksamkeit der Fusion gegenüber dem Landesverband schriftlich erklären, dass er nicht mehr an der Ausgleichsordnung teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Verfahren zur Aufbringung der Mittel und am Erstattungsverfahren erfolgt dann letztmalig für das der Fusion vorangegangene Ausgleichsjahr.

(5) Vereinigt sich eine teilnehmende Mitgliedskasse mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart und ist der Rechtsnachfolger keine Betriebskrankenkasse,

erfolgt die Teilnahme am Verfahren zur Aufbringung der Mittel und am Erstattungsverfahren letztmalig für das der Fusion vorangegangene Ausgleichsjahr.

(6) Scheidet eine teilnehmende Mitgliedskasse durch Fusion oder Sitzverlegung aus dem Landesverband aus, erfolgt die Teilnahme am Verfahren zur Aufbringung der Mittel und am Erstattungsverfahren letztmalig für das der Fusion oder Sitzverlegung vorangegangene Ausgleichsjahr.

(7) Im Falle eines Ausscheidens aufgrund von Fusionen oder Sitzverlegungen erfolgt keine Rückzahlung der nach § 6 Absatz 2 eingezahlten Jahresprämien.

§ 10

Auswirkungen von Insolvenzen und Kassenschließungen

(1) Stellt die zuständige Aufsichtsbehörde einer teilnehmenden Mitgliedskasse den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen dieser Betriebskrankenkasse (§ 171b Absatz 3 Satz 1 SGB V) oder wird eine teilnehmende Mitgliedskasse wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit geschlossen (§ 170 SGB V), so endet ihre Teilnahme an dieser Ausgleichsordnung automatisch mit dem Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens bzw. dem Schließungsbescheid der zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) Sämtliche Pflichten und Rechte für und gegen diese Betriebskrankenkasse aus dieser Ausgleichsordnung, insbesondere bestehende Umlageverpflichtungen und Ausgleichsansprüche, erlöschen mit dem Ende der Teilnahme an der Ausgleichsordnung gemäß Absatz 1 mit sofortiger Wirkung.

§ 11

Beratungsgremium

(1) Beim Landesverband wird ein Beratungsgremium zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Ausgleichsordnung gebildet. Insbesondere spricht das Beratungsgremium jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres eine Empfehlung zur Anpassung der Jahresprämie nach § 6 Absatz 2 für das Folgejahr aus.

(2) Das Beratungsgremium setzt sich zusammen aus fünf Vorständen der teilnehmenden Mitgliedskassen. Die Vorstände aller teilnehmenden Mitgliedskassen wählen die fünf Vertreter in das Beratungsgremium.

§ 12

Inkrafttreten, Geltungsdauer und Austritt

(1) Diese Ausgleichsordnung tritt am 01.01.2017 in Kraft.

(2) Die Mindestteilnahmedauer der beigetretenen Mitgliedskasse beträgt drei Ausgleichsjahre.

(3) Die beigetretenen Mitgliedskassen können die Teilnahme an der Ausgleichsordnung mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum Ende ihrer Mindestteilnahme, für beendet erklären. Die Regelung in § 9 Absatz 4 bleibt hiervon unberührt. Eine Rückzahlung der nach § 6 Absatz 2 eingezahlten Jahresprämien erfolgt nicht.

(4) Die Erklärung des Austritts erfolgt gegenüber dem Landesverband. Sie bedarf der Schriftform.

(5) Sollte eine der Ausgleichsordnung entsprechende bundeseinheitliche Regelung zustande kommen, wird die Satzungsregelung überprüft.

(6) Die Ausgleichsordnung entfaltet ihre Wirkung erst, wenn bis zum 15.01.2017 20 Mitgliedskassen mit insgesamt 1.000.000 Versicherten (Vordruck KM1; Stichtag 01.12.2016) beigetreten sind.

(7) Das Ausgleichsverfahren wird letztmalig für das Ausgleichsjahr 2020 durchgeführt.

Anlage zur Ausgleichsordnung für aufwendige Leistungsfälle nach § 30 der Satzung des BKK Landesverbandes Süd

Die

_____
(BKK)

erklärt hiermit verbindlich ihren Beitritt zur Ausgleichsordnung nach § 30 der Satzung des BKK Landesverbandes Süd für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V ab dem 01.01._____.

_____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift Vorstand, Stempel)

Berechnungsmatrix für Modul 1 nach § 7 Absatz 3 Satz 2 der Ausgleichsordnung

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4
Antragstellende Mitgliedskasse	**Eingereichte Fallsummen der aufwendigen Leistungsfälle nach § 2 der Ausgleichsordnung**	**Unterdeckung der Mitgliedskassen aus der Berechnung nach § 3 der Ausgleichsordnung**	**Anrechenbare Erstattungssummen** Maximalerstattung Spalte 3
BKK A	1.500.000,00 €	-700.000,00 €	700.000,00 €
BKK B	1.500.000,00 €	-1.000.000,00 €	1.000.000,00 €
BKK C	2.000.000,00 €	-1.200.000,00 €	1.200.000,00 €
BKK D	400.000,00 €	-700.000,00 €	400.000,00 €
Gesamtsumme	**5.400.000,00 €**	**-3.600.000,00 €**	**3.300.000,00 €**
Anzahl Versicherte der teilnehmenden Mitgliedskassen			1.080.000
Belastung je Versicherten			3,06 €
Quotierung auf Höchstbetrag von 2,20 EUR je Versicherten nach § 4 Absatz 4 der Ausgleichsordnung			72,00%
Erstattungssummen nach Quotierung			
BKK A			504.000,00 €
BKK B			720.000,00 €
BKK C			864.000,00 €
BKK D			288.000,00 €
Gesamtsumme der Erstattung			**2.376.000,00 €**

Liquiditätshilfeordnung für aufwendige Leistungsfälle

Stand: 01.08.2022

Liquiditätshilfeordnung für aufwendige Leistungsfälle

Über den gesetzlich geregelten Risikopool werden ab dem Ausgleichsjahr 2021 finanzielle Belastungen einzelner Krankenkassen durch aufwendige Leistungsfälle unter bestimmten Voraussetzungen solidarisch finanziert (§ 268 SGB V in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung).

Um den Zeitraum bis zur Ausschüttung des Ausgleichsbetrags im Rahmen des Risikopools durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu überbrücken, bietet der BKK Landesverband Süd seinen Mitgliedskassen auf der Grundlage dieser Liquiditätshilfeordnung die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen für Rechnungen aufwendiger Leistungsfälle eine Liquiditätshilfe in Anspruch zu nehmen. Hierdurch soll vermieden werden, dass eine der Liquiditätshilfeordnung beigetretene Mitgliedskasse durch einen aufwendigen Leistungsfall zahlungsunfähig wird.

§ 1

Allgemeines

(1) Die Liquiditätshilfeordnung gilt für die Mitgliedskassen des Landesverbandes, die der Liquiditätshilfeordnung beitreten (teilnehmende Mitgliedskassen). Ein Beitritt ist nur bis zum 31.07.2021 (Ausschlussfrist) möglich.

(2) Mitgliedskassen des Landesverbandes können der Liquiditätshilfeordnung auch zu einem späteren Zeitpunkt jeweils zum 01.01. eines Kalenderjahres (Ausschlussfrist) beitreten. Der Beitritt muss bis spätestens zum 30.09. des Vorjahres erklärt werden (Ausschlussfrist). Die Pflicht zur Beteiligung an der Aufbringung der Mittel gemäß § 5 Absätze 2 und 4 sowie § 6 besteht ab Beitritt. Maßgeblich ist die Zahl der Versicherten zum 01.01. des Beitrittsjahres (Vordruck KM1).

(3) Der Beitritt erfolgt durch schriftliche Beitrittserklärung gegenüber dem Landesverband (Anlage: Beitrittsformular).

(4) Das Liquiditätshilfeverfahren besteht aus zwei Modulen. Modul 1 gilt für teilnehmende Mitgliedskassen, die zum Beitrittszeitpunkt maximal 75.000 Mitglieder (Vordruck KM1) haben. Modul 2 gilt für alle teilnehmenden Mitgliedskassen.

(5) Der Landesverband führt auf Antrag einer teilnehmenden Mitgliedskasse das Liquiditätshilfeverfahren für aufwendige Leistungsfälle durch und verwaltet die erforderlichen Mittel.

(6) Ein Liquiditätshilfeverfahren für aufwendige Leistungsfälle findet nur insoweit statt, als der Landesverband die Mittel durch Zahlungen der am Verfahren beteiligten Mitgliedskassen eingenommen hat. Das Liquiditätshilfeverfahren wird durch den Landesverband lediglich ausgeführt, er stellt keine eigenen Mittel hierfür zur Verfügung.

§ 2

Aufwendige Leistungsfälle

(1) Als aufwendiger Leistungsfall gilt der Eingang einer Rechnung für eine Leistungsinanspruchnahme eines Versicherten einer teilnehmenden Mitgliedskasse, die gemäß § 268 SGB V in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung nach der Prognose des Landesverbandes im Risikopool ausgleichsfähig ist. Freiwillige Satzungsleistungen der teilnehmenden Mitgliedskasse sind ausgenommen. Rechnungen, die vor dem 01.04.2021 eingegangen sind, oder Rechnungen, die dem Jahr 2020 und Vorjahre zuzuordnen sind, werden nicht berücksichtigt.

(2) Aufwendige Leistungsfälle (Rechnungen), die 999.999,99 EUR nicht überschreiten, werden in Modul 1 berücksichtigt. Anspruchsberechtigt sind hier nur teilnehmende Mitgliedskassen, die zum Beitrittszeitpunkt maximal 75.000 Mitglieder (Vordruck KM1) haben. Maßgeblich ist der offene Rechnungsbetrag. Der offene Rechnungsbetrag muss einen kassenabhängigen Schwellenwert erreichen. Dieser beträgt

a) für Mitgliedskassen bis 9.999 Mitglieder: 300.000 EUR,

b) für Mitgliedskassen ab 10.000 Mitgliedern: 500.000 EUR.

Die Mitgliederzahl wird anhand des Vordrucks KM1 zum Stichtag 01. des Monats des Rechnungsdatums ermittelt.

(3) Aufwendige Leistungsfälle mit einem offenen Rechnungsbetrag ab 1.000.000 EUR werden in Modul 2 berücksichtigt. Anspruchsberechtigt sind hier alle teilnehmenden Mitgliedskassen.

§ 3

Voraussetzungen der Hilfegewährung

(1) Ein Anspruch auf Liquiditätshilfe besteht nur, wenn und soweit die aktuelle Liquidität der antragstellenden Mitgliedskasse unter der jeweils

kassenindividuellen kritischen Liquiditätsgrenze liegt oder durch einen aufwendigen Leistungsfall im Sinne von § 2 unter die kritische Liquiditätsgrenze fällt.

(2) Die aktuelle Liquidität berechnet sich nach den zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Bestimmungen der KV45. Zur Beurteilung der aktuellen Liquidität der antragstellenden Mitgliedskasse werden die Buchungstage der letzten drei Kalendermonate vor Rechnungsdatum bei der teilnehmenden Mitgliedskasse herangezogen. Dabei werden die jeweils zwei niedrigsten Liquiditätsstände (Buchungstage) je Kalendermonat addiert und durch sechs geteilt.

(3) Die kritische Liquiditätsgrenze richtet sich nach der Monatsausgabe der antragstellenden Mitgliedskasse. Die Monatsausgabe ist die Ausgabe des nach dem Haushaltsplan auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke. Maßgeblich ist der zum Zeitpunkt des Rechnungsdatums gültige Haushaltsplan.

(4) Die kritische Liquiditätsgrenze einer Mitgliedskasse beträgt bei einer Monatsausgabe

a) ab 100.000.000 EUR	10 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 15.000.000 EUR,
b) ab 50.000.000 EUR bis 99.999.999,99 EUR	15 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 10.000.000 EUR,
c) ab 20.000.000 EUR bis 49.999.999,99 EUR	20 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 5.000.000 EUR,
d) ab 10.000.000 EUR bis 19.999.999,99 EUR	25 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 3.000.000 EUR,
e) ab 5.000.000 EUR bis 9.999.999,99 EUR	30 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 1.750.000 EUR,
f) ab 3.000.000 EUR bis 4.999.999,99 EUR	35 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 1.200.000 EUR,
g) ab 1.500.000 EUR bis 2.999.999,99 EUR	40 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 675.000 EUR,
h) ab 1.000.000 EUR bis 1.499.999,99 EUR	45 % der Monatsausgabe, mindestens jedoch 500.000 EUR,
i) bis 999.999,99 EUR	50 % der Monatsausgabe.

Die kritische Liquiditätsgrenze beträgt hierbei immer mindestens die Höchstsumme der nächstkleineren Stufe.

(5) Voraussetzung für die Gewährung der Liquiditätshilfe ist, dass die antragstellende Mitgliedskasse eine Vermögensschadenversicherung mit ausreichender Deckung abgeschlossen hat.

§ 4

Art und Umfang der Hilfegewährung

(1) Die Liquiditätshilfe wird in Form von zinslosen Darlehen gewährt. Die hilfeempfangende teilnehmende Mitgliedskasse ist zur vollständigen Rückzahlung des Darlehens verpflichtet.

(2) Ein Anspruch auf Liquiditätshilfe besteht nur, wenn die antragstellende Mitgliedskasse die Pflichten zur Aufbringung der Mittel gemäß § 5 Absätze 2 und 4 und § 6 sowie ggf. ihre Rückzahlungspflicht aus vormals gewährten Liquiditätshilfen gemäß § 4 Absatz 4 vollständig erfüllt hat.

(3) Die Höhe der Liquiditätshilfe ist sowohl begrenzt auf die Höhe der prognostizierten, im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungen als auch auf die fehlende Summe bis zum Erreichen der kritischen Liquiditätsgrenze (§ 3). Sofern die sich ergebende Höhe der Liquiditätshilfe einen Betrag von 50.000 EUR unterschreitet, wird von der Gewährung abgesehen (Geringfügigkeitsgrenze).

(4) Die Liquiditätshilfe ist zur Rückzahlung fällig,

a) sobald die Ausschüttung des Ausgleichsbetrags im Rahmen des Risikopools durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgt ist oder erfolgt wäre, wenn die Voraussetzungen des Risikopools erfüllt gewesen wären,

b) sobald die Teilnahme an der Liquiditätshilfeordnung durch Austritt gemäß § 8 Absatz 2 oder § 11 Absatz 2 endet,

c) sobald die antragstellende Mitgliedskasse aus dem Landesverband ausscheidet,

d) sobald die antragstellende Mitgliedskasse für den aufwendigen Leistungsfall einen Ersatz- oder Erstattungsanspruch gegenüber einem Dritten realisieren konnte, oder

e) sobald die antragstellende Mitgliedskasse eine Anzeige nach § 160 Absatz 2 SGB V gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde gemacht hat.

(5) In den Fällen des Absatzes 4 Buchst. b) und c) entfällt der Anspruch auf Liquiditätshilfe, sofern zwischen Antragstellung und Fälligkeit der Rückzahlungspflicht lediglich ein Zeitraum von vier Wochen bestünde (Geringfügigkeitsgrenze).

§ 5

Aufbringung der Mittel für Modul 1

(1) Die Mittel für die Liquiditätshilfen in Modul 1 werden von allen an Modul 1 der Liquiditätshilfeordnung teilnehmenden Mitgliedskassen durch Einlage aufgebracht.

(2) Nach Inkrafttreten der Liquiditätshilfeordnung wird als Finanzierungsgrundlage für Modul 1 eine Einlage zum Aufbau des Basiskapitals für die Liquiditätshilfen durch die teilnehmenden Mitgliedskassen aufgebracht. Die Einlage beträgt 2 EUR pro Versicherten (Vordruck KM1, Stichtag 01.01.2021).

(3) Der Landesverband verwaltet das Basiskapital entsprechend seiner Anlagerichtlinie. Zinserträge fließen dem Basiskapital zu, Zinsaufwendungen und entstehende Gebühren belasten das Basiskapital.

(4) Sofern sich aus dem Antragsgeschehen ergibt, dass das nach den Absätzen 2 und 3 zur Verfügung stehende Basiskapital den Bedarf an Liquiditätshilfen in Modul 1 nicht decken wird, besteht eine Pflicht der an Modul 1 teilnehmenden Mitgliedskassen zur Auffüllung des Basiskapitals. Über Höhe und Zeitpunkt der Auffüllung entscheidet der Landesverband durch den Verwaltungsrat auf der Grundlage einer Prognose über den zusätzlichen Bedarf und unter Berücksichtigung der Empfehlung des Beratungsgremiums (§ 10). Basis für die Auffüllung ist die KM 1-Statistik zum 01.01. des Jahres, in dem der Verwaltungsrat den Beschluss fasst.

(5) Über die nach den Absätzen 2 und 4 aufzubringenden Mittel wird der einzelnen an Modul 1 teilnehmenden Mitgliedskasse vom Landesverband ein schriftlicher Bescheid erteilt. Der Betrag ist spätestens zwei Wochen nach Eingang des Bescheides zu zahlen.

(6) Das nach Beendigung dieser Liquiditätshilfeordnung durch den Landesverband vorhandene Basiskapital erhalten die an Modul 1 teilnehmenden Mitgliedskassen entsprechend der von ihnen aufgebrachten Einlagen zurück. § 11 Absatz 3 bleibt unberührt.

§ 6

Aufbringung der Mittel für Modul 2

(1) Die Mittel für die Liquiditätshilfen in Modul 2 werden von allen teilnehmenden Mitgliedskassen durch Umlage aufgebracht. Die antragstellende Mitgliedskasse wird zur Finanzierung mit herangezogen.

(2) Die Höhe der Umlage pro Versicherten wird berechnet aus dem Verhältnis der zu berücksichtigenden Kosten für aufwendige Leistungsfälle im Modul 2 zu der Zahl der Versicherten aller zum Zeitpunkt der Antragstellung teilnehmenden Mitgliedskassen (Vordruck KM1/Stichtag 01. des Monats des Rechnungsdatums). Die Höhe der gesamten Belastung einer teilnehmenden Mitgliedskasse errechnet sich aus dem Produkt der sich aus Satz 1 ergebenden Umlagehöhe pro Versicherten und der Zahl der Versicherten der teilnehmenden Mitgliedskasse (Vordruck KM1/ Stichtag 01. des Monats des Rechnungsdatums).

(3) Über die Umlage wird der einzelnen teilnehmenden Mitgliedskasse vom Landesverband ein schriftlicher Bescheid erteilt. Der Betrag ist spätestens zwei Wochen nach Eingang des Bescheides zu zahlen.

(4) Sobald und soweit die Rückzahlungspflicht der hilfeempfangenden teilnehmenden Mitgliedskasse aus § 4 Absätze 1 und 4 erfüllt wurde, erhalten die teilnehmenden Mitgliedskassen die von ihnen für dieses Verfahren aufgebrachte Umlage zurück. § 11 Absatz 3 bleibt unberührt.

§ 7

Verfahren

(1) Das Liquiditätshilfeverfahren beginnt mit Stellung eines Antrags und endet mit vollständiger Rückzahlung der Liquiditätshilfe.

(2) Die Liquiditätshilfe ist innerhalb von 6 Monaten ab dem Rechnungsdatum der anspruchsauslösenden Rechnung unter Beifügung aller erforderlicher Kopien der anspruchsbegründenden Unterlagen, zu beantragen. Für den Antrag ist ausschließlich das Formular zu verwenden, das den teilnehmenden Mitgliedskassen vom Landesverband zur Verfügung gestellt wird. Der Landesverband informiert die teilnehmenden Mitgliedskassen über den Eingang eines Antrags.

(3) Dem Antrag auf Liquiditätshilfe hat die antragstellende Mitgliedskasse den Nachweis des Bestehens einer Vermögensschadenversicherung mit ausreichender Deckung beizufügen.

(4) Der Landesverband ist berechtigt und verpflichtet, die eingereichten Unterlagen umfassend zu prüfen.

(5) Liegt ein aufwendiger Leistungsfall im Sinne von § 2 vor, ist der Landesverband verpflichtet, den Umfang der Liquiditätshilfe zeitnah zu errechnen. Hierfür wird zunächst eine Prognose über den Umfang der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungen erstellt. Sodann werden die aktuelle Liquidität und die kritische Liquiditätsgrenze der antragstellenden Mitgliedskasse ermittelt (vgl. § 3 Absätze 2 bis 4). Die Liquiditätshilfe wird maximal in Höhe der prognostizierten, im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungen gewährt und nur, soweit die aktuelle Liquidität unter der kritischen Liquiditätsgrenze liegt.

(6) Der Landesverband zieht das Beratungsgremium (§ 10) beratend hinzu. Das Beratungsgremium spricht eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen aus.

(7) Der Landesverband berät und begleitet die antragstellende Mitgliedskasse für die Dauer der Darlehensgewährung in ihrer finanziellen Entwicklung.

(8) Über die Gewährung der Liquiditätshilfe erteilt der Landesverband einen schriftlichen Bescheid. Zur Sicherung des Rückzahlungsanspruchs tritt die antragstellende Mitgliedskasse dem Landesverband ihre im Zusammenhang mit dem aufwendigen Leistungsfall gegen den Risikopool bestehende Forderung in Höhe der gewährten Liquiditätshilfe ab. Hierzu schließen der Landesverband und die antragstellende Mitgliedskasse einen gesonderten Vertrag.

(9) Die Gewährung einer Liquiditätshilfe erfolgt grundsätzlich nicht für Leistungsaufwendungen der teilnehmenden Mitgliedskasse, die sie gemäß §§ 164, 265 SGB V für aufwendige Leistungsfälle von Dritten ersetzt bekommt. Gegebenenfalls nach dieser Liquiditätshilfeordnung empfangene Leistungen sind zurück zu gewähren.

§ 8

Verfahren bei Fusionen und Sitzverlegungen

(1) Vereinigt sich eine teilnehmende Mitgliedskasse mit einer nichtteilnehmenden Betriebskrankenkasse, gilt die Liquiditätshilfeordnung für den Rechtsnachfolger ab dem Zeitpunkt, in dem die Fusion wirksam wird. Die Anspruchsberechtigung in Modul 1 bestimmt sich nach der durch die Fusion entstandenen Mitgliederzahl des Rechtsnachfolgers zum 01. des Monats in dem die Fusion wirksam wird (Vordruck KM1). Verbleibt die Mitgliedskasse in Modul 1, besteht für den durch die Fusion

hinzugekommenen Mitgliederzuwachs die Pflicht zur nachträglichen Aufbringung der Mittel gemäß § 5 Absätze 2 und 4. Maßgeblich ist die Zahl der Mitglieder zum 01. des Monats der dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Fusion vorausgeht (Vordruck KM1). Endet die Anspruchsberechtigung in Modul 1 durch die Fusion, erfolgt die Rückzahlung der geleisteten Einlagen in entsprechender Anwendung von § 11 Absatz 3.

(2) Im Falle einer Vereinigung einer teilnehmenden mit einer nichtteilnehmenden Betriebskrankenkasse kann der Rechtsnachfolger innerhalb von 2 Wochen nach der Wirksamkeit der Fusion gegenüber dem Landesverband schriftlich erklären, dass er nicht mehr an der Liquiditätshilfeordnung teilnehmen möchte. Läuft zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Fusion ein Liquiditätshilfeverfahren, wird die ursprünglich teilnehmende Kasse vollumfänglich an der Aufbringung der Mittel beteiligt. Die Rückzahlung der geleisteten Einlagen erfolgt in entsprechender Anwendung von § 11 Absatz 3.

(3) Scheidet eine teilnehmende Mitgliedskasse durch Fusion oder Sitzverlegung aus dem Landesverband aus, erlischt der Anspruch auf Liquiditätshilfe. Die Rückzahlung der geleisteten Einlagen erfolgt in entsprechender Anwendung von § 11 Absatz 3.

§ 9

Auswirkungen von Insolvenzen und Kassenschließungen

Stellt die zuständige Aufsichtsbehörde einer teilnehmenden Mitgliedskasse den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen dieser Betriebskrankenkasse (§ 160 Absatz 3 Satz 1 SGB V) oder wird eine teilnehmende Mitgliedskasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen (§ 159 SGB V), so endet ihre Teilnahme an dieser Liquiditätshilfeordnung automatisch mit dem Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens bzw. dem Schließungsbescheid der zuständigen Aufsichtsbehörde. Eine gewährte Liquiditätshilfe ist zur Rückzahlung fällig. Die Rückzahlung der geleisteten Einlagen in das Basiskapital erfolgt in entsprechender Anwendung von § 11 Absatz 3.

§ 10

Beratungsgremium

(1) Beim Landesverband wird ein Beratungsgremium zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Liquiditätshilfeordnung gebildet.

(2) Das Beratungsgremium setzt sich zusammen aus fünf Vorständen der teilnehmenden Mitgliedskassen. Die Vorstände aller teilnehmenden Mitgliedskassen wählen die fünf Vertreter in das Beratungsgremium.

(3) Das Beratungsgremium fasst seine Beschlüsse mit einer Mehrheit von vier Stimmen. Die Beratung und Beschlussfassung kann auch in einer Telefon- oder Videokonferenz erfolgen.

§ 11

Inkrafttreten, Geltungsdauer und Austritt

(1) Diese Liquiditätshilfeordnung tritt am 01.04.2021 in Kraft.

(2) Die beigetretenen Mitgliedskassen können die Teilnahme an der Liquiditätshilfeordnung mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2023, für beendet erklären. Die Regelung in § 8 Absatz 2 bleibt hiervon unberührt.

(3) Die von der austretenden Kasse geleisteten Einlagen werden innerhalb von drei Monaten nach dem Wirksamwerden des Austritts unter Anwendung des Grundsatzes aus § 5 Absatz 6 zurückgezahlt. Soweit die ausgetretene Kasse ihrer gemäß § 4 Absätze 1 und 4 bestehenden Rückzahlungspflicht nicht nachgekommen ist, werden die Forderungen gegeneinander aufgerechnet. Läuft zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Austritts ein Liquiditätshilfeverfahren einer anderen Mitgliedskasse, wird die austretende Kasse vollumfänglich an der Aufbringung der Mittel beteiligt. Die Rückzahlung der hierdurch gebundenen Anteile der Einlagen beziehungsweise Umlagen erfolgt erst nach Abschluss dieses Verfahrens.

(4) Die Erklärung des Austritts erfolgt gegenüber dem Landesverband. Sie bedarf der Schriftform. Sollte eine der Liquiditätshilfeordnung entsprechende bundeseinheitliche Regelung zustande kommen, wird die Satzungsregelung überprüft. Im Falle der Aufhebung der Liquiditätsordnung durch den Landesverband erfolgt die Rückzahlung der geleisteten Einlagen in das Basiskapital in entsprechender Anwendung von Absatz 3.

(5) Die Liquiditätshilfeordnung entfaltet ihre Wirkung erst, wenn bis zum 31.07.2021 mindestens 18 Mitgliedskassen mit insgesamt mindestens 1.000.000 Versicherten (Vordruck KM1; Stichtag 01.01.2021) beigetreten sind.

Anlage zur Liquiditätshilfeordnung für aufwendige Leistungsfälle nach § 30 der Satzung des BKK Landesverbandes Süd

Die

_____
(BKK)

erklärt hiermit verbindlich ihren Beitritt zur Liquiditätshilfeordnung nach § 30 der Satzung des BKK Landesverbandes Süd für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V.

_____	_____
(Ort, Datum)	(Unterschrift Vorstand, Stempel)