Arbeitspapier der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger Vorstands- und Geschäftsführervergütungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

(Krankenkassen und ihre Verbände, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und deren Arbeitsgemeinschaften nach §§ 219 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), 94 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X))

I. Einführung

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) hat zum 1. Januar 1996 eine an Wettbewerbsgrundsätzen orientierte Organisationsstruktur Einzug in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehalten. Abweichend von den für alle Zweige der Sozialversicherung bis dahin existierenden ehrenamtlichen Organen, Vertreterversammlung und Vorstand sowie der hauptamtlichen Geschäftsführung gibt es in der GKV seitdem den (ehrenamtlichen) Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie einen hauptamtlichen, auf die Dauer von sechs Jahren gewählten Vorstand. Gleichzeitig wurden die bis dahin am Beamtenrecht orientierten Vergütungsregelungen für die Geschäftsführer der Krankenkassen und Verbände aufgegeben.

In der Begründung des Gesetzentwurfs zum Gesundheitsstrukturgesetz der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP vom 5. November 1992 heißt es hierzu, dass Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Krankenkassen künftig auch den durch Wahlfreiheit und Wettbewerb gestiegenen Anforderungen an Entscheidungsfähigkeit, Kompetenz und Flexibilität gerecht werden müssten; dem werde durch die Wahl eines hauptamtlichen Vorstandes auf Zeit Rechnung getragen (BT-Drs. 12/3608, S. 75). Nach der Begründung zu § 35a Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) sollte es ermöglicht werden, Personen einzustellen, die die notwendige Qualifikation für eine derartige Managerfunktion erfüllen können (BT-Drs. 12/3608, S. 128).

Der Gesetzgeber hatte im Zusammenhang mit dem Systemwechsel zum 1. Januar 1996 jedoch keine spezialgesetzlichen Regelungen zur Vorlagepflicht von Vorstandsdienstverträgen bei den Aufsichtsbehörden - weder für die Vorlage von Entwürfen von Verträgen noch von abgeschlossenen Verträgen - verabschiedet. Die Aufsichtsbehörden konnten daher eine Unterzeichnung der Vorstandsdienstverträge vor der aufsichtsrechtlichen Prüfung nicht verhindern.
Da auch hier der Grundsatz galt, dass geschlossene Verträge einzuhalten sind, konnten die Aufsichtsbehörden eine Krankenkasse lediglich auf der Grundlage des § 89 Abs. 1 SGB IV aufsichtsrechtlich beraten und verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben, indem zukünftig keine vergleichbaren Verträge abgeschlossen werden.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz - GMG - vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2005 auch für den Bereich der Kassenärztlichen und Kassen-

zahnärztlichen Vereinigungen die Bildung hauptamtlicher Vorstände vorgesehen. Die bislang durch die ehrenamtlichen Selbstverwaltungsorgane, Vertreterversammlung und Vorstand sowie die hauptamtliche Geschäftsführung geführten K(Z)Ven werden nunmehr durch einen für die Dauer von sechs Jahren gewählten Vorstand verwaltet und vertreten, der aus bis zu 3 Mitgliedern besteht (§ 79 SGB V).

In der Begründung des Gesetzentwurfs zum GKV-Modernisierungsgesetz der Fraktionen von SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 8. September 2003 heißt es hierzu:
„Um den gewachsenen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gerecht zu werden, wird entsprechend der bereits erfolgten Neuorganisation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine Neuordnung der inneren Organisation durchgeführt. Die Vertreterversammlung wird zum alleinigen Selbstverwaltungsorgan. Der Vorstand wird zu einem hauptamtlichen Organ der selbstverwalteten Körperschaft fortentwickelt. (...)“

Im Übrigen sind die für den Vorstand der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Regelungen zur Wahl, Amtsführung, Amtsenthebung und Haftung des SGB IV entsprechend anzuwenden. Absatz 6 Satz 2 sichert insbesondere die Management-Qualifikation der einzelnen Mitglieder des Vorstandes für ihren jeweils eigenverantwortlich zu leitenden Geschäftsbereich und stärkt somit zugleich die Professionalisierung des Vorstandes in seiner Gesamtheit (BT-Drs. 15/1525/ S. 152).

Der Deutsche Bundestag hat nun mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften auf Grund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) die Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch durch Einfügung eines Absatzes 6a in § 35a SGB IV beschlossen (Drs.17/13770) und eine Vorlagepflicht und einen Zustimmungsvorbehalt durch die Aufsichtsbehörden über die gesetzlichen Krankenkassen, die KVen und KZVen und MDKs für Vorstandsdienstverträge bzw. Geschäftsführerdienstverträge eingeführt. Das Gesetz vom 7. August 2013 wurde im Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr. 47 am 12. August 2013 verkündet und trat am 13. August 2013 in Kraft.
§ 35a Abs. 6a SGB IV lautet:

> „(6a) Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstands hat in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich, zur Größe und zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen. Dabei ist insbesondere die Zahl der Mitglieder der Körperschaft zu berücksichtigen.“

Der Zustimmungsvorbehalt gilt für alle Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstverträge, die nach Inkrafttreten der Regelung abgeschlossen, geändert oder verlängert werden. Ohne diese Zu-

stimmung werden geschlossene Verträge nicht wirksam. Bereits wirksame, bis zum Ablauf der laufenden Amtsperiode unverändert geltende Verträge werden nicht erfasst.

Die Krankenkassen und K(Z)Ven sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und somit der mittelbaren Staatsverwaltung zuzuordnen. Die im Bereich der K(Z)Ven niedergelassenen Zahnärzte und Ärzte sind Zwangsmitglieder der jeweiligen Körperschaft. Maßstab bei der Entscheidung der Selbstverwaltung dieser Körperschaften und des MDK über die Höhe der Vergütung und damit zugleich Prüfmaßstab für die Aufsichtsbehörden sind somit die gesetzlich normierten Haushaltsgrundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV).

II. Form und Zeitpunkt der Zustimmung

Die Entscheidung über Abschluss, Verlängerung oder Änderung eines Vorstands- bzw. Geschäftsführervertrages trifft nach § 33 Abs. 2, 3 SGB IV bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkrankenkassen der Verwaltungsrat. Dieser schließt in Vertretung der Krankenkasse auf der Grundlage des Bürgerlichen Rechts, § 611 BGB, den Vorstandsdienstvertrag mit dem Vorstandsmitglied ab. Bei den K(Z)Ven entscheidet über Abschluss, Verlängerung oder Änderung eines Vorstandsvertrages die Vertreterversammlung. Beim MDK entscheidet der Verwaltungsrat.

Die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde zu einem Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstvertrag wird auf der Grundlage des öffentlichen Rechts, § 35a Abs. 6a SGB IV, erteilt bzw. verweigert.

Sowohl die Erteilung einer Zustimmung als auch deren Verweigerung sind nach allgemeinen Grundsätzen als Verwaltungsakt zu qualifizieren und der Institution gegenüber in Form eines Bescheides (§ 33 SGB X) bekannt zu geben.

Adressat des Bescheides ist der Sozialversicherungsträger/die Institution, vertreten durch den Verwaltungsrat/die Vertreterversammlung gemäß § 33 Abs. 2, 3 SGB IV.

Die Verträge sind vor Unterschrift vorzulegen, um im Innenverhältnis keine Fakten zu schaffen, die nachverhandelt werden müssen, und um im Außenverhältnis keinen unzutreffenden Rechtsschein zu erzeugen. Hinzu kommt, dass, da der Vertrag ohne Zustimmung nicht wirksam wird, der Vorstand/Geschäftsführer ggf. in einem faktischen Arbeitsverhältnis wäre, was zu vermeiden ist.

Aufsichtsrechtlich zu beanstandende Vereinbarungen sowie unwirtschaftliche Vergütungen und andere Vereinbarungen mit finanziellen Auswirkungen (z.B. Versorgungsregelungen) können im Vorfeld korrigiert werden, so dass im Innenverhältnis keine Fakten geschaffen werden, die anschließend nachverhandelt werden müssen.

Grundsätzlich sollen die Krankenkassen, K(Z)Ven und MDK zunächst die Zustimmungsfähigkeit der beabsichtigten Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstverträge prüfen lassen und erst danach die Organstellung der Vorstandsmitglieder bzw. des Geschäftsführers durch Wahl begründen.

III. Vergütungsmaßstab

1. Keine detaillierten gesetzlichen Vorgaben

Das Gesetz gibt keinen Hinweis darauf, wie die gesetzlichen Maßstäbe unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit von den Rechtsaufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Prüfung bei den jeweiligen Institutionen umzusetzen sind.

Vor Einführung der Zustimmungspflicht in § 35a Abs. 6a SGB IV erfolgte die Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstverträgen durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden durch Ermittlung der Spannbreite der Vergütungen, die Krankenkassen, K(Z)Ven und MDK vergleichbarer Größe für ihre Vorstände/Geschäftsführer tatsächlich ausgeben.

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger halten nach Einführung von § 35a Abs. 6a SGB IV mangels detaillierter gesetzlicher Vorgaben und sachgerechter vom Markt unabhängiger Vergütungsmaßstäbe auch weiterhin an diesem Maßstab fest und betrachten die Spannbreite der Vergütungen, die die Krankenkassen, K(Z)Ven und MDK für die Vergütungen ihrer Vorstände/Geschäftsführer aufwenden und jährlich im Bundesanzeiger veröffentlichen. Da die Zahl der Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse zwangsläufig in der Zahl der Versicherten enthalten ist, tragen die Aufsichtsbehörden den Vorgaben des Gesetzgebers in § 35a Abs. 6a Satz 3 SGB IV Rechnung, indem sie auch weiterhin die Versichertenzahlen einer Krankenkasse als Maßstab für deren Größe betrachten.

Für die K(Z)Ven bedarf es einer differenzierteren Betrachtung unter Berücksichtigung der Anzahl ihrer Mitglieder und der Versicherten je K(Z)V-Bezirk, um so der Verantwortung der Sicherstellung der Versorgung gerecht zu werden.

Für die MDK werden die Aufsichtsbehörden ebenfalls die Anzahl der Versicherten je KV- Bezirk als Maßstab ansetzen.

2. Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit

Das Ziel der Aufsichtsbehörden ist es, in Einzelfällen grob unwirtschaftliche Vereinbarungen auszuschließen und im Allgemeinen einen unangemessenen Anstieg des Vergütungsniveaus zu verhindern.

Der gesetzliche Maßstab für die Selbstverwaltung und damit zugleich Prüfmaßstab für die Aufsichtsbehörden (§ 87 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) ist der gesetzlich normierte Grundsatz der Wirt-

schaftlichkeit und Sparsamkeit (§§ 4 Abs. 4 Satz 1 SGB V, 69 Abs. 2 SGB IV).

Das Bundessozialgericht hat u. a. in seiner Entscheidung vom 26. August 1983 (Az. 9 K 29/82) zu den Tatbestandsmerkmalen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ausgeführt:

„Obwohl der konkrete Inhalt der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit praktisch nicht bestimmbar ist, läßt sich immerhin soviel sagen, daß 'Wirtschaftlichkeit' das Gebot bezeichnet, entweder mit gegebenen Mitteln den größtmöglichen Nutzen zu erreichen (Maximalprinzip) oder einen bestimmten Nutzen mit den geringstmöglichen Mitteln (Minimalprinzip). Das Sparsamkeitsgebot hat demgegenüber keine eigenständige Bedeutung (...) Die Begriffe beschreiben eine Mittel-Zweck-Relation mit dem Ziel, bei der Verwendung von Haushaltsmitteln das Notwendige nicht zu überschreiten."

Sparsam und wirtschaftlich sind danach nur die Aufwendungen, die der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Krankenkasse, der K(Z)V oder des MDK dienen. Mittel dürfen also nur insoweit verwandt werden, wie sie in Bezug auf die Vorstand- bzw. Geschäftsführertätigkeit für Art und Umfang des Erfolgs, hier also zur kompetenten und erfolgreichen Bewältigung der Vorstands- oder Geschäftsführersaufgaben, zwangsläufig unentbehrlich und unvermeidbar sind.

Die Krankenkasse darf einem Vorstand nur ein Gehalt in notwendiger Höhe anbieten. Notwendig ist das Gehalt, welches nach den Bedingungen des Marktes angeboten werden muss, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Dieser Grundsatz gilt auch für K(Z)Ven und MDK.

3. Vergütung im Einzelnen

a) Festgehalt/Grundvergütung

Grundvergütung ist nach Auffassung der Aufsichtsbehörden die Vergütung, auf die in jedem Fall ein Rechtsanspruch besteht. Einen Überblick über die im Bundesanzeiger veröffentlichten, bundesweit gezahlten Grundvergütungen bei den gesetzlichen Krankenkassen in Diagrammform enthält die **Anlage**. Die darin enthaltene Trendlinie stellt einen Anhaltspunkt dar, welche Grundvergütung marktüblich ist. Bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 dienen die Trendliniendiagramme auf Grundlage der im Bundesanzeiger 2013 veröffentlichten Grundvergütungen als Vergleichsmaßstab; ab dem 1. Januar 2016 bilden die Trendliniendiagramme auf Grundlage der im Bundesanzeiger 2015 veröffentlichten Vergütungen den Vergleichsmaßstab. Jeweils zum 1. Juli eines Jahres, erstmalig am 1. Juli 2016, werden die Trendliniendiagramme in der Anlage mit den im Bundesanzeiger desselben Jahres veröffentlichten Vergütungen aktualisiert.

Die Trendlinienwerte stellen für sich betrachtet keine Obergrenze dar, da nach dem laut Gesetzesbegründung zu § 35a Abs. 6a SGB IV weit auszulegenden Vergütungsbegriff nicht nur die Grundvergütung, sondern eine Gesamtvergütung aus allen Vergütungsbestandteilen zu bewerten ist. Die

Gesamtvergütung umfasst neben der Grundvergütung insbesondere die variable Vergütung, Aufwendungen der Krankenkasse für betriebliche Altersversorgung, Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie Aufwendungen für ein privat genutztes Dienst-Kfz und für dem Vorstand zugute kommende Versicherungen. Zur Ermittlung der zulässigen Gesamtvergütung im Einzelfall wird unter Berücksichtigung der dem Verwaltungsrat zustehenden Einschätzungsprärogative ein Aufschlag auf die Trendlinie vorgenommen. Gleiches gilt für die Gesamtvergütungen der Vorstände der K(Z)Ven und der Geschäftsführer der MDKen.
Nicht unerhebliche Überschreitungen der Trendlinie plus Aufschlag bedürfen einer sachlichen Begründung. Eine Überschreitung der Trendlinie plus Aufschlag stellt einen Indikator für unwirtschaftliches Verhalten dar und kann zur Versagung der Zustimmung führen.
Bei Geschäftsführerverträgen des MDK ist zwischen befristeten und unbefristeten Verträgen zu unterscheiden.

Die gleichzeitige Wahrnehmung von Vorstandsämtern für mehrere Krankenkassen durch eine Person ist grundsätzlich unzulässig (Inkompatibilität). Ist ausnahmsweise keine Inkompatibilität anzunehmen, etwa wenn mehrere Vorstandstätigkeiten mit dem Ziel der Fusion oder im Zusammenhang mit einer Sanierung - und damit zeitlich begrenzt - ausgeübt werden, kann die Mehrarbeit gegebenenfalls mit einer im Hinblick auf die sonstige Vergütung angemessenen einmaligen Sonderzahlung abgegolten werden.

b) Prämien

Die Aufsichtsbehörden halten variable Zahlungen grundsätzlich für zulässig, soweit sie allgemein dem Umstand Rechnung tragen, dass es sich bei den Krankenkassen, den K(Z)Ven oder den MDK um Körperschaften oder daraus gebildete Institutionen des öffentlichen Rechts handelt und im übrigen die Besonderheiten der Vorstands-/Geschäftsführerstellung mit einer eingeschränkten Produktverantwortung, aber hoher Unternehmens- und Personalverantwortung, berücksichtigen.

Soweit die Institutionen nicht einem verstärkten Wettbewerb ausgesetzt sind, ist dieser Aspekt entsprechend zu berücksichtigen.

Diese Prämien müssen in die höchstzulässige Gesamtvergütung, die alle Vereinbarungen mit finanziellen Auswirkungen umfasst, einbezogen werden. Um zu vermeiden, dass bei jeder Festsetzung einer Prämie durch den Verwaltungsrat erneut die Zustimmung der Aufsichtsbehörde eingeholt werden muss, empfiehlt es sich, vertraglich im Voraus für die gesamte Vertragslaufzeit einen Höchstwert für die Prämie vorzusehen, der in die Genehmigung des Vertrages einbezogen werden kann.

Darüber hinaus muss die Prämienzahlung transparent, d.h. sowohl für den darüber entscheidenden Verwaltungsrat bzw. die Vertreterversammlung als auch für die Aufsichtsbehörde nachvollziehbar

sein. Voraussetzung für die Zahlung einer Prämie ist also, dass ihr sachgerechte und messbare, das heißt objektivierbare Zielvereinbarungen zu Grunde liegen und der Grad der Erreichung auch nachgewiesen ist. Es muss sich um Ziele handeln, die vom Vorstand/Geschäftsführer beeinflusst werden können und auch beeinflusst worden sind. Kassen- bzw. K(Z)V- oder MDK-fremde Erwägungen bei der Zielstellung sind unzulässig. Ob die abgeschlossenen Zielvereinbarungen diese Voraussetzungen erfüllen, kann von den Aufsichtsbehörden überprüft werden.

Bei der Entscheidung über die Gewährung einer Prämie hat der Verwaltungsrat/die Vertreterversammlung immer zu berücksichtigen, dass es schon zu den Grundpflichten eines Vorstandes/Geschäftsführers gehört, seine ganze Arbeitskraft der Institution zur Verfügung zu stellen.

c) Altersversorgung

Die Aufsichtsbehörden gehen zunächst davon aus, dass die Vorstände der Krankenkassen mit der Abkehr von den am Beamtenrecht orientierten Vergütungs- und Versorgungsregelungen zum 1. Januar 1996 eigenverantwortlich für ihre Altersversorgung sorgen müssen.

In der Regel sind die Vorstände der Krankenkassen, die Geschäftsführer der MDK und die nichtärztlichen Vorstände der K(Z)Ven gemäß § 1 SGB VI in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Daneben halten die Aufsichtsbehörden jedoch weitere Zahlungen für eine zusätzliche Altersversorgung grundsätzlich für zulässig. Entsprechendes gilt für die Vorstände der K(Z)Ven, die Mitglied in berufsständischen Versorgungswerken sind.

Versorgungsregelungen, die sich nach beamtenrechtlichen Regelungen ausrichten oder beamtenähnlich sind, sind aufgrund des Systemwechsels zum 1. Januar 1996 zukünftig grundsätzlich zu vermeiden, es sei denn, das Vorstandsmitglied ist verbeamtet oder untersteht noch einer Dienstordnung (DO-Angestellte/r) und hat bereits Versorgungsanwartschaften erworben. Aus Sicht der Aufsichtsbehörden sollten keine Direktzusagen vereinbart werden, mit denen der Versicherungsträger für die Zukunft Verpflichtungen eingeht, deren Höhe unabsehbar ist.

Sofern in „Altverträgen“ noch beamtenähnliche Versorgungen vereinbart sind oder bei Neuverträgen entgegen der Empfehlung der Aufsichtsbehörden Direktzusagen gegeben werden sollen, sind die aktuellen Aufwendungen der Träger für die spätere Altersversorgung der Vorstandsmitglieder fiktiv hilfsweise durch Anwendung der „Personalkostensätze des BMF für Kostenberechnungen / Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen“ oder ggf. entsprechender Landesregelungen zu berücksichtigen. Dies geschieht durch Einbeziehung des jeweils maßgeblichen Versorgungszuschlages für den höheren Dienst bei der Berechnung der Gesamtvergütung des Vorstandsmitglieds. In diesem Fall ist den Versicherungsträgern freigestellt, durch geeignete versicherungsmathematische Gutachten nachzuweisen, dass zur Sicherstellung der Finanzierung des Werts der durch den Vertragsschluss vom Vorstand zu erwerbenden Versorgungsansprüche geringere Aufwendungen erforderlich sind,

als bei der fiktiv hilfsweise angewendeten Pauschalierung angesetzt wurden.

d) Übergangsgelder

Einer befristeten Amtszeit ist immanent, dass der Amtsinhaber gegebenenfalls nicht wiedergewählt wird. Dies hat nach Auffassung der Aufsichtsbehörden in der Regel bereits in den gegenüber den bis zum 31. Dezember 1995 deutlich höheren Vergütungen ihren Niederschlag gefunden. Unter Berücksichtigung dieses Umstandes halten die Aufsichtsbehörden eine Zahlung von Übergangsgeld allenfalls für die Dauer von sechs Monaten für vertretbar. Für den Fall, dass ein Übergangsgeld vereinbart wird, ist Erwerbseinkommen aus anderen Tätigkeiten stets anzurechnen. Dies gilt auch für den Fall der Amtsentbindung, also bei vorzeitigem Ausscheiden.

Die Zahlung eines Übergangsgeldes im Falle einer Amtsenthebung oder Wiederwahl ist unzulässig.

e) unentgeltliche Überlassung eines Dienstkraftfahrzeuges auch zur privaten Nutzung

Die unentgeltliche Überlassung eines Dienstkraftfahrzeuges, auch zur privaten Nutzung, wird von den Aufsichtsbehörden grundsätzlich anerkannt. Der geldwerte Vorteil der unentgeltlichen Überlassung eines Dienstfahrzeuges ist durch den Dienstvertragsinhaber entsprechend zu versteuern.

Die Aufwendungen des Versicherungsträgers für den Dienstwagen sind jedoch im Rahmen der Berechnung der Gesamtvergütung als Bezügebestandteil zu berücksichtigen. In Ansatz zu bringen sind nach dem Günstiger-Prinzip entweder die Bruttoleasingkosten des Fahrzeuges oder - in vereinfachender Anlehnung an die Regelungen des Steuerrechts - pauschal 1 % des Bruttolistenpreises pro Monat.

f) Aufwandsentschädigung

Die Festsetzung einer Aufwandsentschädigung im Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstvertrag halten die Aufsichtsbehörden nicht mehr für zulässig.

g) Nebentätigkeit

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 13. 10. 2010 - B 6 KA 40/09 R) kann eine Nebentätigkeit vertretbar sein, soweit sie nicht mehr als 13 Stunden pro Woche oder von ihrem zeitlichen Umfang her nicht mehr als 1/3 des zeitlichen Umfangs der Haupttätigkeit erreicht.

Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung ist zu berücksichtigen, ob neben der Vorstands- bzw. Geschäftsführertätigkeit noch eine Nebentätigkeit (z. B. in einer Arztpraxis) in begrenztem Umfang ausgeübt wird. Die Angemessenheit der Vergütung und der zulässige Umfang einer Nebentätigkeit können nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Der Umfang einer zulässigen Nebentätigkeit ist für die Höhe der Angemessenheit der Vergütung mit einzubeziehen. Je grö-

ßer der zeitliche Umfang der Nebentätigkeit ist, die einem Vorstandsmitglied/Geschäftsführer zugebilligt wird, umso geringer wird die ihm zugestandene Vergütung ausfallen.

Der Vertrag muss eine Regelung vorsehen, wonach Einnahmen aus Nebentätigkeiten, die mit dem Hauptamt in Zusammenhang stehen, auf die Vergütung für das Hauptamt anzurechnen sind.

IV. Vertragsmuster für einen GKV - Vorstandsdienstvertrag

Ein Beispiel für einen Vorstandsdienstvertrag für die Krankenkassen ist diesem Arbeitspapier beigefügt. Es dient als Formulierungs- und Orientierungshilfe für die Abfassung eines Vorstandsdienstvertrages und berücksichtigt den aktuellen Erkenntnisstand der Aufsichtsbehörden. Das Vertragsbeispiel ist rechtlich nicht verbindlich und schränkt daher den Einschätzungsspielraum der Krankenkassen nicht ein.

V. Anwendbarkeit der Grundsätze für K(Z)BV, GKV-SV, MDS und G-BA

Der Zustimmungsvorbehalt für Vorstandsdienstverträge gem. § 35a Abs. 6a SGB IV gilt ebenso für die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung (§ 79 Abs. 6 SGB V) und den GKV-Spitzenverband (§ 217b Abs. 2 SGB V) sowie entsprechend für den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (§ 282 Abs. 3 SGB V) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 14 SGB V). Die aufsichtsrechtliche Prüfung orientiert sich daher auch bei diesen Institutionen auf Bundesebene unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben und ihrer Bedeutung an den vorstehenden Grundsätzen und Maßstäben.

VI. Gesamtbetrachtung

Aufgrund der Unbestimmtheit des Rechtsbegriffs Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und unter ausdrücklicher Berufung auf die oben zitierte Gesetzesintention des GSG hat das Bundessozialgericht bereits im Jahr 2000 entschieden, dass dem Versicherungsträger bei Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eine Einschätzungsprärogative zur Seite steht, welche die Aufsichtsbehörde zu respektieren hat. Es besteht zunächst ein Vorrecht des Versicherungsträgers zur konkretisierenden Anwendung dieser Haushaltsgrundsätze und ihm muss ein gehöriger Einschätzungsspielraum bleiben; lediglich eindeutige Grenzüberschreitungen dürfen von der Aufsichtsbehörde als rechtswidrig beanstandet werden (BSG 6. Senat, Urteil vom 28. Juni 2000, Az.: B 6 KA 64/98 R).

Andererseits hat das BSG in ständiger Rechtsprechung betont, dass der Gesetzgeber der Aufsichtsbehörde durch die Regelung eines Zustimmungsvorbehalts besondere Einwirkungsmöglichkeiten eröffnet, um ihr die Sicherstellung einer die Belange der Versichertengemeinschaft und der staatlichen Sozialversicherung als Ganzes berücksichtigenden sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch den Sozialversicherungsträger zu ermöglichen. Danach gebietet es der Zweck

der Mitwirkung, dass die Aufsichtsbehörde, soweit es ihre Aufgabe erfordert, allgemeine Bewertungsmaßstäbe entwickelt, mit denen sie die Rechtsbegriffe der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in einer bestimmten, für alle Anwendungsfälle maßgeblichen Weise konkretisiert und so die Grundlage für eine einheitliche Genehmigungspraxis schafft. Dabei hat sie ihrerseits einen Beurteilungsspielraum, der nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar ist (BSG Urteil vom 9.12.1997 - 1 RR 3/94 -). Diese Grundsätze gelten entsprechend für K(Z)Ven und MDK.

Die Prüfung muss hierbei alle Vergütungsbestandteile mit einbeziehen. Insbesondere die Interdependenz zwischen der Höhe der Grundvergütung und anderer Bestandteile muss berücksichtigt werden. Das heißt, je höher die Grundvergütung ist, desto weniger Spielraum besteht für zusätzliche Zahlungen (z.B. Prämien, Leistungen für die - zusätzliche - Altersversorgung oder Übergangsgelder) und desto eher ist eine zu beanstandende eindeutige Grenzüberschreitung anzunehmen. Insofern ergeben sich trotz des formellen Zustimmungserfordernisses zu den Vorstands- bzw. Geschäftsführerdienstverträgen gem. § 35a Abs. 6a SGB IV Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung.