

**06.11.09****G****Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse****A. Problem und Ziel**

Nach § 171d Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch i.d.F. des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wenn eine Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen wird (Schließungsfall) oder über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen worden ist (Insolvenzfall).

**B. Lösung**

Mit dieser Verordnung werden die rechnerischen und technischen Kriterien festgelegt, nach denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sich im Haftungsfall bei seinen Mitgliedskassen refinanziert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt die Haftungsbeträge nach der Mitgliederzahl auf die Krankenkassen der betroffenen Kassenart auf. Überschreitet der Haftungsbetrag den Wert von 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, wird der überschießende Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten aufgeteilt.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

Bund, Ländern und Gemeinden entstehen mit der Durchführung der Verordnung keine zusätzlichen Kosten.

### **E. Sonstige Kosten**

Durch die Einführung des Schwellenwertes von 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, bis zu dem die Krankenkassen einer Kassenart im Fall der Schließung einer Krankenkasse ihrer Kassenart haften, müssen von den Krankenkassen je nach Kassenart im Schließungsfall Haftungsbeträge zwischen ca. 290 Mio. Euro und ca. 1,6 Mrd. Euro allein getragen werden. Erst bei höheren Schließungskosten würden die Krankenkassen der anderen Kassenarten beteiligt. Die Refinanzierung würde durch die Erhebung von monatlichen Zusatzbeiträgen aufgebracht werden, die – je nachdem, welche Kassenart betroffen ist – unterschiedliche Höhen erreichen wird.

Ansonsten entstehen der Wirtschaft und insbesondere den mittelständischen Unternehmen durch diese Verordnung keine Kosten. Auswirkungen auf die Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

### **F. Bürokratiekosten**

Durch die Verordnung werden keine neuen Informationspflichten eingeführt.

**Bundesrat**

Drucksache **821/09**

06.11.09

G

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungs-  
beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei  
Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 5. November 2009

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Bürgermeister  
Jens Böhrnsen  
Präsident des Senats der  
Freien Hansestadt Bremen

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge  
durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder  
Schließung einer Krankenkasse

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des  
Grundgesetzes herbeizuführen.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Ronald Pofalla

**Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse**

Vom ...

Auf Grund des § 171d Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – der durch Artikel 1 Nummer 8 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

**§ 1**

**Sachlicher Anwendungsbereich**

(1) Diese Verordnung findet Anwendung, wenn

1. eine Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen wird, weil ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist (Schließungsfall), oder
2. über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen wird (Insolvenzfall).

(2) Im Schließungsfall gilt die Verordnung für die Verpflichtungen, die nicht aus dem Vermögen der Krankenkasse erfüllt werden können, und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 155 Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf die Krankenkassen der Kassenart aufzuteilen sind, der die geschlossene Krankenkasse angehört hat. Handelt es sich bei der Krankenkasse um eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse und enthält die Satzung dieser Krankenkasse keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, gilt die Verordnung nur für die Verpflichtungen, die auch nicht aus dem Vermögen des Arbeitgebers oder der Innung erfüllt werden können.

(3) Im Insolvenzfall gilt die Verordnung für die Verpflichtungen der Krankenkasse, für die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 171d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haftet und die nicht aus dem Vermögen oder der Insolvenzmasse befriedigt werden können.

## § 2

### **Aufteilung auf die Krankenkassen der Kassenart im Schließungsfall**

(1) Die in § 1 Absatz 2 genannten Verpflichtungen werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder auf die Krankenkassen der Kassenart aufgeteilt, der die geschlossene Krankenkasse angehört hat. Maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, die von den Krankenkassen für den Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt wird, erfasst wird. Als Krankenkassen dieser Kassenart gelten für die Erfüllung der in § 155 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verpflichtungen auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten, die aus einer nach dem 1. April 2007 wirksam gewordenen kassenartenübergreifenden Vereinigung mit einer Krankenkasse der betroffenen Kassenart hervorgegangen sind.

(2) Der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Betrag wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wie folgt ermittelt:

1. Der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder der in Absatz 1 genannten Krankenkassen geteilt;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht und das Ergebnis auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet.

Bei den Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 wird die Zahl der Mitglieder nach Satz 1 ermittelt, indem das Verhältnis der Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen der betroffenen Kassenart am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zu der Summe der Mitglieder der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen gebildet und auf die nach Absatz 1 Satz 1 ermittelte Mitgliederzahl angewendet wird. Hierfür ist die zu dem in Satz 2 genannten Zeitpunkt maßgebliche Mitgliederzahl zu Grunde zu legen.

(3) Sind die in § 1 Absatz 2 genannten Verpflichtungen auch auf Betriebs- und Innungskrankenkassen aufzuteilen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält, ist der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag abweichend von Absatz 2 Satz 1 wie folgt zu ermitteln:

1. Das Ergebnis nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird für jede der in Satz 1 genannten Betriebs- und Innungskrankenkassen mit der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird für diese Krankenkassen auf 20 Prozent begrenzt und auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet;
3. die Summe der Ergebnisse nach Nummer 2 wird von dem insgesamt aufzuteilenden Betrag abgezogen;

4. das Ergebnis nach Nummer 3 wird durch die Zahl der Mitglieder der übrigen Krankenkassen der Kassenart geteilt;
5. das Ergebnis nach Nummer 4 wird für jede dieser Krankenkassen mit der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht und auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet.

### § 3

#### **Aufteilung auf die Krankenkassen der übrigen Kassenarten bei Schließung einer Krankenkasse**

(1) Übersteigt der auf die Krankenkassen der betroffenen Kassenart (§ 2 Absatz 1) aufzuteilende Betrag 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen, den diese Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wird der übersteigende Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten aufgeteilt. Bei den Krankenkassen nach § 2 Absatz 1 Satz 3 ist der Zuweisungsbetrag in dem Verhältnis nach § 2 Absatz 2 Satz 2 zu verringern.

(2) Der Ermittlung des Gesamtbetrags der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 ist die den Krankenkassen vom Bundesversicherungsamt zuletzt mitgeteilte vorläufige Höhe der Zuweisungen nach § 39 Absatz 2 und 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu Grunde zu legen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt den übersteigenden Betrag nach Absatz 1 Satz 1 auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten vorläufig auf. Die auf Grund der Ermittlungen nach Satz 1 geleisteten Zahlungen der Krankenkassen gelten als Abschlagszahlungen. Nach Durchführung des Jahresausgleichs für das jeweilige Kalenderjahr legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die vom Bundesversicherungsamt nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ermittelte Höhe der Zuweisungen zu Grunde und teilt den übersteigenden Betrag nach Absatz 1 Satz 1 auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten endgültig auf.

(3) Für die Aufteilung des übersteigenden Betrags auf die einzelnen Krankenkassen gilt § 2 entsprechend. Bei den in § 2 Absatz 1 Satz 3 genannten Krankenkassen ist dabei der Mitgliederanteil zu Grunde zu legen, der bei der Anwendung des § 2 Absatz 2 Satz 2 nicht berücksichtigt worden ist.

**§ 4**

**Aufteilung im Insolvenzfall**

(1) Für die Aufteilung der Verpflichtungen nach § 1 Absatz 3 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt § 2 entsprechend.

(2) Übersteigen die auf die Krankenkassen der Kassenart aufzuteilenden Verpflichtungen nach § 171d Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 1 Prozent des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen, die die Krankenkassen der betroffenen Kassenart (§ 2 Absatz 1) aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wird der übersteigende Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten aufgeteilt. Im Übrigen gilt § 3 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 3 entsprechend.

(3) Für die Verpflichtungen nach § 171d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nicht vom Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz zu erfüllen sind, gilt Absatz 2 entsprechend, wenn diese 1,5 Prozent des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen übersteigen, die die Krankenkassen der betroffenen Kassenart (§ 2 Absatz 1) aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

**§ 5**

**Verfahrensregelungen**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge durch Bescheid geltend. Er kann Beträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten fällig stellen und Teilbeträge verlangen.

(2) Die Krankenkasse hat die geltend gemachten Beträge innerhalb von zwei Monaten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu überweisen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann eine kürzere Frist festlegen, wenn er hierauf zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen angewiesen ist. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. Nach Überschreiten der Frist nach Satz 1 tritt ohne Mahnung Verzug ein. Im Fall des Verzugs sind Verzugszinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

**§ 6**

**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den ...

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

Nach § 171d Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wenn eine Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen wird (Schließungsfall) oder über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen worden ist (Insolvenzfall). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfüllt zunächst die Forderungen im Insolvenz- und Schließungsfall und refinanziert sich primär bei den Krankenkassen der Kassenart, der die leistungsunfähige Krankenkasse angehört, und hilfsweise bei allen übrigen Krankenkassen.

Mit dieser Verordnung werden die verfahrensrechtlichen, rechnerischen und technischen Kriterien festgelegt, nach denen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sich im Haftungsfall bei seinen Mitgliedskassen refinanziert. Als gesetzlicher Verband auf Bundesebene sind alle Krankenkassen Pflichtmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

### **B. Besonderer Teil**

#### **Zu § 1**

Die Vorschrift legt die Schließung und die Insolvenz einer Krankenkasse als Anwendungsfälle der Verordnung fest.

Die Absätze 2 und 3 konkretisieren jeweils, für welche Verpflichtungen im Schließungs- oder Insolvenzfall eine Verteilung von Haftungsbeträgen durch diese Verordnung geregelt wird. Danach sind Verpflichtungen berührt, die nicht aus dem Vermögen bzw. der Insolvenzmasse befriedigt werden können. Bei nicht für betriebs- oder innungsfremde Versicherte geöffneten Betriebs- oder Innungskrankenkassen greift die Verordnung, wenn auch das Vermögen des Arbeitgebers oder der Innung nicht ausreicht, die Verpflichtungen zu erfüllen.

## **Zu § 2**

§ 2 setzt die gesetzliche Vorgabe um, wonach die nach der Schließung einer Krankenkasse verbleibenden Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse primär auf die Krankenkassen der betroffenen Kassenart aufzuteilen sind (§ 155 Absatz 4 Satz 5 SGB V).

### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 Satz 1 wird geregelt, dass der Haftungsbetrag für die einzelne Krankenkasse der betroffenen Kassenart nach ihrer zuletzt erfassten monatlichen Mitgliederzahl ermittelt wird. Dies ergibt sich aus der jüngsten Mitgliederstatistik KM 1 (§ 1 KSVwV). Die Festlegung der Mitgliederzahl als maßgebliches Kriterium für die Aufteilung der Haftungsverpflichtungen ist sachgerecht. Seit der Einführung des Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Finanzmittel aus zwei Quellen: Sie erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und können im Bedarfsfall Zusatzbeiträge erheben. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dienen der Finanzierung ihrer Leistungsausgaben und ihrer Verwaltungskosten. Aus diesen Zuweisungen können aber nicht die Beträge aufgebracht werden, die zur Erfüllung der Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse benötigt werden; insbesondere dann nicht, wenn es sich hierbei um Beträge in erheblicher Größenordnung handelt. Hierfür müssen die Krankenkassen in der Regel Zusatzbeiträge erheben. Da diese von den Mitgliedern aufzubringen sind, führt auch nur eine Aufteilung der Haftungsbeträge nach der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen zu sachgerechten Ergebnissen. Würden die Haftungsverpflichtungen entsprechend der Versichertenzahl der Krankenkassen aufgeteilt, hätte dies zur Folge, dass Krankenkassen mit einem hohen Anteil Familienversicherter auch entsprechend hohe Anteile der Haftungsverpflichtung zu tragen hätten, ohne dass diese in Bezug zu den Refinanzierungsmöglichkeiten dieser Krankenkassen durch Zusatzbeiträge stünden.

Satz 2 stellt entsprechend der Vorgabe in § 155 Absatz 5 SGB V klar, dass für die Erfüllung der in dieser Vorschrift genannten Verpflichtungen als Krankenkassen der betroffenen Kassenart auch die Krankenkassen anzusehen sind, die zwar einer anderen Kassenart angehören, die aber aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgegangen sind, an der eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart beteiligt war.

### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 regelt die konkreten Rechenschritte zur Ermittlung des auf die einzelne Krankenkasse entfallenden Haftungsbetrages. Hierfür wird zunächst der auf jedes Mitglied der Krankenkassen der betroffenen Krankenkassenart entfallende Haftungsbetrag ermittelt. Dieser wird sodann jeweils mit der Mitgliederzahl jeder einzelnen Krankenkasse multipliziert. Die jeweiligen Ergebnisse sind kaufmännisch zu runden.

Gesondert geregelt ist die Berechnung für die Krankenkassen anderer Kassenarten, die aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgegangen sind und bei denen ein Fusionspartner der betroffenen Kassenart angehörte. Diese Krankenkassen sollen nur entsprechend dem Anteil zur Haftung herangezogen werden, der der Mitgliederzahl der Krankenkasse der betroffenen Kassenart vor der Fusion an der neuen Krankenkasse entspricht. Daher ist die Mitgliederzahl dieser Krankenkassen bei der Berechnung des Haftungsbetrages entsprechend zu verringern.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 setzt die gesetzliche Sonderregelung in § 171d Absatz 2 Satz 2 SGB V um, nach der die Haftung der nicht geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen auf 20 Prozent des an sich zu zahlenden Betrages begrenzt ist, weil diese Krankenkassen im Fall ihrer Schließung oder Insolvenz aufgrund der primären Einstandspflicht des Arbeitgebers beziehungsweise der Innung mit dem jeweiligen Vermögen ein geringeres Haftungsrisiko für die anderen Krankenkassen darstellen.

Hierfür wird der über alle Krankenkassen der betroffenen Kassenart hinweg ermittelte Haftungsbetrag je Mitglied mit der Zahl der Mitglieder der einzelnen nicht geöffneten Krankenkassen vervielfacht. Dies ergibt den von diesen Krankenkassen an sich zu tragenden Haftungsanteil. Dieser wird anschließend auf 20 Prozent reduziert. Auch hier werden die Ergebnisse für die einzelnen Krankenkassen kaufmännisch gerundet (Satz 1 Nummer 2). Die Summe der sich danach für alle nicht geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen ergebenden Haftungsbeträge ist von dem für alle Krankenkassen der Kassenart bestehenden Gesamthaftungsbetrag abzuziehen. Der dann ermittelte Restbetrag wird auf die übrigen Krankenkassen der Kassenart entsprechend ihrer Mitgliederzahl aufgeteilt (Satz 1 Nummer 4 und 5). Im Ergebnis wird daher der von den nicht geöffneten Krankenkassen nicht zu tragende Haftungsanteil auf alle anderen Krankenkassen umverteilt. Auch hier ist die Regelung zur gesonderten Berechnung der Mitgliederzahl nach § 2 Absatz 2 Satz 2 für eine Krankenkasse zu berücksichtigen, die aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgegangen ist.

#### **Zu § 3**

In § 3 wird die gesetzliche Vorgabe umgesetzt, wonach bei Schließung einer Krankenkasse auch die Krankenkassen der übrigen Kassenarten zur Erfüllung der Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse heranzuziehen sind, wenn die Krankenkassen der betroffenen Kassenart hierzu nicht in der Lage sind (vgl. § 155 Absatz 4 Satz 6 SGB V, der unmittelbar nur für die Schließung von Betriebskrankenkassen gilt, auf Grund der gesetzlichen Verweisungen in den §§ 146a, 164 Absatz 1 und 171 SGB V aber auch bei der Schließung einer Ortskranken-, Innungskranken- oder Ersatzkassen Anwendung findet). Zur Umsetzung des gesetzlichen Tatbestandmerkmals "nicht in der Lage" wird eine Belastungsgrenze als

Schwellenwert über einen Anteil der Gesamtzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestimmt. Diese Regelungstechnik orientiert sich an § 171 Absatz 5 SGB V, in der der Haftungsübergang ebenso geregelt ist. Der prozentuale Anteil der Gesamtzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist einfach zu ermitteln und die Haftungsbelastung für die betroffenen Kassen daher leicht nachzuvollziehen. In der Höhe der Schwellenwerte kommt eine durchschnittliche Grenze der Leistungsfähigkeit der Kassen einer Kassenart zum Ausdruck. Demgegenüber ist eine Ermittlung der kassenindividuellen Leistungsfähigkeit im Einzelfall anhand der Einkommens- und Vermögensverhältnisse jeder einzelnen Kasse zu einem bestimmten Zeitpunkt aufwendig und fehleranfällig. Einheitlichkeit, Praktikabilität und Transparenz sprechen daher für die getroffene Schwellenwertregelung.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 legt den Schwellenwert fest, bei dessen Überschreitung es zur Heranziehung der Krankenkassen der übrigen Kassenarten kommen kann. Liegen diese Voraussetzungen vor, ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen der betroffenen Kassenart auf Grund ihrer wirtschaftlichen Situation und der Höhe der zu erfüllenden Verpflichtungen mit der Abwicklung des Haftungsfalls überfordert sind, sodass es ohne eine Begrenzung der Haftung zu Folgeschließungen oder Anschlussinsolvenzen bei anderen Krankenkassen der betroffenen Kassenart kommen könnte.

Die Fähigkeit der Krankenkassen der betroffenen Kassenart, die Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse zu tragen, wird an der Höhe der Zuweisungen gemessen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Dies ist sachgerecht, da diese Zuweisungen die Finanzausstattung einer Krankenkasse und damit ihre finanzielle Leistungsfähigkeit maßgeblich prägen.

Da die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aber in erster Linie dazu bestimmt sind, die Leistungsausgaben der Krankenkassen für ihre Versicherten und die Verwaltungskosten zu finanzieren, muss sichergestellt sein, dass den Krankenkassen der betroffenen Kassenart ausreichende Möglichkeiten verbleiben, sich die für die Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung erforderlichen Finanzmittel, insbesondere durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags, zu beschaffen, ohne dass hierdurch Folgeschließungen oder Anschlussinsolvenzen bei anderen Krankenkassen der Kassenart wahrscheinlich werden. Vor diesem Hintergrund wird der Schwellenwert, von dem an die Krankenkassen der anderen Kassenarten zur Haftung herangezogen werden, auf 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an diese Krankenkassen festgelegt. Das bedeutet, dass von den einzelnen Kassenarten im Höchstfall ein Selbstbehalt zwischen circa 290 Mio. Euro und circa 1,6 Mrd. Euro zu tragen ist, abzüglich des Anteils der Zuweisungen, der auf die geschlossene Krankenkasse entfällt. Um diese Beträge zu finanzieren, müssten die betroffenen Krankenkassen

monatliche Zusatzbeiträge je Mitglied zwischen circa 5,20 Euro und circa 7,90 Euro erheben, unter Berücksichtigung des Wegfalls des Anteils der Zuweisungen, der auf die geschlossene Krankenkasse und ihre Mitglieder entfällt.

Bei der Bestimmung der Höhe der Zuweisungen finden die Sonderregelungen des § 2 über die Heranziehung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nicht für betriebs- bzw. in-nungsfremde Versicherte geöffnet sind, und für Krankenkassen, die aus einer kassenarten-übergreifenden Vereinigung hervorgegangen sind, an der eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart beteiligt war, im Rahmen des § 3 entsprechende Anwendung.

Besondere Regelungen zur Begrenzung der Haftung der Krankenkassen der anderen Kas-senarten, um zu verhindern, dass diese eine höhere Belastung zu tragen haben als die Kran-kenkassen der betroffenen Kassenart, sind nicht erforderlich. Eine höhere Belastung der Krankenkassen der anderen Kassenarten könnte nur dann auftreten, wenn die Verpflichtun-gen der insolventen oder geschlossenen Krankenkasse 2,5 Prozent der gesamten Zuwei-sungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen überstiegen. Es ist jedoch prak-tisch ausgeschlossen, dass eine einzelne Krankenkasse ungedeckte Verpflichtungen in die-ser Höhe begründen kann, ohne dass zuvor Maßnahmen zur Sanierung der Krankenkasse eingeleitet worden sind.

Zu Absatz 2

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Gesamtbetrag der Zuweisungen, den die Krankenkassen erhalten, entsprechend der Systematik des morbiditätsorientierten Risi-kostrukturausgleichs in einem vorläufigen und einem endgültigen Verfahren festzulegen. Die auf ein Kalenderjahr entfallenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden vom Bundesversicherungsamt endgültig erst nach Durchführung des Jahresausgleichs festge-stellt, regelhaft im November des Folgejahres. Insoweit können innerhalb des Kalenderjah-res, in dem Haftungsbeträge aufzubringen sind, nur vorläufige Feststellungen getroffen wer-den.

Im ersten Verfahrensschritt greift der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf die zu-letzt vom Bundesversicherungsamt ermittelte vorläufige Höhe der Zuweisungen zurück (§ 39 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung). Diese sind in den monatlichen Zuweisungsbeschei-den festgelegt, in denen der Krankenkasse die vorläufige Höhe der Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren mitgeteilt wird. Diese monatlich ermittelte Höhe der Zuwei-sungen umfasst auch bereits erfolgte Strukturanpassungen nach § 39 Absatz 3 Risikostruk-tur-Ausgleichsverordnung. Die vorläufige monatliche Zuweisung ist auf das Kalenderjahr hochzurechnen, um so den jährlichen Gesamtbetrag zu ermitteln. Diese Ermittlung ist vorläu-

fig; die Zahlungen der Krankenkassen sind entsprechend Abschlagszahlungen, wenn der den Schwellenwert übersteigende Betrag auf sie aufgeteilt wird.

Eine zweite und endgültige Berechnung des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wenn im darauffolgenden Kalenderjahr (November) das Bundesversicherungsamt den Jahresausgleich nach § 41 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung durchgeführt hat. Auch wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im aktuellen Kalenderjahr festgestellt hat, dass die Schwelle von 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen für die betroffene Kassenart nicht überschritten ist, hat er dies anhand der endgültigen Jahreszuweisungen nochmals zu prüfen.

#### Zu Absatz 3

Überschreitet der Gesamtbetrag der zu erfüllenden Verpflichtungen den Schwellenwert von 2,5 Prozent der jährlichen Zuweisungen, wird der übersteigende Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten nach deren Mitgliederzahl aufgeteilt. Für die Aufteilung des übersteigenden Betrags auf die einzelnen Krankenkassen gilt § 2 entsprechend. Die Aufteilung erfolgt daher entsprechend der Mitgliederzahl dieser Krankenkassen nach der jüngsten Mitgliederstatistik KM 1.

#### **Zu § 4**

Die Vorschrift regelt die Aufteilung der Haftungsbeträge im Insolvenzfall zur Refinanzierung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

#### Zu Absatz 1

Absatz 1 legt fest, dass im Insolvenzfall die Verpflichtungen der insolventen Krankenkasse, für die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach den gesetzlichen Regelungen haftet, nach dem gleichen Modus aufzuteilen sind, der in § 2 für den Fall der Schließung festgelegt ist. Die Aufteilung erfolgt daher entsprechend der Mitgliederzahl dieser Krankenkassen nach der jüngsten Mitgliederstatistik KM 1. Auch die Sonderregelungen des § 2 über die Heranziehung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nicht für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte geöffnet sind, und für Krankenkassen, die aus einer kassenartenübergreifenden Vereinigung hervorgegangen sind, an der eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart beteiligt war, finden im Rahmen des § 4 entsprechende Anwendung.

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 setzt die Vorgabe in § 171d Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V um, wonach die Krankenkassen der Kassenart im Insolvenzfall für die Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse gegenüber Versicherten und Leistungserbringern sowie für Forderungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts nur bis zur Grenze von 1 Prozent ihrer jährli-

chen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds haften sollen, um eine Überforderung dieser Krankenkassen zu vermeiden. Für die über diese Grenze hinausgehende Haftungssumme haben die übrigen Krankenkassen aufzukommen, sodass die kassenartenübergreifende Haftung insoweit früher einsetzt als im Fall der Schließung. Der übersteigende Betrag wird auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten nach dem in den §§ 2 und 3 für den Schließungsfall festgelegten Modus aufgeteilt.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 betrifft die Aufteilung der Haftungsbeträge in Bezug auf Versorgungsverpflichtungen, die die insolvente Krankenkasse infolge eines fehlenden bzw. nicht ausreichenden Deckungskapitals nicht erfüllen kann und die auch nicht vom Pensions-Sicherungs-Verein (PSV) erfüllt werden. Diese Verpflichtungen sind von den Krankenkassen der betroffenen Kassenart zu tragen, soweit sie hierzu in der Lage sind (§ 171d Absatz 1 Satz 4 SGB V). Dieses Tatbestandsmerkmal ist für den Schließungsfall dahingehend konkretisiert worden, dass den Krankenkassen der betroffenen Kassenart zugemutet werden kann, bis zu 2,5 Prozent des Gesamtbetrags ihrer jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Erfüllung der Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse ihrer Kassenart aufzubringen (vgl. § 3 Absatz 1). Dieser Schwellenwert wird auf den Insolvenzfall in der Weise übertragen, dass die Krankenkassen der betroffenen Kassenart bis zu 1,5 Prozent ihrer jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Tilgung der Versorgungsaltslasten einer geschlossenen Krankenkasse aufzubringen haben. Zusammen mit dem gesetzlich vorgegebenen Haftungsanteil von 1 Prozent der jährlichen Zuweisungssumme zur Tilgung der Verpflichtungen gegenüber Versicherten und Leistungserbringern sowie für Forderungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts wird der Schwellenwert von 2,5 Prozent der jährlichen Zuweisungen erreicht, der den Krankenkassen einer Kassenart als Selbstbehalt im Haftungsfall zugemutet werden kann. Die vom Gesetzgeber gewollte umfassendere Haftung der Krankenkassen der Kassenart im Schließungsfall gegenüber dem Insolvenzfall wird dadurch erreicht, dass die Krankenkassen der anderen Kassenarten im Schließungsfall nur dann zur Haftung herangezogen werden, wenn der Gesamtbetrag der zu erfüllenden Verpflichtungen 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigt. Im Insolvenzfall ist dies demgegenüber bereits dann der Fall, wenn einer der Teilschwellenwerte von 1 Prozent bzw. 1,5 Prozent der jährlichen Zuweisungen überschritten wird.

Die Aufteilung der jeweiligen Beträge erfolgt nach demselben Modus, der für den Schließungsfall nach § 2 und § 3 gilt.

## **Zu § 5**

Die Vorschrift regelt Einzelheiten zum Verfahren, das der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durchführt.

### **Zu Absatz 1**

Die Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt durch Bescheid, um eine kurzfristige Refinanzierung durch die betroffenen Mitgliedskassen zu ermöglichen. Klagen gegen die Geltendmachung der Haftungsbeträge haben keine aufschiebende Wirkung (§ 171d Absatz 1 Satz 5 i. V. m. § 155 Absatz 4 Satz 7 SGB V). Satz 2 stellt klar, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht den gesamten Haftungsbetrag in einer Summe geltend machen muss, sondern Teilbeträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten fällig stellen kann, je nachdem, in welchem zeitlichen Rhythmus sie von ihm gegenüber den Gläubigern der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse zu erfüllen sind. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Abwicklung einer Kasse ein Prozess ist, der sich über Monate und eventuell über mehrere Jahre erstreckt. Der vollständige Umfang der schließungs- oder insolvenzbedingten Haftung wird sich daher ggfs. erst nach Jahren beziffern lassen.

### **Zu Absatz 2**

In Absatz 2 werden der Zeitpunkt der Fälligkeit der Zahlungsverpflichtungen, der Eintritt von Verzug und die Höhe von Verzugszinsen geregelt. Eine Zahlungsfrist von 2 Monaten lässt den Krankenkassen ausreichend Zeit zur Refinanzierung. Es ist zum einen davon auszugehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Haftungssumme in der Regel in Teilbeträgen geltend machen wird, sodass nicht sofort der gesamte Haftungsbetrag zur Refinanzierung ansteht. Derartige Teilbeträge werden vielfach aus der Finanzreserve aufgebracht werden können. Sofern bei einzelnen Krankenkassen eine Erhöhung des Zusatzbeitrags erforderlich wird, um den auf sie entfallenden Haftungsanteil aufzubringen, besteht außerdem die Möglichkeit des beschleunigten Verfahrens nach § 242 Absatz 3 Satz 3 SGB V bis zur satzungsmäßigen Neuregelung.

## **Zu § 6**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

### **C. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen durch diese Verordnung keine finanziellen Belastungen.

### **D. Kosten- und Preiswirkungsklausel**

Durch die Einführung des Schwellenwertes von 2,5 Prozent des Gesamtbetrags der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, bis zu dem die Krankenkassen einer Kassenart im Fall der Schließung einer Krankenkasse ihrer Kassenart haften, müssen von den Krankenkassen je nach Kassenart im Schließungsfall Haftungsbeträge zwischen ca. 290 Mio. Euro und ca. 1,6 Mrd. Euro allein getragen werden. Erst bei höheren Schließungskosten würden die Krankenkassen der anderen Kassenarten beteiligt werden. Die Refinanzierung würde durch die Erhebung von monatlichen Zusatzbeiträgen aufgebracht werden, die – je nachdem, welche Kassenart betroffen ist – unterschiedliche Höhen erreichen werden und im nicht anzunehmenden Extremfall maximal bei rd. 7,90 Euro lägen. Durch diese Maximalausrichtung auf einen Wert von unter 8 Euro wird zugleich erreicht, dass – wenn die Erhebung eines Zusatzbeitrages allein auf Grund der Übernahme von Haftungsbeträgen notwendig wird – im Durchschnitt der Kassen der betroffenen Kassenart eine Einkommensprüfung der Mitglieder nicht erforderlich ist (§ 242 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Ähnliches gilt im Insolvenzfall, wobei hier jedoch Teilschwellenwerte von 1 Prozent (für zu übernehmende Verpflichtungen gegenüber Versicherten und Leistungserbringern sowie für Forderungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts) bzw. 1,5 Prozent der jährlichen Zuweisungen (für zu übernehmende Versorgungsverpflichtungen) anzusetzen sind, die nur im Zusammenwirken dazu führen würden, dass eine Haftung in Höhe der oben genannten Maximalbeträge von den Krankenkassen der betroffenen Kassenart allein zu übernehmen wäre.

Ansonsten entstehen der Wirtschaft und insbesondere den mittelständischen Unternehmen durch diese Verordnung keine Kosten. Auswirkungen auf die Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

### **E. Gleichstellungspolitische Folgenabschätzung**

Die Möglichkeit einer – mittelbaren oder unmittelbaren – unterschiedlichen Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Verordnung besteht nicht.

**F. Bürokratiekosten**

Durch die Verordnung werden keine neuen Informationspflichten eingeführt.

**G. Vereinbarkeit mit EU-Recht**

Die Verordnung hat keinen Bezug zum Recht der Europäischen Union.



**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:**

**NKR-Nr. 1032: Verordnung zur Aufteilung von Haftungsbeträgen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 171d Abs. 2 SGB V (BMG)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o.g. Verordnung auf Bürokratiekosten geprüft, die durch Informationspflichten begründet werden.

Mit der Verordnung werden keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder aufgehoben.

Der Nationale Normenkontrollrat hat daher im Rahmen seines gesetzlichen Prüfauftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Catenhusen  
Berichterstatter