

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

KKInsoV

Ausfertigungsdatum: 04.01.2010

Vollzitat:

"Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist"

Stand: Geändert durch Art. 14 G v. 22.12.2011 | 2983

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 14.1.2010 +++)

Eingangsformel

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 2 ermittelte Mitgliederzahl angewendet wird. War eine Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 3 an weiteren zeitlich nachfolgenden Vereinigungen beteiligt, ist das Verhältnis nach Satz 2 für jede Vereinigung neu zu ermitteln, indem es auf die Mitgliederzahl dieser Krankenkasse angewendet und das Ergebnis ins Verhältnis zur Mitgliederzahl aller an der jeweiligen Vereinigung beteiligten Krankenkassen gesetzt wird. Für die Berechnungen nach den Sätzen 2 und 3 ist jeweils die Mitgliederzahl zu dem in Satz 2 genannten Zeitpunkt zugrunde 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.

Schlussformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.