



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 17. November 2015
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Rechtzeitige und vollständige Beitragserhebung nach § 76 SGB IV; hier: Bündelung von Beitragsforderungen im Vollstreckungsverfahren	5
Top 2 Beitragsrechtliche Behandlung von Kapitalleistungen aus der Kapital- lebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V	7
Top 3 Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V; hier: Anpassung an die rechtliche Entwicklung	13
Top 4 Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung; hier: Bestandsfehlerverfahren	15
Top 5 Überprüfung der nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 Vorrangversicher- ten durch die landwirtschaftliche Krankenkasse; hier: Zusammenarbeit der beteiligten Krankenkassen	17



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
17. November 2015



Top 1

Rechtzeitige und vollständige Beitragserhebung nach § 76 SGB IV;
hier: Bündelung von Beitragsforderungen im Vollstreckungsverfahren

Sachverhalt:

Die Versicherungsträger haben nach § 76 Abs. 1 SGB IV die ihnen zustehenden Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Zu den Aufgaben der Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag gehört zudem, die ordnungsgemäße Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags zu überwachen und entsprechende Beitragsansprüche, die nicht rechtzeitig, d. h. nicht spätestens bei Fälligkeit, oder nicht in voller Höhe (einschließlich Säumniszuschlägen und/oder Stundungszinsen) erfüllt worden sind, gegenüber dem Zahlungspflichtigen geltend zu machen (§ 28h Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IV).

Die Pflicht zur rechtzeitigen und vollständigen Beitragserhebung durch die Einzugsstellen verlangt unter anderem eine zeitnahe Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen. Konkrete gesetzliche Fristen für die Durchsetzung von Beitragsansprüchen, insbesondere zur Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen, existieren allerdings nicht. Ob die Einzugsstelle Vollstreckungsmaßnahmen zeitnah eingeleitet hat, obliegt grundsätzlich der Prüfung des jeweiligen Einzelfalles.

Im Zuge der mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes verbundenen Intention einer effizienteren Vollstreckungspraxis hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Bundesversicherungsamt (BVA), der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie der Bundesagentur für Arbeit in einem ersten Schritt die im Jahre 2010 hierzu vereinbarten Fristen zur rechtzeitigen Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen angepasst. Im Wesentlichen wurde sich darauf verständigt, dass die Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen seitens der Einzugsstellen künftig als rechtzeitig und damit als rechtmäßig angesehen wird, wenn die Einzugsstelle Vollstreckungsmaßnahmen idealiter bis zum Ablauf der 6. Woche ab der Fälligkeit einleitet. Die konsentierten Vollstreckungsfristen gelten sowohl für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrages als auch für die Beitragsansprüche der GKV, die unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Mitglied außerhalb des Gesamtsozialversicherungsbeitrages geltend zu machen sind (sog. Selbstzahler).

Auf Grundlage der in der Fachkonferenz Beiträge geführten Diskussionen hat der GKV-Spitzenverband in einem weiteren Schritt die Bündelung von Vollstreckungsmaßnahmen als weitere Möglichkeit einer effizienteren Vollstreckungspraxis im Bereich der Selbstzahler gegenüber dem BVA zur Diskussion gestellt. Vor dem Hintergrund der bei Inanspruchnahme der Hauptzollämter regelmäßig festzustellenden Vollstreckungslaufzeiten soll danach eine Bündelung von Vollstreckungsaufträgen nach erstmaliger Einleitung einer Vollstreckungsmaßnahme für sich daran anschließende Zeiträume von bis zu 6 Monaten möglich sein; angesichts der im Mittel festzustellenden Zeitkorridore zwischen Beauftragung und Durchführung der Vollstreckungsmaßnahmen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bei einer derartigen Herangehensweise keine Verschlechterung der effektiven Durchsetzbarkeit der Forderungen zu erwarten.

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger haben die Angelegenheit auf ihrer Arbeitstagung am 11./12. November 2015 beraten. Dabei wurde von ihnen für den Bereich der Selbstzahler beschlossen, dass rückständige Beitragsforderungen nach einer erstmaligen erfolglosen Vollstreckung aus maximal 6 Monaten gebündelt an die Vollstreckungsbehörden weitergeleitet werden dürfen. Der Beschluss der Aufsichtsbehörden weicht insoweit von den Vorstellungen ab, die gegenüber dem BVA zur Diskussion gestellt worden sind, als nicht bereits die erste Einleitung einer Vollstreckungsmaßnahme die Bündelung von weiteren Beitragsforderungen ermöglicht, sondern die erste erfolglose Vollstreckungsmaßnahme.

Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer sehen in der Bündelung von Beitragsforderungen im Rahmen von Vollstreckungsmaßnahmen eine weitere Möglichkeit einer effizienteren Vollstreckungspraxis. Sie halten für die Beiträge der sog. Selbstzahler nach erstmaliger Einleitung einer Vollstreckungsmaßnahme eine Bündelung von weiteren Beitragsforderungen über einen maximalen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für sachgerecht und vertretbar. Es ist nicht erforderlich, dass die erste Vollstreckungsmaßnahme erfolglos gewesen ist.

Über eine Bündelung von Beitragsforderungen im Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags soll mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit anlässlich der nächsten Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs beraten werden. Dabei ist eine entsprechende Anwendung des im Bereich der Selbstzahler geltenden Verfahrens anzustreben.



Top 2

Beitragsrechtliche Behandlung von Kapitalleistungen aus der Kapitallebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V

Sachverhalt:

Kapitalleistungen aus der Kapitallebensversicherung im Erlebensfall werden im Anwendungsbereich des § 240 SGB V nach dem Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 8. Februar 2011 (vgl. Punkt 2 der Niederschrift) als Einnahmen aus Kapitalvermögen klassifiziert. Dies hat zur Folge, dass die Kapitalleistungen grundsätzlich nur in Höhe der Kapitalerträge zur Beitragspflicht heranzuziehen sind. Zur Ermittlung der Höhe der Kapitalerträge ist auf die einkommenssteuerrechtliche Bewertung zurückzugreifen.

Der Begriff "Kapitalerträge" wird im Einkommensteuerrecht im Zusammenhang mit den Leistungen aus Versicherungen differenziert definiert in Abhängigkeit davon, wann der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde, d. h. ob der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2004 oder erst ab dem 1. Januar 2005 stattgefunden hat. Für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2004 abgeschlossen wurden (sog. Altverträge), versteht man unter dem Begriff "Erträge" die Höhe der rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen aus den in den Beiträgen zur Lebensversicherung enthaltenen Sparanteilen (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung). Rechnungsmäßige Zinsen sind die Zinsen, mit denen das Deckungskapital einer Versicherung geschäftsplanmäßig verzinst wird. Die Versicherungsunternehmen erzielen aus ihren Kapitalanlagen in der Regel einen höheren Ertrag als es dem rechnungsmäßigen Zins entspricht. Der Mehrertrag wird als außerrechnungsmäßiger oder überrechnungsmäßiger Zins bezeichnet. Für Verträge, die ab dem 1. Januar 2005 abgeschlossen wurden (sog. Neuverträge), wird der Begriff "Erträge" als Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrags definiert (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung).

In dem vorgenannten Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Beiträge wird den Krankenkassen empfohlen, als Nachweis über die Höhe der Kapitalerträge im Sinne des § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG bei Versicherungen, die im Inland Sitz, Geschäftsleitung oder Niederlassung haben, die Steuerbescheinigungen im Sinne des § 45a EStG zu verwenden. Aus der Praxis wur-

de die Frage gestellt, welche Nachweise über die Höhe der Kapitalerträge in den Fallkonstellationen zugrunde zu legen sind, in denen die Kapitalleistungen aus der Kapitallebensversicherung im Einkommensteuerrecht eine Privilegierung in Gestalt einer vollständigen oder teilweisen Steuerfreiheit genießen. Angesprochen sind an dieser Stelle folgende Fallkonstellationen.

Altverträge

Die Kapitalleistungen aus Altverträgen sind im Versicherungsfall regelmäßig steuerfrei. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Kapitalauszahlung nach Ablauf von zwölf Jahren seit Vertragsabschluss erfolgt und weitere Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 2 EStG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung erfüllt sind, denn aufgrund der Regelung des § 52 Abs. 36 Satz 5 EStG in der am 1. Januar 2005 geltenden Fassung gilt die steuerliche Privilegierung der Altverträge zeitlich unbeschränkt weiter. Bei Fälligkeit oder Kündigung der Altverträge kann sich daher nur in Ausnahmefällen die Steuerpflicht der Kapitalerträge nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG ergeben; die Bemessungsgrundlage bilden in diesem Fall die aus den Sparanteilen aufgelaufenen rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen.

Ist die Steuerpflicht (ausnahmsweise) gegeben, haben die Versicherungen, die im Inland Sitz, Geschäftsleitung oder Niederlassung haben, nach § 45a EStG die Höhe der Kapitalerträge (vor Berücksichtigung des Sparer-Pauschbetrags) aus Versicherungen im Sinne des § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG in der Steuerbescheinigung auszuweisen. Diese Bescheinigung stellt eine ausreichende Grundlage für die Krankenkassen zwecks Feststellung des Umfangs der Beitragspflicht der Kapitalleistung aus der Kapitallebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V dar.

Sind dagegen die Voraussetzungen der Steuerfreiheit erfüllt, wird keine Bescheinigung durch das Versicherungsunternehmen erstellt. Da allerdings der Umfang der Beitragspflicht der Kapitalerträge aus der Kapitallebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V durch die steuerlichen Vergünstigungen nicht beeinflusst wird, müssen die Krankenkassen in solchen Fällen anderweitig in die Lage versetzt werden, die rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen aus den in den Beiträgen zur Lebensversicherung enthaltenen Sparanteilen eigenständig zu ermitteln.



Neuverträge

Bei Kapitalleistungen aus sogenannten Neuverträgen unterliegen die Kapitalerträge nach § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG nur einer hälftigen Besteuerung bei solchen Verträgen, bei denen die Auszahlung nach zwölf Jahren Vertragslaufzeit und Vollendung des 60. Lebensjahres (bei Vertragsabschlüssen nach dem 31. Dezember 2011 nach Vollendung des 62. Lebensjahres, vgl. § 52 Abs. 28 Satz 7 EStG) der steuerpflichtigen Person erfolgt. Für die Besteuerung ist der jeweils individuell maßgebliche Steuersatz anzuwenden. Zwar hält das Versicherungsunternehmen bei Auszahlung der Leistung vorab 25 Prozent Abgeltungsteuer von den vollen positiven Kapitaleinnahmen ein, damit soll aber nur sichergestellt werden, dass die Steuerpflichtigen ihre Erträge in der Einkommensteuererklärung angeben. Eine abschließende Korrektur der zu viel gezahlten Abgeltungsteuer erfolgt dann über das Finanzamt.

Sind die Voraussetzungen einer hälftigen Besteuerung erfüllt, hat das Versicherungsunternehmen die entsprechenden Erträge aus Versicherungen (definiert als Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge) in der Steuerbescheinigung im Sinne des § 45a EStG gesondert auszuweisen. Hierbei hat das Versicherungsunternehmen – ungeachtet der Tatsache, dass im Rahmen der Veranlagung nur der hälftige Unterschiedsbetrag versteuert wird – immer den Unterschiedsbetrag in voller Höhe (und vor Berücksichtigung des Sparer-Pauschbetrags) zu bescheinigen (vgl. BMF-Schreiben vom 3. Dezember 2014, GZ: IV C 1 – S 2401/08/10001:011, DOK: 2014/1062097). Solche Erträge können jedoch erst im Jahr 2017 zufließen.

Bei den Neuverträgen werden somit keine Schwierigkeiten erwartet, wenn die Krankenkassen zwecks Nachweisführung des Umfangs der Beitragspflicht der Kapitalerträge aus der Kapitallebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V die in der Steuerbescheinigung im Sinne des § 45a EStG ausgewiesenen Erträge zugrunde legen.

Ergebnis:

In Ergänzung des Besprechungsergebnisses unter Punkt 2 der Niederschrift der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 8. Februar 2011 wird konkretisiert, welche Nachweise über die Höhe der Kapitalerträge bei den Kapitalleistungen aus der Kapitallebensversicherung zugrunde zu legen sind, sofern diese Leistungen im Einkommensteuerrecht keiner oder einer hälftigen Besteuerung unterliegen.



Altverträge

Unterliegt die Kapitalleistung aus den bis zum 31. Dezember 2004 abgeschlossenen Versicherungsverträgen keiner Besteuerung und werden deswegen keine Steuerbescheinigungen im Sinne des § 45a EStG durch das Versicherungsunternehmen erstellt, haben die Krankenkassen die rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen aus den in den Beiträgen zur Lebensversicherung enthaltenen Sparanteilen eigenständig in analoger Anwendung des BMF-Schreibens vom 31. August 1979 - IV B 4 - S 2252 - 77/79 (BStBl I S. 592) zur steuerlichen Behandlung der rechnungsmäßigen und außerrechnungsmäßigen Zinsen aus Lebensversicherungen zu ermitteln. Dies bedeutet, dass für die Zinsermittlung folgendes Näherungsverfahren anzuwenden ist:

$$(3,2 \times m - 0,1 \times n - 4,5) \times RW: 100, \text{ wobei in der Formel}$$

m = abgelaufene Dauer der Versicherung;

$$n = \text{vereinbarte Beitragszahlungsdauer der Versicherung und}$$

RW = Rückkaufswert der Versicherung darstellt.

Nach Auskunft des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) wäre den Versicherungsunternehmen allenfalls unter erheblichen Anstrengungen möglich, eine nachträgliche exakte Ermittlung der rechnungs- und außerrechnungsmäßigen Zinsen einer steuerfrei ausgezahlten Kapitallebensversicherung vorzunehmen. Der mit einem solchen Verfahren für die Versicherer verbundene Aufwand wäre allerdings nicht mehr vertretbar. Das Verfahren der Zinsberechnung durch die Krankenkassen in analoger Anwendung des vorgenannten BMF-Schreibens wird daher vom GDV ausdrücklich unterstützt.

Beispiel:

Ein Versicherter schließt im Alter von 35 Jahren eine Kapitallebensversicherung mit einer Beitragszahlungsdauer von 30 Jahren ab. Die garantierte Versicherungssumme beträgt 80.000 EUR¹. Die Kapitalleistung wird bei Fälligkeit in Höhe von 125.000 EUR ausgezahlt. Zum Zeitpunkt der Auszahlung der Kapitallebensversicherung besteht eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV.

¹ Bei Auszahlung der Leistung im Versicherungsfall entspricht die garantierte Versicherungssumme dem Rückkaufswert der Versicherung.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
17. November 2015



Beitragspflichtige Einnahmen aus der Kapitallebensversicherung:

Rechnungs- und außerrechnungsmäßige Zinsen	
= $(3,2 \times 30 - 0,1 \times 30 - 4,5) \times 80.000 : 100 =$	70.800 EUR
./. Werbungskosten =	51 EUR
Insgesamt =	70.749 EUR

Neuverträge

Sind die Voraussetzungen einer hälftigen Besteuerung bei Kapitalleistungen aus den ab dem 1. Januar 2005 abgeschlossenen Versicherungsverträgen erfüllt, haben die Krankenkassen zwecks Nachweisführung des Umfangs der Beitragspflicht der Kapitalerträge aus der Kapitallebensversicherung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V im Regelfall die Steuerbescheidungen im Sinne des § 45a EStG zu verwenden. Der Beitragspflicht unterliegt grundsätzlich der unter der Bezeichnung „Höhe der Kapitalerträge aus Lebensversicherungen im Sinne des § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG“ ausgewiesene Betrag; die Regelung des § 3 Abs. 1b der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes über den Abzug der Werbungskosten bleibt unberührt.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
17. November 2015



Top 3

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V;
hier: Anpassung an die rechtliche Entwicklung

Sachverhalt:

Nach § 3 Abs. 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ist der GKV-Spitzenverband zur Veröffentlichung eines Katalogs der häufigsten Einnahmen einschließlich deren beitragsrechtlicher Bewertung im Rahmen der Feststellung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V verpflichtet.

In Erfüllung dieser (Selbst)verpflichtung hat der GKV-Spitzenverband erstmalig mit Datum vom 1. Dezember 2013 einen „Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V“ veröffentlicht. Der vorgenannte Katalog unterliegt einer kontinuierlichen Fortentwicklung und Anpassung an die sich verändernden rechtlichen Gegebenheiten.

Der aktuelle Änderungsbedarf resultiert zunächst aus der Notwendigkeit, die Auswirkungen des Fünftes Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) vom 15. April 2015 (BGBl I S. 583) nachzuvollziehen. Der Artikel 1 Nummer 2 des vorgenannten Gesetzes sieht die Aufhebung der Regelung des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IV vor, nach der die steuerfreien Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit (vgl. § 3 Nr. 12 EStG) und die in § 3 Nr. 26 und 26a EStG genannten Einnahmen (sog. „Übungsleiter- bzw. Ehrenamtszuschüsse“) nicht dem Arbeitsentgelt zugerechnet werden. Nach § 17 SGB IV werden die steuerfreien Einnahmen, die auch als beitragsfreie Einnahmen in der Sozialversicherung gelten, in der Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV) geregelt. Entsprechend dieser Systematik wurde die Regelung des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IV mit Wirkung vom 22. April 2015 ohne inhaltliche Veränderung in die SvEV (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV) übertragen (vgl. Artikel 14 Nummer 1 Buchstabe c des 5. SGB IV-ÄndG). Der Einnahmenkatalog ist – ohne inhaltliche Veränderung – entsprechend redaktionell anzupassen, soweit es um die Benennung der maßgeblichen Rechtsvorschriften für die vorgenannten Einnahmen geht.

Darüber hinaus wurden die Auswirkungen des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 3. Juli 2013 zur Beitragsfreiheit der besonderen Zuwendung nach § 17a StrRehaG - B 12 KR 27/12 R-, USK 2013-60 auf die weiteren Sozialleistungen geprüft, die wegen ihrer Zweck-



setzung kraft einer gesetzlichen Regelung bei Bewilligung von einkommensabhängigen Sozialleistungen im gesamten Sozialrecht nicht als Einkommen berücksichtigt werden. Zwar wurden die ersten Auswirkungen der BSG-Rechtsprechung bereits bei der Veröffentlichung des Katalogs im Dezember 2013 berücksichtigt, eine umfassende Prüfung hierzu war damals aus Zeitgründen nicht möglich und wird nun hiermit nachgeholt. Im Ergebnis wird nunmehr auch die Beitragsfreiheit für folgende Sozialleistungen erkannt: Dienstbeschädigungsausgleich (vgl. § 2 Abs. 3 DbAG), Kindererziehungsleistung für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind (vgl. § 299 SGB VI) sowie Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. § 94 Abs. 3 SGB VII). Der Einnahmenkatalog ist entsprechend anzupassen. Ungeachtet der zukunftsbezogenen Anpassung des Einnahmenkatalogs sind etwaige Beiträge, die auf die von der Entscheidung des BSG vom 3. Juli 2013 erfassten Einnahmen in der Vergangenheit erhoben worden sind, zu Unrecht erhoben worden und daher nach Maßgabe der §§ 26 und 27 SGB IV erstattungsfähig.

Schließlich sollen aus Gründen der Transparenz die Hinweise auf die aktuelle BSG-Rechtsprechung aufgenommen werden, welche in Bezug auf einige Einnahmearten deren Beitragspflicht und somit die aktuelle Praxis der Krankenkassen bestätigt hat. Betroffen sind folgende Einnahmen: Abfindung bzw. Entlassungsentschädigung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses, (Promotions-)Stipendien und Vorsorgeunterhalt zur Kranken- und Pflegevorsorge).

Ergebnis:

Die notwendigen Veränderungen werden in der vorliegenden Fassung des Katalogs von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V nachvollzogen.

Anlage



Katalog von Einnahmen und
deren beitragsrechtliche Bewertung
nach § 240 SGB V
vom 17. November 2015

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de



Vorwort

Der vorliegende Katalog stellt eine alphabetische Auflistung von in der Praxis häufig vorkommenden Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung im Hinblick auf den Einkommensbegriff des § 240 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den einheitlichen Grundsätzen des GKV-Spitzenverbandes dar, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Er dient für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 der einheitlichen Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern und anderen, deren Beitragsbemessung sich ebenfalls nach § 240 SGB V richtet.

Der Katalog befasst sich ausschließlich mit dem Begriff der Einnahmen, welche die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bestimmen. Andere Einkommensbegriffe in der Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des §§ 55 Abs. 2 und 3, 62 SGB V sowie § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI) werden von diesem Katalog nicht erfasst.

Allgemeines

Für die Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder ist nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen.

Mit der Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen gemeint. Welche Einnahmen im Einzelnen hierunter fallen, ist im Gesetz nicht festgelegt. Aus den Gesetzesmaterialien, dem Wortlaut der Vorschrift, ihrer Zweckbestimmung und dem gesetzlichen Zusammenhang kann allerdings entnommen werden, dass der Beitragsbemessung alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung zugrunde zu legen sind.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder gehören zwingend das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen, die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge. Diese Bezüge sind bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen und deshalb nach § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V auch in der freiwilligen Krankenversicherung in Ansatz zu bringen. Den beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich zuzurech-

nen sind ferner alle wiederkehrenden Bezüge, geldwerten Zuwendungen und sonstigen Einnahmen.

Da wegen der Vielzahl unterschiedlicher Einnahmearten eine abschließende konkrete Aufzählung aller beitragspflichtigen Einnahmen nicht möglich ist, benennen die vom GKV-Spitzenverband beschlossenen „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen nicht abschließend, sondern enthalten eine allgemeine, generalklauselartige Regelung, um sämtliche Einnahmen im vorstehenden Sinne beitragsrechtlich zu erfassen. Diese abstrakte Regelung erhält durch den vorliegenden Einnahmenkatalog eine konkrete Ausprägung.

Von dem Grundsatz, dass alle wiederkehrenden Bezüge, geldwerten Zuwendungen und sonstigen Einnahmen zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder zählen, gelten folgende Ausnahmen:

- Ø Die Einnahme unterliegt aufgrund einer gesetzlichen Regelung nicht der Beitragspflicht.
- Ø Die Einnahme unterliegt aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht der Beitragspflicht.
- Ø Die Einnahme unterliegt aufgrund einer konkretisierenden Regelung in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler nicht der Beitragspflicht.
- Ø Eine Einnahme, deren Bewertung auf erhebliche Schwierigkeiten stößt oder der sich im Gesetz keine eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnehmen lassen, unterliegt aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung nur dann der Beitragspflicht, wenn die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine entsprechende konkretisierende Regelung enthalten.
- Ø Die Einnahme stellt lediglich einen Ersatz für entstandene Aufwendungen dar und besitzt daher keinen Einnahmencharakter mit der Konsequenz, dass sie nicht der Beitragspflicht unterliegt.
- Ø Die Einnahme stellt lediglich eine steuerliche Vergünstigung dar und besitzt daher keinen Einnahmencharakter mit der Konsequenz, dass sie nicht der Beitragspflicht unterliegt.

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 4 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
A			
Abfindung bzw. Entlassungsentschädigung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses - monatlich gezahlt - nicht monatlich gezahlt		ja (BSG-Urteil vom 15.10.2014, - B 12 KR 10/12 R -, USK 2014-114)	§ 4 Nr. 1 § 5 Abs. 2 Satz 1 § 5 Abs. 5
(Kapital-)Abfindung von BVG-Renten an Beschädigte	§§ 72 - 78 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 - B 12 KR 28/05 R -, USK 2007-1)	
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Wiederheirat	§ 107 SGB VI	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	§§ 75 - 79 SGB VII	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bei Wiederheirat	§ 80 SGB VII	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Unterhaltsleistungen, die geschiedene Ehegatten oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	§ 1585 Abs. 2 BGB, § 16 LPartG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Abfindung von Versorgungsleistungen für Ruhestandsbeamte bei Wiederheirat (Witwenabfindung)	§ 21 BeamtVG	ja	§§ 4 Nr. 2, 5 Abs. 3 Satz 3
Anpassungsgeld im Bergbau	APG-Richtlinien	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Arbeitseinkommen	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Arbeitsentgelt	§ 14 SGB IV i.V.m. SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 5 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
<p>Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) - geringfügig entlohnte Beschäftigung</p> <p>- kurzfristige Beschäftigung</p>	<p>§ 14 SGB IV</p>	<p>zur Krankenversicherung: nein (BSG-Urteile vom 16.12.2003 - B 12 KR 20/01 R - und - B 12 KR 25/03 R -, USK 2003-28)</p> <p>zur Pflegeversicherung: ja (BSG-Urteil vom 29.11.2006 - B 12 P 2/06 R - USK 2006-62)</p> <p>zur Kranken- und Pflegeversicherung: ja</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3</p> <p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z. B. Ausbilder, Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeiten)</p>	<p>§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV i.V.m. § 3 Nr. 26, 26a EStG</p>	<p>ja (als Einnahme, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden kann, ungeachtet der steuerlichen Behandlung)</p>	<p>§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3</p>
<p>Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit</p>	<p>§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AltTZG</p>	<p>ja</p>	<p>§§ 4 Nr. 3, 5 Abs. 2 Satz 1</p>
<p>Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit</p>	<p>§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SvEV i.V.m. § 3 Nr. 12 EStG</p>	<p>nein, soweit steuerfrei</p>	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 6 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Aufwendungsersatz für Betreuer	§§ 1835, 1835a BGB i.V.m. § 3 Nr. 26b und § 22 Nr. 3 Satz 2 EStG	nein, soweit steuerfrei	
Ausbildungsbeihilfe während der lotsenspezifischen Grundausbildung	§ 9 Abs. 3 SeeLG i.V.m. den Satzungen der Lotsenbrüder- schaften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleich bei (besonderen) Altersgrenzen	§ 48 BeamtVG § 38 SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Ausgleichsgeld	§§ 9, 10 FELEG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet	§ 8 BerRehaG	nein (§ 9 Abs. 1 BerRehaG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Ausgleichsrente an Beschädigte	§ 32 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ausgleichsrente an Hinterbliebene	§§ 41, 43, 47 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
B			
BAföG (Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz) einschließlich des Kranken- und Pflegeversicherungszuschlages nach § 13a BAföG	§§ 11 ff. BAföG	ja, soweit nicht darlehensweise gewährt	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld	§ 17 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	BhV des Bundes und der Länder	nein	
Beiträge für die Vorsorge	§ 33 SGB XII	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 7 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Beitragsübernahme des Sozialhilfeträgers bzw. des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende	§ 32 SGB XII § 26 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Beitragszuschuss der landwirtschaftlichen Alterskasse für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	§ 35a ALG	nein	
Beitragszuschuss der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	§ 106 SGB VI	nein	
Beitragszuschuss eines kirchlichen Arbeitgebers zur freiwilligen Krankenversicherung	landesrechtliche Vorschriften	nein, soweit nach § 3 Nr. 11 Satz 4 EStG steuerfrei	
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte	§ 32 ALG	nein	
Bekleidungs-geld	§ 15 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Berufsausbildungsbeihilfen	§§ 56, 70 SGB III oder landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Berufsausbildungsbeihilfen für Behinderte	§ 115 Nr. 2 SGB III	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Berufsschadensausgleich	§ 30 Abs. 3 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Betreuungsgeld	§ 4a ff. BEEG	nein (§ 224 Abs.1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
Betriebsrente	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 8 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Blindengeld (bzw. vergleichbare Sozialleistung für blinde Menschen)	landesrechtliche Vorschriften	ja, soweit es nicht auf die Blinden- hilfe nach § 72 SGB XII angerechnet wird	§§ 4 Nr. 4, 5 Abs. 2 Satz 1
C			
Conterganrente	§ 13 des Conterganstiftungsgesetzes (ContStifG)	nein (§ 18 Abs. 1 ContStifG)	
D			
Diäten	Abgeordnetengesetz des Bundes oder landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Dienstbeschädigungsausgleich	DbAG	nein (§ 2 Abs. 3 DbAG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Dienstbezüge für Beamte/Beamtenanwärter	BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Dienstzulage für Beamte/Beamtenanwärter	BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Direktversicherung	§ 229 Abs. 1 Satz 1		
- Rentenleistung aus Direktversicherung	Nr. 5 und Satz 3	ja	§§ 3 Abs.1, 5 Abs. 2 Satz 1
- Kapitalleistung aus Direktversicherung	SGB V	ja	§§ 3 Abs.1, 5 Abs. 4
Dividenden	§ 174 Abs. 2 Nr. 2 AktG bzw. § 20 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
E			
Ehegattenzuschlag	§ 33a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 9 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte	landesrechtliche Vorschriften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	§§ 53 – 60 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	
Einmalige Bedarfe, Leistungen für <ul style="list-style-type: none"> - Erstausrüstungen für die Wohnung - Erstausrüstungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt - Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen und dgl. 	§ 31 SGB XII § 24 Abs. 3 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Einstiegsgeld	16b SGB II	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Elterngeld	§ 1 ff. BEEG	nein (§ 224 Abs.1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
Elternrente	§ 49 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Emeritenbezüge (Dienstbezüge, die Professoren nach der Entpflichtung erhalten) <ul style="list-style-type: none"> - bei Personen i.S. des § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V 		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 §§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Entlassungsgeld für Soldaten	§ 9 WSG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 10 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen mit Ausnahme der Abfindungen bzw. Entlassungsentzündigungen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses	§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit mit Ausnahme der Abfindungen bzw. Entlassungsentzündigungen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses	§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus	Art. 1 §§ 2, 3 EntschRG	nein (Art. 1 § 4 EntschRG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Erbschaften		nein	
Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt	§ 27a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Erziehungsbeihilfe	§ 27 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
F			
Familienzuschlag - kindbezogener Teil	§ 40 BBesG	ja ja (BSG-Urteil vom 04.06.1991 - 12 RK 43/90 -, USK 9166)	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
G			
Gewerbebetrieb, Einkünfte aus -	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Graduierten-Förderungsgesetz, Zuwendung nach -	Landesrecht	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Gründungszuschuss - Anteil zur sozialen Absicherung (300,00 Euro mtl.)	§§ 93, 94 SGB III, § 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX	ja nein (§ 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Grundrente für Beschädigte	§ 31 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 - B 12 KR 28/05 R -, USK 2007-1)	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 11 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Grundrente für Hinterbliebene	§§ 40, 43, 46 BVG	ja (BSG-Urteile vom 21.10.1980 - 3 RK 21/80 -, USK 80198 und 09.12.1981 - 12 RK 29/79 -, USK 81300)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Grundsicherungsleistung im Alter und bei Erwerbsminderung	§ 42 Nr. 1, 2, 4 SGB XII	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
H			
Haushaltshilfe - Verdienstausfall bei unbezahltem Urlaub	verschiedene Leistungsgesetze	nein ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Heizung einschl. zentraler Warmwasserversorgung, Leistungen für -	§ 35 Abs. 4 SGB XII § 22 SGB II	ja, anteilig durch die Zahl der im Haushalt des Mitgliedes lebenden hilfebedürftigen Angehörigen (BSG-Urteile vom 19.12.2000 - B 12 KR 1/00 -, USK 2000-36 und - B 12 KR 36/00 -, USK 2000-; BSG-Urteil vom 21.12.2011- B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Heuer der Seeleute	§ 14 SGB IV i.V.m. SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3
Hilfe in anderen Lebenslagen	§§ 70 - 73 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 12 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Hilfen zur Gesundheit	§§ 47 - 52 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	
Hilfe zur Pflege	§ 61 SGB XII; § 44 SGB VII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	§§ 67 - 69 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	
I			
Insolvenzgeld	§ 165 SGB III	ja	§§ 3 Abs. 1, § 5 Abs. 2 Satz 1
K			
Kapitalabfindungen bzw. Kapitaleistungen von Versorgungsbezügen z.B. Kapitalabfindung von Versorgungsbezügen für Soldaten	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 i.V.m. Satz 3 SGB V §§ 28 - 35 SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitaleistung aus einer befreienden Kapitallebensversicherung		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 13 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Kapitaleistung aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung i.S. des BVerfG-Beschlusses vom 28.09.2010 - 1 BvR 1660/08 -, USK 2010-112 <ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsbezugsanteil - Leistungen einer privaten Altersvorsorge 	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 i.V.m. Satz 3 SGB V	ja ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4 §§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitaleistung aus einer privaten Kapitallebensversicherung (ohne befreiende Kapitallebensversicherung), sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt <ul style="list-style-type: none"> - im Erlebensfall - im Todesfall 		ja, in Höhe des Kapitalertrags nein (Vermögensverschiebung)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Kapitaleistung aus einer privaten Rentenversicherung (sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt), darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - aufgeschobene private Rentenversicherung - Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht - Riester-Rentenversicherung - Rürup-Rentenversicherung 		ja (BSG-Urteil vom 27.01.2010 - B 12 RK 28/08 -, USK 2010-15)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 14 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Kapitalleistung aus einer privaten Risikoversicherung, darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - Berufsunfähigkeitsversicherung - Erwerbsunfähigkeitsversicherung - Risikolebensversicherung - Unfallversicherung ohne garantierte Beitragsrückzahlung 		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 4
Kapitalvermögen, Einkünfte aus -		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
Kaufkraftausgleich	§ 55 BBesG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Kindererziehungsleistung (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	§§ 294, 294a SGB VI	nein (§ 299 SGB VI)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Kindererziehungszeitenbetrag	§ 56 SGB VI	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Kindergeld	§§ 1 ff. BKGG	nein (BSG-Urteil vom 25.11.1981 - 5a/5 RKn 18/79 -, USK 81243)	
Kindertagespflege, Aufwendungen von privater Seite oder aus öffentlichen Kassen für - (Kosten für den Sachaufwand, Abgeltung der Erziehungsleistung und Erstattung bestimmter Vorsorgeaufwendungen)	§ 23 Abs. 2 SGB VIII	ja, soweit Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 15 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Kindervollzeitpflege, Leistungen zum Unterhalt des Kindes und des Jugendlichen - pauschale Leistungen für den Unterhalt des Kindes (sog. Pflegegelder) - Beträge zur Anerkennung bzw. Abgeltung der Erziehungskosten der Pflegeperson - Erstattung von Vorsorgeaufwendungen	§ 39 SGB VIII, Vollzeitpflege unter Maßgabe von § 27 i.V.m. § 33 SGB VIII	nein ja ja (BSG-Urteil vom 19.12.2000 - B 12 KR 36/00 R -, USK 2000-39)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 §§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Kinderzuschlag	§ 33b BVG, § 6a BKGG	nein	
Kinderzuschuss der Rentenversicherung	§ 270 SGB VI	nein	
Kost und Wohnung	§§ 2 und 3 SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Krankengeld	§§ 44 - 45 SGB V	zur Krankenversicherung: nein (§ 224 Abs. 1 SGB V) zur Pflegeversicherung: grds. ja (§ 57 Abs. 2 SGB XI), aber Beitragseinbehalt bereits bei Auszahlung des Krankengeldes	

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 16 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Krankengeld aus einem Wahltarif	§ 53 Abs. 6 SGB V	zur Krankenversicherung: ja, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler nicht erfüllt sind zur Pflegeversicherung: ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Krankentagegeld aus privater Krankenversicherung		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Kriegsschadenrente	§ 261 ff. LAG	ja, s. aber unter Pflegezulage	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
L			
Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Landeserziehungsgeld	landesrechtliche Vorschriften	nein (analog § 224 Abs. 1 SGB V i. d. Fassung bis zum 31.07.2013)	
Leistungen an Infizierte nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz - AntiDHG)	§ 3 Abs. 2 AntiDHG	ja, zur Hälfte (§ 6 Abs. 1 AntiDHG)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Leistungen nach dem HIV-Hilfegesetz (HIVHG)	§ 16 HIVHG	nein (§ 17 HIVHG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Leistungen zur Förderung der Existenzgründung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	ESF-Richtlinien	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Lotsgeld der See- und Hafenslotsen	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
M			
Mehrbedarf für Alleinerziehende	§ 30 Abs. 3 SGB XII § 21 Abs. 3 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 17 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Mehrbedarf für behinderte Menschen	§ 30 Abs. 4 SGB XII § 21 Abs. 4 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrbedarf für dezentrale Warmwasserversorgung	§ 30 Abs. 7 SGB XII § 21 Abs. 7 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrbedarf für Gehbehinderte	§ 30 Abs. 1 SGB XII	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung	§ 30 Abs. 5 SGB XII § 21 Abs. 5 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrbedarf für werdende Mütter	§ 30 Abs. 2 SGB XII § 21 Abs. 2 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrbedarfsrente (von Haftpflichtversicherungen)	§ 843 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	§ 94 SGB VII	nein (§ 94 Abs. 3 SGB VII)	§ 3 Abs. 1 Satz 3
Meister-BAföG, Leistungen zur Deckung des Unterhaltsbedarfs	§ 10 Abs. 2 AFBG	ja, soweit nicht darlehensweise gewährt	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Mutterschaftsgeld	§ 24i SGB V, § 14 KVLG 1989, § 13 MuSchG	nein (§ 224 Abs.1 SGB V, § 56 Abs. 3 SGB XI)	
N			
Nutzungsvergütung	§ 24 Nr. 3 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 18 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
P			
Pflegegeld an Pflegebedürftigen	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII, § 26c BVG, § 64 SGB XII bzw. landesrechtliche Vorschriften	nein	
Pflegegeld, das an eine Pflegeperson weitergeleitet wird	§ 13 Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 37 XI, § 44 SGB VII, § 26c BVG, § 34 BeamtVG, § 64 SGB XII bzw. landesrechtliche Vorschriften, § 192 VVG	nein bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI (§ 240 Abs. 2 Satz 4 SGB V)	
Pflegezulage	§ 35 BVG, § 269 Abs. 2 i.V.m. § 267 Abs. 1 S. 3-6 LAG	nein	
Privatentnahme aus dem Betriebsvermögen		nein	
Produktionsaufgaberente	§§ 5, 6 FELEG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
R			
Regelsatz bzw. Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts	§ 27a Abs. 3 bis 4 SGB XII § 20 SGB II	ja (BSG-Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	SGB VI, Art. 2 RÜG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 19 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	SGB VII	ja (BSG-Urteil vom 06.09.2001 - B 12 KR 14/00 R -, USK 2001-35)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer befreienden Kapitallebensversicherung		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 - B 12 KR 40/00 R - und - B 12 KR 5/01 R -, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer gemischt finanzierten Direktversicherung i.S. des BVerfG-Beschlusses vom 28.09.2010 - 1 BvR 1660/08 -, USK 2010-112 - Versorgungsbezugsanteil - Leistungen einer privaten Altersvorsorge	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 - B 12 KR 40/00 R - und - B 12 KR 5/01 R -, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 §§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer Höherversicherung	§ 280 SGB VI	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer privaten Kapitallebensversicherung (ohne befreiende Kapitallebensversicherung), sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 - B 12 KR 40/00 R - und - B 12 KR 5/01 R -, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 20 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
(Leib- und Zeit-) Renten aus einer privaten Rentenversicherung (sofern keine Zuordnung zur betrieblichen Altersversorgung vorliegt), darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - aufgeschobene private Rentenversicherung - Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht - Riester-Rentenversicherung - Rürup-Rentenversicherung - Sofortrente 		ja (analog zu BSG-Urteile vom 06.09.2001 – B 12 KR 40/00 R – und – B 12 KR 5/01 R –, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus einer privaten Risikoversicherung, darunter insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - Berufsunfähigkeitsversicherung - Erwerbsunfähigkeitsversicherung - Risikolebensversicherung - Unfallversicherung ohne garantierte Beitragsrückzahlung 		ja (BSG-Urteil vom 06.09.2001 – B 12 KR 14/00 R –, USK 2001-35)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten der Alterssicherung der Landwirte	ALG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht sowie BEG-Renten an Beschädigte	§§ 31-35 BEG, § 4 HHG, § 60 Abs. 1 bis 3 IfSG, § 1 Abs. 1 OEG, § 21 StrRehaG, § 80 SVG, § 3 VwRehaG, § 47 Abs. 1 Satz 1 ZDG	ja, soweit sie den Grundrentenbeitrag nach § 31 Abs. 1 BVG übersteigen (BSG-Urteil vom 24.01.2007 – B 12 KR 28/05 R –, USK 2007-1)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 21 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht sowie BEG-Renten an Hinterbliebene	§§ 17 -21, 41 BEG, § 5 HHG, § 60 Abs. 4 IfSG, § 1 Abs. 8 OEG, § 22 StrRehaG, § 80 SVG, § 4 VwRehaG, § 47 Abs. 1 Satz 2 ZDG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Rentennachzahlung	§ 228 Abs. 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 6
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern	§ 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3
Ruhegehalt	BeamVG, SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
S			
Sachbezüge	SvEV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Sanierungsgewinne	§ 15 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Schadenersatzrente	§ 843 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Schadensausgleich	§ 40a BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Schmerzensgeld	§ 253 Abs. 2 BGB	nein	
Schwerstbeschädigtenzulage	§ 31 Abs. 4 BVG	nein (BSG-Urteil vom 24.01.2007 - B 12 KR 28/05 R - USK 2007-1)	
Schwerverletztetenzulage	§ 57 SGB VII	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus -	§ 15 Abs. 1 SGB IV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Sozialgeld	§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 22 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
(Promotions-)Stipendien		ja, ungeachtet eventuell gesondert ausgewiesener Bestandteile (BSG-Urteile vom 18.12.2013 - B 12 KR 3/12 R - , USK 2013-169, und - B 12 KR 8/12 R - , USK 2013-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Streikgelder		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Studienbeihilfen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
U			
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse	Satzung der Seemannskasse	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Übergangsgebühren für Zeitsoldaten	§§ 11, 11a SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Übergangsgeld im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	§ 45 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis	§ 47 BeamtVG §§ 12, 13 SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unfallausgleich	§ 35 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unfallruhegehalt	§§ 36, 37 BeamtVG § 27 SVG	ja, soweit es nach Maßgabe des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c und d SGB V zum Versorgungsbezug gehört	§§ 3 Abs. 1, 7 Abs. 2
Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 23 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Partnerschaft erhalten	§§ 12, 16 LPartG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsbeihilfe und Übergangsgeld während einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben	§ 26a Abs. 3 BVG § 26a Abs. 1 BVG	grds. ja, aber es wird von der Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger ausgegangen	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsbeitrag	BeamtVG, SVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltsleistungen, die das Mitglied für ein Kind von einem Dritten (z. B. Sozialhilfeträger, Träger der Jugendhilfe, Elternteil) erhält		nein (BSG-Urteile vom 11.04.1984, - 12 RK 41/82 -, USK 84117 und vom 22.09.1988 - 12 RK 14/86 -, USK 88153)	
Unterhaltsbeitrag für Lotsenanwärter	§ 28 Abs. 1 Nr.9 SeeLG i.V.m. den Satzungen der Lotsenbrüderschaften	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Unterhaltssicherung, Leistungen zur -	§§ 5 ff. USG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 24 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Unterkunft, Leistungen für -	§ 35 Abs. 1 bis 3 SGB XII § 22 SGB II	ja, anteilig durch die Zahl der im Haushalt des Mitgliedes lebenden hilfebedürftigen Angehörigen (BSG-Urteile vom 19.12.2000 - B 12 KR 1/00 -, USK 2000-36 und - B 12 KR 36/00 -, USK 2000-39, BSG-Urteil vom 21.12.2011- B 12 KR 22/09 R -, USK 2011-170)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
V			
Veräußerungsgewinne aus dem (Teil-)Verkauf eines Betriebes, aus dem Verkauf von Anteilen einer Kapitalgesellschaft oder aus der (Teil-)Veräußerung des Vermögens	§§ 14, 16, 17,18 Abs. 3 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2
Veräußerungsgewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften (z.B. bei Grundstücken, Wertpapieren und Rechten)	§ 22 Nr. 2 i.V.m. § 23 EStG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 3 Satz 3
Veräußerungs- bzw. Kaufpreisleibrente (Leibrente, die auf der Übertragung eines Wirtschaftsgutes beruht) aus privaten Veräußerungsgeschäften		ja (BSG-Urteile vom 06.09.2001 - B 12 KR 40/00 R - und - B 12 KR 5/01 R -, USK 2001-31)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Verdienstausfallentschädigungen	§ 56 IfSG, § 9 Abs. 2 KatSG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Mitaufnahme einer Begleitperson in das Krankenhaus, Dialyse oder Organspende		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 25 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
Verletztengeld	§ 45 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	
Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus -		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 2 und 3
Verschollenheitsrente	§ 52 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Versorgungsbezüge	§ 229 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4
Versorgungsbezüge, nachgezahlte -	§ 229 Abs. 2 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 6
Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 SGB V nach BeamtVG oder SVG	BeamtVG SVG	ja, nach Abzug für Pflegeleistungen nach § 50f BeamtVG oder § 55f SVG	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Versorgungskrankengeld	§§ 16, 17 BVG	grds. ja (§ 235 Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI), aber Beitragstragung ausschließlich durch den Rehabilitationsträger	
Versorgungszuschlag für beurlaubte Beamte der Deutschen Telekom AG		ja (BSG-Urteil vom 19.12.2000 - B 12 KR 36/00 R -, USK 2000-39)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Vorruhestandsgeld	VRG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Vorsorgeunterhalt (Kranken-, Pflege-, Alters- und Erwerbsminderungsvorsorge)	§§ 1361 Abs. 1, 1578 Abs. 2 und 3 BGB	ja (BSG-Urteil vom 19.08.2015 - B 12 KR 11/14 R -)	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1

Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

Seite 26 von 26

Einnahmeart	Rechtsgrundlage	Beitragspflichtig	Regelung durch „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“
W			
Waisengeld	§ 23 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1
Werksrente	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4
Wertguthaben im Rahmen eines flexiblen Arbeitszeitmodells (Altersteilzeit) für einen nicht abhängig beschäftigten Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH - während der Arbeitsphase - während der Freistellungsphase		nein ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Witwengeld	§ 19 BeamtVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1
Witwen, Waisen-, Witwerbeihilfe	§ 48 BVG	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Wohngeld	§ 3 des 2. WoGG	nein (BSG-Urteil vom 25.11.1981 - 5a/5 RKn 18/79 -, USK 81243)	
Z			
Zinsen aus Kapitalvermögen		ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 4
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	§ 3 MuSchEltZV	ja	§§ 3 Abs. 1, 5 Abs. 2 Satz 1
Zuwendung für Haftopfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet, Besondere -	§ 17a StrRehaG	nein (§ 16 Abs. 4 StrRehaG)	§ 3 Abs. 1 Satz 3

Top 4

Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung;

hier: Bestandsfehlerverfahren

Sachverhalt:

Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V hat der GKV-Spitzenverband einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 28. Juni 2011 festgelegt. In § 9 Abs. 7 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze ist geregelt, dass ab dem 1. Januar 2014 das Mitteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen nur noch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen darf.

In der Fachkonferenz Beiträge am 17. Juni 2015 wurde im Rahmen der konzeptionellen Umsetzung des Bestandsfehlerverfahrens im Fami-Meldeverfahren beschlossen, die unterschiedliche Ausgestaltung des Datenbausteins – Bestandsfehler (DBBF) im Fami-Meldeverfahren einerseits und in den Gemeinsamen Grundsätzen für Bestandsprüfungen nach § 28b Abs. 1 Nr. 5 SGB IV andererseits zu vereinheitlichen und den Einsatzzeitpunkt aufgrund der sich daraus ergebenden Aufwände in der technischen Umsetzung im Fami-Meldeverfahren auf den 1. Januar 2017 festzulegen (vgl. Punkt 9 der Ergebnisniederschrift).

Die Verfahrensbeschreibung einschließlich der Anlagen in der Fassung vom 26. Juni 2014 wurde entsprechend angepasst.

Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer stimmen der Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze einschließlich der Anlagen in der Version 2.0 in der zum 1. Januar 2016 respektive 1. Januar 2017 an geltenden Fassung zu.

Bis zur Einführung des Datenbausteins Bestandsfehler (DBBF) zum 1. Januar 2017 ist im Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) das Feld „MM-

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
17. November 2015



BESTANDSFEHLER“ mit „N“ zu befüllen. Die aktualisierten Dokumente sind als Anlage beigefügt.

Anlagen



Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Melde- verfahren zwischen den Krankenkassen bei Durch- führung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze

Stand: 17.11.2015
Gültig ab: 01.01.2016
Version: 2.0

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliches	4
2	Verfahren bei den Krankenkassen	5
2.1	Voraussetzungen bei den Krankenkassen	5
2.1.1	Allgemeines	5
2.1.2	Datenübermittlung.....	5
2.1.3	Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine.....	6
2.1.4	Stornierung von maschinellen Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten.....	6
2.1.5	Erinnerungsverfahren.....	7
2.1.6	Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen.....	7
2.2	Aufbau und Prüfung der Meldungen.....	7
2.3	<u>Bestandsprüfungen</u>	8
3	Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen.....	9
3.1	Allgemeines.....	9
3.2	Prüfung der Meldungen	9
3.2.1	Allgemeines	9
3.2.2	Weiterleitung der Meldungen	9
3.3	Fehlerbehandlung	9
3.3.1	Fehlerhafte Dateien.....	9
3.3.2	Fehlerhafte Datensätze	10
4	Inhalt spezieller Datenfelder	11
4.1	Allgemeines.....	11
4.2	DSFM.....	11
4.2.1	Abgabegrund	11
4.2.2	Art der Meldung.....	11
4.2.3	Aktenzeichen Krankenkasse	12
4.2.4	Krankenversicherternummer gem. § 290 SGB V.....	12
4.3	DBZT.....	13
4.3.1	Versichert bis	13
4.3.2	(voraussichtlich) Versichert ab	13
4.4	DBBF.....	13
4.4.1	Bestandsfehler	13
5	Anlagen.....	14

Änderungsprotokoll - Verfahrensbeschreibung zum Datenaustausch Familienversicherung

Abschnitt / Seite	Erläuterung
Verfahrensdeckblatt	Die Gültigkeit wurde von 01.01.2015 in 01.01.2016 geändert.
Verfahrensdeckblatt	Die Version wurde von 1.2 in 2.0 geändert.
Grundsätzliches	Der Bezug auf die jeweils geltende Fassung der Fami-Meldegrundsätze wurde hergestellt.
Datenübermittlung	Der Verweis auf die "Gemeinsamen Grundsätze Technik" wurde hinzugefügt
Aufbau und Prüfung der Meldungen	Das Inkrafttreten des Datenbausteins Bestandsfehler ab 1. Januar 2017 wurde hinzugefügt.
Bestandsprüfungen	Änderung des Inkrafttretens und inhaltliche Änderungen beim Abgleich und Vorhalten von Bestandsprüfungen. Aus dem Punkt Bestandsfehlerverfahren wurde Bestandsprüfungen (Wortlaut des Gesetzes).
Inhalt spezieller Datenfelder - Bestandsfehler	Das Feld Bestandsfehler wurde analog der DEÜV angepasst.
Anlagen	Der Fehlerkatalog Bestandsprüfungen wurde aufgenommen.
Inhalt spezieller Datenfelder	Der Verweis auf die Anlagen 3-6 der Fami-Meldegrundsätze wurde entfernt.
Inhalt spezieller Datenfelder – Ziffer 4.2.1	§ 9 SGB V wurde in freiwilliges Mitglied geändert (vgl. § 9 Abs. 6 Satz 3 der Fami-Meldegrundsätze).

1 Grundsätzliches

Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V hat der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 28. Juni 2011 in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Nach § 9 Abs. 7 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze bestimmt der GKV-Spitzenverband den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben für die gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung im Rahmen des Meldeverfahrens bei Durchführung der Familienversicherung.

Mit dieser Verfahrensbeschreibung wird das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung gemäß den Fami-Meldegrundsätzen in der jeweils geltenden Fassung näher erläutert.

Es wurde vereinbart, dass die Datenannahmestellen der Krankenkassen als Annahme- und Weiterleitungsstellen für alle per Datenaustausch übertragenen Meldungen fungieren. Der Übertragungsweg ist über die etablierten Wege und ausschließlich über die Weiterleitungsstellen der Krankenkassen vorzunehmen.

2 Verfahren bei den Krankenkassen

2.1 Voraussetzungen bei den Krankenkassen

2.1.1 Allgemeines

Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen dürfen nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung abgegeben werden.

Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umsetzung der Meldepflichten der Krankenkassen untereinander und umfasst alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit, soweit die Durchführung einer Familienversicherung betroffen ist und sich die Verpflichtung zur Abgabe einer Meldung aus § 9 der Fami-Meldegrundsätze ergibt.

Voraussetzung für die Abgabe der Meldungen ist insbesondere, dass die Daten über die Angaben zum Versicherten maschinell aus dem Datenbestand der Krankenkasse hervorgehen und erstellt werden. Die Meldungen sind unverzüglich nach der Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts eines Familienangehörigen bzw. Änderungen in der Familienversicherung oder nach Erhalt der zur Meldung verpflichteten Stelle vorzunehmen.

Der Übertragungsweg ist über die etablierten Wege und ausschließlich über die Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen. Der Rückmeldeweg ist ebenfalls über die Datenannahmestellen der Krankenkassen durchzuführen (Näheres zum Übertragungsweg ist der Anlage 4 zu entnehmen).

Seit dem 1. Januar 2014 haben die Krankenkassen nach § 9 Abs. 7 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze das Meldeverfahren untereinander durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung durchzuführen. Dies gilt auch für Zeiträume, die vor dem 1. Januar 2014 liegen. Mithin ist eine Verwendung von Papiermeldungen nicht mehr zulässig. Davon abweichend sind Anfragen, die vor dem 1. Januar 2014 bei den Krankenkassen in Papierform eingegangen sind, in Papierform zu beantworten.

2.1.2 Datenübermittlung

Für die Datenübermittlung zwischen den Krankenkassen und den Datenannahmestellen ist der nachstehende Datensatz

- Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) zu verwenden.

Die Datensätze sind entsprechend der Anlage 1 dieser Verfahrensbeschreibung aufzubauen und über die Datenannahmestellen unter Beibehaltung der Verfahrenskennung „MFV“ im Auftragssatz der jeweiligen Krankenkasse zu übermitteln. Dabei ist auf eine lückenlose, aufsteigende Dateinummernfolge zu achten. Bei Kassenfusionen ist nach erfolgter technischer Fusion stets die Rechtsnachfolger-BBNR zu adressieren.

Vor der maschinellen Übermittlung von Meldungen ist von den Krankenkassen programmseitig sicherzustellen, dass erstellte, aber noch nicht übermittelte Datensätze, die bereits wieder programmintern storniert wurden, also in sich überholt sind, nicht an die Datenannahmestelle der zuständigen Krankenkasse geliefert werden.

Für die Übermittlung der Daten sind die „Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

2.1.3 Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine

Die Übermittlung beginnt mit dem Vorlaufsatz (VOSZ) an die Datenannahmestelle. Die Reihenfolge der Datenbausteine muss identisch sein mit der Reihenfolge der Merkmale im DSFM. Für jede Meldung ist ein separater Datensatz (DSFM) zu verwenden. Als letzter Datensatz folgt der Nachlaufsatz (NCSZ). Die Datensätze und Datenbausteine sind unverändert in der Kassenbestandssoftware zu verarbeiten und bei der Beantwortung ebenso unverändert zurückzumelden.

2.1.4 Stornierung von maschinellen Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten

Datensätze sind zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten waren oder die Krankenkasse von sich aus feststellt, dass sie inhaltlich falsche Daten (unzutreffende Angaben) geliefert hat. Bei unzutreffenden Angaben storniert die Krankenkasse den bereits übermittelten Datensatz mit dem Stornierungsmerkmal und erstellt zusätzlich einen neuen Datensatz mit den richtigen Werten.

Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den ursprünglich übermittelten Daten und dem Kennzeichen „Stornierung“ zu übermitteln. Im Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) sind die Daten im Feld „DATUM-ERSTELLUNG“; Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes und ggf. im Feld „BBNR-ABSENDER“ bzw. im Feld „BBNR-EMPFAENGER“ zu aktualisieren.

Eine Stornierungsmeldung hebt alle vorherigen, inhaltsgleichen Meldungen (Ursprungsmeldung und Erinnerungen) auf.

Wird eine Meldung an eine unzuständige Krankenkasse übermittelt, hat diese ihre Unzuständigkeit dem im Datensatz aufgeführten Ansprechpartner per E-Mail mitzuteilen. Die bereits abgegebene Meldung verbleibt bei der unzuständigen Krankenkasse; sie bedarf keiner Stornierung. Ab 01.01.2017 ist ein Bestandsfehler gemäß der Anlage 5 zu melden. Eine erneute Übermittlung einer Erstanfrage hat nach weiterer Ermittlung an die zuständige Krankenkasse zu erfolgen.

2.1.5 Erinnerungsverfahren

Für den Fall, dass die bisher zuständige Krankenkasse auf die Meldungen der zuständig gewordenen Krankenkasse nach § 9 Abs. 3 oder Abs. 6 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze nicht rechtzeitig reagiert, ist ein Erinnerungsverfahren vorgesehen. Einheitliche Fristen für die Erinnerungsmeldungen sind nicht festgelegt; die Ausgestaltung hierzu verbleibt bei den einzelnen Krankenkassen. In diesem Zusammenhang können die Krankenkassen auch festlegen, ob sie für die Anforderung der Rückmeldungen nach § 9 Abs. 4 der Fami-Meldegrundsätze einerseits und nach § 9 Abs. 6 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze andererseits unterschiedliche Erinnerungsfristen vorsehen.

Bei Erinnerung einer bereits übermittelten Meldung nach den Fami-Meldegrundsätzen ist der ursprüngliche Datensatz Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den übermittelten Daten und dem Kennzeichen „Erinnerung einer bereits abgegebenen Meldung“ erneut zu übermitteln. Im DSFM bleiben die Daten im Feld „DATUM- ERSTELLUNG“; Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes und im Feld „BBNR-ABSENDER“ bzw. im Feld „BBNR-EMPFAENGER“ unverändert (mit Ausnahme bei Kassenfusionen, hier können „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ ggf. abweichen).

2.1.6 Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen

Werden Mängel nach den Fehlerprüfungen der Anlage 1 festgestellt, die eine ordnungsgemäße Übernahme der Daten beeinträchtigen, wird die Übernahme der Daten durch die Datenannahmestelle ganz oder teilweise abgelehnt. Die Krankenkasse muss eine erneute Übermittlung der zurückgewiesenen Daten nach deren Korrektur vornehmen.

2.2 Aufbau und Prüfung der Meldungen

Für die Übermittlung der Meldungen hat der GKV-Spitzenverband Datenprüfungen festgelegt, die von den Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen sind. Darüber hinaus wurden Bestandsfehler definiert, die von den Krankenkassenbestandssystemen im Rahmen des Bestandsfehlerverfahrens zu nutzen sind.

Der Inhalt der Datenprüfungen ergibt sich im Einzelnen aus den nachfolgenden Beschreibungen sowie den Beschreibungen der Feldprüfungen (siehe Anlage 1) im DSFM und den Datenbausteinen:

- DBAN - Anschrift
- DBNA - Name
- DBZT - Zeiten
- DBAP - Ansprechpartner
- DBBF - Bestandsfehler (ab 1. Januar 2017)
- DBFE - Fehler.

2.3 Bestandsprüfungen

Ab dem 1. Januar 2017 sind Bestandsprüfungen vorgesehen. Dabei gleicht die empfangende Krankenkasse die übermittelten Meldeinhalte der absendenden Krankenkasse („ABGABE-GRUND“ „01“ oder „03“) mit den in ihrem Bestand gespeicherten Daten ab. Werden Bestandsfehler festgestellt, ist die Meldung abzuweisen und an die absendende Krankenkasse mit dem Datenbaustein DBBF zurück zu melden. Im Feld „ART-DER-MELDUNG“ im DSFM ist das Kennzeichen „B“ – Bestandsfehler zu setzen und der DSFM mit den ursprünglich übermittelten Daten und dem DBBF zurück zu melden. Die Bestandsfehler sind ebenfalls über den im maschinellen Fami-Meldeverfahren etablierten Transferweg zu melden. Die Felder „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ im DSFM sind im Falle eines Bestandsfehlers zu tauschen.

Eine abgewiesene Meldung wird nicht in den Datenbestand des Empfängers übernommen. Dieser ist jedoch berechtigt, die abgewiesene Meldung anzeigbar vorzuhalten, um in Einzelfällen das Meldeverhalten nachvollziehen und den Vorgaben analog des § 98 Abs. 1 Satz 3 SGB IV gerecht werden zu können.

3 Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen

3.1 Allgemeines

Die Krankenkassen versenden Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen, welche durch Datenübertragung an die Datenannahmestellen der Krankenkassen zu übermitteln sind.

3.2 Prüfung der Meldungen

3.2.1 Allgemeines

Die Datenannahmestellen prüfen die übermittelten Daten. Der Inhalt der Fehlerprüfungen ergibt sich im Einzelnen aus der Anlage 1.

3.2.2 Weiterleitung der Meldungen

Die Datensätze sind von der Datenannahmestelle an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Vor der Datenübermittlung sind die Daten mit dem einheitlichen Kernprüfprogramm zu prüfen. Fehlerhafte Meldungen sind nicht an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten, sondern mit den Fehlertexten des einheitlichen Kernprüfprogrammes abzuweisen. Das Meldeverfahren Familienversicherung ist zwischen den einzelnen Datenannahmestellen analog dem Meldeverfahren „KV-KV“ im Datenaustausch KVdR zu realisieren.

3.3 Fehlerbehandlung

3.3.1 Fehlerhafte Dateien

Die Prüfung der Dateien erstreckt sich auf den Dateiaufbau sowie den Inhalt des Vorlauf- und Nachlaufsatzes. Werden dabei Mängel festgestellt, die die ordnungsgemäße Übernahme der Daten beeinträchtigen, ist die Datei unverarbeitet zurückzuweisen.

3.3.2 Fehlerhafte Datensätze

Fehlerhafte Datensätze werden mit der Fehlerkennzeichnung (FEKZ = 1) zurückgegeben. Hierzu wird der geprüfte Datensatz in seiner bisherigen Form mit der Kennung „FEKZ = 1“ und der Anzahl der Fehlernummern (FEAN) unter Angabe der einzelnen Fehlernummern im variablen Teil des Datensatzes an den ursprünglichen Absender zurückgesandt. Die Daten zur Steuerung sind zu verändern, indem die „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ getauscht werden.

4 Inhalt spezieller Datenfelder

4.1 Allgemeines

Nachfolgend wird beschrieben, welche Inhalte in speziellen Feldern des Datensatzes „DSFM“ sowie des Datenbausteines-Zeiten „DBZT“ und des Datenbausteines Bestandsfehler „DBBF“ von den Krankenkassen erwartet werden. Felder, die zur Kennung/Stornierung bzw. Erinnerung der Datenbausteine dienen, sowie Reservfelder werden nicht näher beschrieben.

4.2 DSFM

4.2.1 Abgabegrund

171-172	002	n	M	ABGABEGRUND AGGD	Grund der Abgabe 01 = Mitgliedschaft/FAMI neue Kasse – Vorkasse FAMI 02 = Rückmeldung Vorkasse – Ende FAMI 03 = voraussichtlich FAMI neue Kasse – Vorkasse Mitglied 04 = Rückmeldung Vorkasse – Ende Mitgliedschaft
---------	-----	---	---	---------------------	---

In diesem Feld ist der Grund für die Übermittlung der Daten anzugeben. Die Abgabegründe ergeben sich aus § 9 Abs. 3 bis 6 der Fami-Meldegrundsätze. Eine Meldung mit Grund der Abgabe „01“ ist nicht abzugeben, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde, wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze). Eine Meldung mit Grund der Abgabe „03“ ist nicht abzugeben bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig oder freiwilliges Mitglied waren (§ 9 Abs. 6 Satz 3 der Fami-Meldegrundsätze).

4.2.2 Art der Meldung

181-181	001	an	M	ART-DER-MELDUNG AT-ME	Kennzeichen der Meldung: M = Meldung S = Stornierung E = Erinnerung B = Bestandsfehler
---------	-----	----	---	--------------------------	--

Im Datensatz ist jeweils kenntlich zu machen, ob es sich um eine „Meldung = M“ (die bisher zuständige und die zuständig gewordene Krankenkasse nutzen dieses Kennzeichen gleichermaßen), um eine „Stornierung = S“ (diese Funktion steht ebenfalls beiden Krankenkassen zur Verfügung), um eine „Erinnerung = E“ (diese Funktion steht ausschließlich der zuständig gewordenen Krankenkasse zur Verfügung) oder um einen „Bestandsfehler“ = B (diese Funktion steht ausschließlich der abgebenden Krankenkasse zur Verfügung) handelt. Bezüglich der Erinnerung wird auf Abschnitt 2.1.5 und der Bestandsfehler auf Abschnitt 2.3 verwiesen.

4.2.3 Aktenzeichen Krankenkasse

091-102	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG AZ-KK-MEL	Dieses Feld steht der zuständig gewordenen Krankenkasse zur freien Verfügung
103-114	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-RÜCKMELDUNG AZ-KK-RUECK	Dieses Feld steht der bisher zuständigen Krankenkasse zur freien Verfügung

In diesen Feldern kann der Ordnungsbegriff der Krankenkasse eingegeben werden, unter dem der Familienversicherte kassenintern geführt wird (nicht die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V). Sofern die zuständig gewordene Krankenkasse das Feld „AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG“ (Stellen 091-102) mit den Werten belegt hat, muss dieses Datenfeld bei der Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse dieselben Werte enthalten.

4.2.4 Krankenversicherungsnummer gem. § 290 SGB V

182-191	010	an	M	KVNR KVNR	Krankenversicherungsnummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen)
---------	-----	----	---	--------------	--

4.3 DBZT

4.3.1 Versichert bis

005-012	008	n	m	VERSICHERT-BIS <i>VERS-BIS</i>	Datum, bis wann die Versicherung bestand jhjmmmtt
---------	-----	---	---	-----------------------------------	---

In diesem Feld ist das Datum anzugeben, zu dem die Familienversicherung oder Mitgliedschaft bei der bisher zuständigen Krankenkasse endet. Die Grundlage für die Übermittlung des Ende-Datums bildet § 9 Abs. 4 und 6 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze. Das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) ist unverzüglich nach Eingang der Meldung nach § 9 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze zu aktualisieren. Die Mussangabe unter Bedingungen „m“ ergibt sich aus dem „ABGABE-GRUND“ im DSFM (Stellen 171-172).

4.3.2 (voraussichtlich) Versichert ab

013-020	008	n	m	VERSICHERT-SEIT <i>VERS-SEIT</i>	Datum, ab wann die Versicherung besteht jhjmmmtt
---------	-----	---	---	-------------------------------------	--

In diesem Feld ist das Datum anzugeben, ab dem die Familienversicherung oder Mitgliedschaft bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (bezüglich der Familienversicherung voraussichtlich) beginnt. Die Grundlage für die Übermittlung des Beginn-Datums bildet § 9 Abs. 3 und 6 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze. Die Mussangabe unter Bedingungen „m“ ergibt sich aus dem „ABGABE-GRUND“ im DSFM (Stellen 171-172).

4.4 DBBF

4.4.1 Bestandsfehler

<u>021-092</u>	<u>072</u>	an	M	BESTANDS_FEHLER BF	Fehlernummer des Bestandsfehlers plus 1 Leerzeichen plus Fehlertext
----------------	------------	----	---	-----------------------	--

In diesem Feld ist der Grund des Bestandsfehlers gemäß Anlage 5 anzugeben. Wird bei der maschinellen Verarbeitung einer Meldung mit dem Abgabegrund „01“ oder „03“ („ABGABEGRUND“ Stellen 171-172 im DSFM) ein Bestandsfehler bei der abgebenden Krankenkasse festgestellt, ist der Datensatz Meldungen nach dem Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den unveränderten Ursprungsdaten, ergänzt um den Datenbaustein Bestandsfehler (DBBF) mit den festgestellten Bestandsfehlern innerhalb von drei Arbeitstagen der aufnehmenden Krankenkasse zurückzumelden.

5 Anlagen

1. Datensätze und Datenbausteine für die Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen
2. Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung
3. Schlüsselzahlen für die Abgabegründe
4. Beschickung der Verfahrensmerkmale, Betriebsnummern und Datumsangaben
5. Fehlerkatalog Bestandsprüfungen

Anlage 1 - Datensatzbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze

Stand:	17.11.2015
Gültig ab:	01.01.2016
Version:	2.0.0

Inhaltsverzeichnis

1	Datensatz: VOSZ - Vorlaufsatz.....	4
2	Datensatz: DSFM – Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen	6
3	Datenbaustein: DBNA - Name.....	11
4	Datenbaustein: DBAN - Anschrift	12
5	Datenbaustein: DBZT – Zeiten	13
6	Datenbaustein: DBAP – Ansprechpartner	15
7	Datenbaustein: DBBF – Bestandsfehler	18
8	Datenbaustein: DBFE - Fehler.....	19
9	Datensatz: NCSZ - Nachlaufsatz.....	20

Änderungsprotokoll – Datensatz zum Datenaustausch Familienversicherung

Abschnitt/ Seite	Erläuterung
Datensatz Deckblatt	Die Version wurde von 1.2.0 auf 2.0.0 geändert.
Datensatz Deckblatt	Die Gültigkeit wurde von 01.01.2015 auf 01.01.2016 geändert.
DSFM - VERSIONS-NR	Die Version wurde von „01“ in „02“ geändert.
DBNA - KENNZ-AEND-BER	Das Feld „KENNZ-AEND-BER“ wurde zur besseren Abgrenzung zur DEÜV aufgenommen.
DBBF	Die Felder im Datenbaustein Bestandsfehler - DBBF wurden analog der DEÜV angepasst (gültig ab 01.01.2017).

1 Datensatz: VOSZ - Vorlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung des Vorlaufsatzes VOSZ	Zulässig ist nur „VOSZ“. Fehlernummer: VOSZv01 Zulässig ist nur die Datenlänge 105. Fehlernummer: VOSZv99
005-009	005	an	M	VERFAHRENS- MERKMAL VFMM	Merkmal, um welche Art von Datenaustausch es sich handelt: -WLTWL = Meldungen der Weiterleitungsstellen untereinander, -WLTKV = Meldungen der Weiterleitungsstellen an die Krankenkassen, -KVTWL = Meldungen der Krankenkassen an die Weiterleitungsstellen nach den Fami-Meldegrundsätzen	Zulässig sind nur die in der Spalte „Inhalt/Erläuterung“ angegebenen Werte. Fehlernummer: VOSZv10
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Prüfung, ob es sich um eine zulässige Absender-Betriebsnummer handelt. Bei Dateien: - der Krankenkassen (VFMM = „KVTWL“) muss es sich um eine Betriebsnummer einer Krankenkasse, -der Datenannahmestellen (VFMM = „WLTKV“ oder „WLTWL“) der Einzugsstellen muss es sich um eine gültige Betriebsnummer einer Datenannahmestelle der Einzugsstellen (s. Anlage 17 des DEÜV-Rundschreibens) handeln. Fehlernummer: VOSZv20

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
025-039	015	an	M	BBNR- EMPFAENGER BBNREP	Betriebsnummer des Empfängers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Zulässig ist die Betriebsnummer des Empfängers der Datei. Fehlernummer: VOSZv30 Bei der angegebenen "BBNR-EMPFAENGER" muss es sich -bei Meldungen der Krankenkassen an die Weiterleitungsstellen (VFMM="KVTWL") oder der Weiterleitungsstellen untereinander (VFMM="WLTWL") um eine zulässige Betriebsnummer einer Annahmestelle der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Anlage 17 des DEÜV-Rundschreibens -bei Meldungen der Weiterleitungsstellen an die Krankenkassen (VFMM="WLTKV") um eine Betriebsnummer einer Krankenkasse handeln. Fehlernummer: VOSZv36
040-047	008	n	M	DATUM- ERSTELLUNG ED	Datum der Erstellung der Datei in der Form: jhjjmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv40 Das Erstellungsdatum muss logisch richtig und darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum und nicht kleiner als das Verarbeitungsdatum minus 6 Monate sein. Fehlernummer: VOSZv44
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR DTNR	Dateifolgenummer 000001 – 999999	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv50 Prüfung, ob es sich um die zulässige Dateifolgenummer handelt (lückenlos aufsteigend je Annahmestelle). Fehlernummer: VOSZv52
054-103	050	an	K	NAME ABSENDER NAAB	Kurzbezeichnung des Absenders	Keine Prüfung.
104-105	002	n	M	VERSIONS-NR VERN	Versionsnummer des Vorlaufsatzes 01 - 99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv70 Zulässig ist nur der Wert „01" bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. Fehlernummer: VOSZv72

2 Datensatz: DSFM – Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datensatz es sich handelt DSFM	Zulässig ist „DSFM“. Fehlernummer: DSFMv01 Zulässig sind im Feld „VERFAHRENS-MERKMAL“ im VOSZ (Stellen 005-009) nur die Werte „WLTWL“, „WLTKV“ oder „KVTWL“. Fehlernummer: DSFM010
005-009	005	an	M	VERFAHREN VF	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist MVFAM = Meldungen der Krankenkassen nach den Fami-Meldegrundsätzen	Zulässig ist „MVFAM“. Fehlernummer: DSFMv05
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen "BBNR-ABSENDER" muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer einer Krankenkasse handeln. Fehlernummer: DSFMv10 Die Betriebsnummer ist gemäß des DEÜV Rundschreibens Ziffer 1.3.2.2 zu prüfen. Fehlernummer: DSFM020
025-039	015	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM030
040-054	015	an	M	BBNR-EMPFAENGER BBNREP	Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen BBNR-EMPFAENGER muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer einer Krankenkasse handeln. Fehlernummer: DSFMv20 Die Betriebsnummer ist gemäß des DEÜV Rundschreibens Ziffer 1.3.2.2 zu prüfen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						Fehlernummer: DSFM040
055-056	002	n	M	VERSIONS-NR VERN	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes 01-99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM050 Zulässig ist nur der Wert „02“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. Fehlernummer: DSFM052
057-076	020	n	M	DATUM- ERSTELLUNG ED	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: jhjmmmt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikrosekunde) in den letzten 6 Stellen optional	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM060 Das Erstellungsdatum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSFM062 Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein. Fehlernummer: DSFM064 Die Uhrzeit muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSFM066
077-077	001	n	M	FEHLER-KENNZ FEKZ	Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze 0 = Datensatz fehlerfrei, 1 = Datensatz fehlerhaft	Zulässig sind nur numerische Zeichen Fehlernummer: DSFM070 Zulässig ist nur „0“ oder „1“ Fehlernummer: DSFM072 Bei Meldungen von den Krankenkassen zur Datenannahmestelle (VFMM im VOSZ (Stellen 005-009) = „KVTWL“) ist nur der Wert „0“ zulässig. Fehlernummer: DSFMv25
078-078	001	n	M	FEHLER-ANZAHL FEAN	Anzahl der Fehler des Datensatzes in der Form: n	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM080 Ist im Feld "FEHLER-KENNZ" (Stelle 077) der Wert „0“ angegeben, ist hier nur der Wert „0“ zulässig. Fehlernummer: DSFM082 Ist im Feld "FEHLER-KENNZ" ein Wert > „0“ angegeben, ist hier nur ein Wert von „1“ bis „9“ zulässig. Fehlernummer: DSFMv30 Zulässig ist nur die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Fehler im Datensatz übereinstimmt (ma-

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						ximal „9“). Fehlernummer: DSFMv35
079-090	012	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM090
091-102	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG AZ-KK-MEL	Dieses Feld steht der zuständig gewordenen Krankenkasse zur freien Verfügung	Zulässig sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche. Fehlernummer:DSFM100 Bei Rückmeldungen sind die in diesem Feld ggf. enthaltenen Werte auch mit anzugeben.
103-114	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-RUECKMELDUNG AZ-KK-RUECK	Dieses Feld steht der bisher zuständigen Krankenkasse zur freien Verfügung	Zulässig sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche. Fehlernummer:DSFM105
115-115	001	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM110
116-170	055	an	k	DATENSATZ-ID DS-ID	Datensatz-ID wird zu einem späteren Zeitpunkt spezifiziert.	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer:DSFM115
171-172	002	n	M	ABGABE-GRUND AGGD	Grund der Abgabe 01 = Mitgliedschaft/FAMI neue Kasse – Vorkasse FAMI, 02 = Rückmeldung Vorkasse – Ende FAMI, 03 = voraussichtlich FAMI neue Kasse – Vorkasse Mitglied, 04 = Rückmeldung Vorkasse – Ende Mitgliedschaft	Zulässig sind nur numerische Zeichen Fehlernummer:DSFM120 Zulässig sind nur die Ziffern „01“, „02“, „03“ oder „04“. Fehlernummer: DSFM122 Bei "ART-DER-MELDUNG" (Stelle 181) „E“ sind nur die Ziffern „01“ oder „03“ zulässig. Fehlernummer: DSFM124
173-180	008	n	M	GEBURTSDATUM GEBDT	Geburtsdatum des Versicherten im Format jhjjmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM130 Prüfung auf logische Richtigkeit. Im Geburtstag oder im Geburtstagsmonat ist „00“ bzw. „0000“ zulässig, wenn der Geburtstag und der Geburtsmonat nicht zu ermitteln sind. Fehlernummer: DSFM132 Das Geburtsdatum darf nicht mehr als 150 Jahre vor dem Verarbeitungsdatum liegen. Fehlernummer: DSFM134

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						Das Geburtsdatum darf nicht nach dem Verarbeitungsdatum liegen. Fehlernummer: DSFM136
181-181	001	an	M	ART-DER-MELDUNG AT-ME	Kennzeichen der Meldung: M = Meldung, S = Stornierung, E = Erinnerung B = Bestandsfehler	Zulässig ist nur „M“, „S“, „E“ oder „B“ Fehlernummer: DSFM140
182-191	010	an	M	KVNR KVNR	Krankenversicherternummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen)	Die Krankenversicherternummer beinhaltet in den Stellen 2-10 ausschließlich die Ziffern 0-9. Fehlernummer:DSFM150 Die Krankenversicherternummer ist im Format wie folgt zu übermitteln: Die 1. Stelle: Alpha-Zeichen (Wertebereich A - Z, ohne Umlaute), 2. bis 9. Stelle: 8-stellige lfd. Zählnummer, 10. Stelle: Prüfziffer. Fehlernummer:DSFM152 Die letzte Ziffer der Krankenversicherternummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer wird gemäß Anlage 1 der „Organisatorischen und technischen Richtlinien zur Nutzung der Versicherungsnummer nach § 147 SGB VI bei Einführung einer neuen Krankenversicherternummer nach § 290 SGB V“ gebildet. Fehlernummer:DSFM154
192-196	005	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM155
197-197	001	an	M	MM-NAME	Datenbaustein DBNA – Name vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM160 Bei „MM-NAME“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBNA“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM162
198-198	001	an	M	MM-ANSCHRIFT	Datenbaustein DBAN – Anschrift vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM170 Bei „MM-ANSCHRIFT“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBAN“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM172
199-199	001	an	M	MM-ZEITEN	Datenbaustein DBZT – Zeiten vorhanden:	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM180 Bei „MM-ZEITEN“ = „J“ muss der

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
					J = Daten vorhanden	Datenbaustein „DBZT“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM182
200-200	001	an	M	MM-ANSPRECHPARTNER	Datenbaustein DBAP – Ansprechpartner vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM190 Bei „MM-ANSPRECHPARTNER“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBAP“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM192
201-201	001	an	M	MM-BESTANDSFEHLER	Datenbaustein DBBF – Bestandsfehler vorhanden: J = Daten vorhanden N= Daten nicht vorhanden	Zulässig ist „J“ oder „N“. Fehlernummer: DSFM200 Bei „MM-BESTANDSFEHLER“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBBF“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM202 Bei „MM-BESTANDSFEHLER“ = „N“ darf der Datenbaustein „DBBF“ nicht vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM204 Bei „ABGABE-GRUND“ „02“ und „04“ ist nur „N“ zulässig. Fehlernummer: DSFM206
202-xxx				Ermittlung Datenbausteine	Es folgen ggf. die Datenbausteine gemäß den Angaben zu den Feldern Stellen 197-201, die Reihenfolge der Datenbausteine DBNA-Name, DBAN-Anschrift, DBZT – Zeiten, DBAP-Ansprechpartner, DBBF-Bestandsfehler muss identisch sein mit der Reihenfolge der Merkmale des DSFM.	Ist der eingehende Datensatz fehlerhaft (FEKZ im DSFM = „1“), wird keine Längen- und Fehlerprüfung durchgeführt. Die Länge des festen Teils des DSFM (196 Stellen) und die Länge der im Datensatz vorkommenden Datenbausteine (entsprechend „J“ in den Merkmalfeldern von Stelle 197 bis 201) ist zu errechnen und mit der Länge des gemeldeten Datensatzes abzugleichen. Fehlernummer: DSFM910
xxx-xxx				DBFE - Fehler (Daten zum Fehlersachverhalt)	Es folgen ggf. ein oder mehrere Datenbausteine DBFE - Fehler gemäß den Angaben im Feld FEKZ. Die Anzahl der Fehler-Datenbausteine ergibt sich aus dem Feld FEAN.	

3 Datenbaustein: DBNA - Name

Prüfung gemäß DEÜV: siehe Anlage 9.4 des gemeinsamen Rundschreibens „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.07.1998 in der jeweils gültigen Fassung

Hinweis: Die Änderung eines Namens ist über dieses Verfahren nicht zulässig. An der Stelle 125 des Datenbausteins ist daher nur Grundstellung zulässig.

Anmerkung: Änderungen des Namens sind nur über das DEÜV - Verfahren zulässig.

125-125	001	an	m	KENNZ-AENDER BER KENNZAB	Kennzeichen Änderung / Berichtigung des Namens bzw. Kennzeichen Mehrling A = Amtliche Änderung (z. B. infolge Heirat) M = Kennzeichen für Mehrlingsgeburten im Vergabeverfahren Grundstellung (Leerzeichen) = Berichtigung des Namens (z. B. Schreibfehler) oder keine Änderung	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DBNA090
---------	-----	----	---	--------------------------------	--	---

4 Datenbaustein: DBAN - Anschrift

Prüfung gemäß DEÜV: siehe Anlage 9.4 des gemeinsamen Rundschreibens „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.07.1998 in der jeweils gültigen Fassung

Anmerkung: Änderungen der Anschrift sind nur über das DEÜV - Verfahren zulässig.

5 Datenbaustein: DBZT – Zeiten

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt DBZT	Zulässig ist „DBZT“. Fehlernummer: DBZT001 Zulässig ist nur die Datenlänge 021. Fehlernummer: DBZT910
005-012	008	n	m	VERSICHERT-BIS VERS-BIS	Datum, bis wann die Versicherung bestand jhjjmmtt	Zulässig ist nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung. Fehlernummer: DBZT010 Das Datum darf nicht größer sein als der Erstellungsmonat +3. Fehlernummer: DBZT012 Bei den Abgabegründen „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „02“ und „04“ ist Grundstellung nicht zulässig. Fehlernummer: DBZT014 Bei den Abgabegründen „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „01“ und „03“ ist nur Grundstellung zulässig. Fehlernummer: DBZT016
013-020	008	n	m	VERSICHERT-SEIT VERS-SEIT	Datum, ab wann die Versicherung (bei dem Abgabegrund „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „3“ voraussichtlich besteht jhjjmmtt	Zulässig ist nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung. Fehlernummer: DBZT020 Das Datum darf nicht größer sein als der Erstellungsmonat +3. Fehlernummer: DBZT022 Bei den Abgabegründen „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „01“ und „03“ ist Grundstellung nicht zulässig. Fehlernummer: DBZT024

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						Bei den Abgabegründen „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „02“ und „04“ ist nur Grundstellung zulässig. Fehlernummer: DBZT026
021-021	001	n	M	ART-VERSICHERUNG ART-VERS	Art der Versicherung: 1 – familienversichert 2 – als Mitglied versichert	Zulässig sind nur die Werte „1“ oder „2“ Fehlernummer: DBZT030 Bei den Abgabegründen „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „02“ und „03“ ist nur „1“ zulässig. Fehlernummer: DBZT032 Bei dem Abgabegrund „ABGABE-GRUND“ (Stellen 171-172 im DSFM) „04“ ist nur „2“ zulässig. Fehlernummer: DBZT034

6 Datenbaustein: DBAP – Ansprechpartner

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt DBAP	Zulässig ist „DBAP“. Fehlernummer: DBAP001 Zulässig ist nur die Datenlänge 321. Fehlernummer: DBAP910
005-005	001	an	M	ANREDE- ANSPRECHPART NER ANR-AP	Anrede des Ansprechpartners: M = Männlich, W = Weiblich, S = Sonstiges	Zulässig ist nur „M“ oder „W“. Fehlernummer: DBAP010
006-035	030	an	M	NAME- ANSPRECHPART NER NAME-AP	Name des Ansprechpartners.	Grundstellung ist unzulässig. Fehlernummer: DBAP020
036-055	020	an	M	TELEFON- ANSPRECHPART NER TEL-AP	Rufnummer des Ansprechpartners gemäß DIN 5008: Die Telefonnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern, vor der Durchwahlnummer steht ein Bindestrich. Beispiele: Einzelanschluss 04404 912145, Durchwahlanschluss 04401 922-122, International +49 4401 922-131. (Die länderbezogene Zusatznummer sollte durch das Zeichen + vor der Landesvorwahl dargestellt werden (z. B. statt 0049 besser	Grundstellung ist unzulässig. Fehlernummer: DBAP030

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
056-075	020	an	k	FAX-ANSPRECHPARTNER FAX-AP	<p>+49).</p> <p>Faxrufnummer des Ansprechpartners gemäß DIN 5008:</p> <p>Die Faxnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern, vor der Durchwahlnummer steht ein Bindestrich.</p> <p>Beispiele: Einzelschluss, 04404 912145 Durchwahlschluss, 04401 922-122, International +49 4401 922-131. (Die länderbezogene Zusatznummer sollte durch das Zeichen + vor der Landesvorwahl dargestellt werden (z. B. statt 0049 besser +49).</p>	Keine Prüfung.
076-145	070	an	M	EMAIL-ANSPRECHPARTNER EMAIL-AP	<p>E-Mail-Adresse des Ansprechpartners in der Form:</p> <p><user>@<host>. <domain>.<topleveldomain>.</p> <p>user = Benutzername, host = Rechnername zur Postverarbeitung, domain = Bereichsname, in dem der Rechner steht, topleveldomain = Bereich der Registrierung.</p> <p>Beispiel: <u>name@hrz.tu-xx.de</u></p>	<p>Die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners der Krankenkasse muss immer vorhanden sein. Fehlernummer: DBAP040</p> <p>Zulässig sind Ausrufungszeichen, Anführungszeichen, Nummernzeichen, Dollar, Prozent, kommerzielles Und, Apostroph, runde Klammer auf, runde Klammer zu, Stern, plus, Komma, Bindestrich, Punkt, Schrägstrich, Ziffern 0 – 9, Doppelpunkt, Semikolon, kleiner als, gleich, größer als, Fragezeichen, Paragraph (§), AT-Zeichen (@), Großbuchstaben (A – Z, Ä, Ö, Ü), Zirkumflex, Unterstreichung, Gravis, Kleinbuchstaben (a – z, ä, ö, ü).</p> <p>Fehlernummer: DBAP042</p> <p>Das Zeichen „@“ oder „\$“ muss einmal vorhanden sein. Das Zeichen „@“ oder „\$“ darf nur einmal vorhanden sein. Das Zeichen „@“ oder „\$“ darf nicht am Anfang oder am Ende des Feldes vorhanden sein. Fehlernummer: DBAP044</p> <p>Anmerkung: Das Zeichen „@“ ist unter DOS, Windows und UNIX zu verwenden. Das Zeichen „\$“ gilt</p>

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						für Host-Anwender (mangels AT-Zeichen im EBCDIC- und 7-Bit-Code). Die hexadezimale Verschlüsselung entspricht in beiden Fällen x'40'.
146-175	030	an	M	NAME1 NAME1	Name des Betriebes	Grundstellung ist unzulässig. Fehlernummer: DBAP050
176-205	030	an	k	NAME2 NAME2	Zweiter Namensbestandteil des Betriebes	Keine Prüfung.
206-235	030	an	k	NAME3 NAME3	Dritter Namensbestandteil des Betriebes	Keine Prüfung.
236-245	010	an	M	PLZ PLZ	Postleitzahl des Betriebes	Grundstellung ist unzulässig. Fehlernummer: DBAP060
246-279	034	an	M	ORT ORT	Ort des Betriebssitzes	Grundstellung ist unzulässig. Fehlernummer: DBAP070
280-312	033	an	K	STRASSE STR	Straße des Betriebssitzes	Keine Prüfung
313-321	009	an	K	HAUS-NR NR	Hausnummer des Betriebssitzes	Keine Prüfung.

7 Datenbaustein: DBBF – Bestandsfehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 und 5 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt. DBBF	Zulässig ist „DBBF“. Fehlernummer: DBBF001 Zulässig ist nur die Datenlänge 20 + (ANBF * Stellen 021-092). Fehlernummer: DBBF910
005-005	001	n	M	ANZAHL-BF ANBF	Anzahl der angehängten BF-Daten (maximal 9) in der Form: n	Zulässig ist nur „1“ – „9“. Fehlernummer: DBBF010
006-020	015	an	M	RESERVE RESERVE	Reservefelder	Zulässig ist nur die Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DBBF020
021-092	072	an	M	BESTANDS- FEHLER BF	Fehlernummer des Bestandsfehlers plus 1 Leerzeichen plus Fehlertext.	Zulässig sind nur die Bestandsfehler gemäß Anlage 5 der Verfahrensbeschreibung Fehlernummer: DBBF030

8 Datenbaustein: DBFE - Fehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt DBFE	Keine Prüfung
005-076	072	an	M	FEHLER FE	Fehlernummer 7 Stellen plus 1 Leer- zeichen plus Fehler- text	Keine Prüfung

9 Datensatz: NCSZ - Nachlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaus der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen in der Anlage 2 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung des Nachlaufsatzes NCSZ	Zulässig ist nur „NCSZ“. Fehlernummer: NCSZv01 Zulässig ist nur die Datenlänge 63. Fehlernummer: NCSZv99
005-009	005	an	M	VERFAHRENS- MERKMAL VFMM	Merkmal, um welche Art von Datenaustausch es sich handelt: siehe Beschreibung im Vorlaufsatz	Gleicher Inhalt wie Feld "VERFAHRENS-MERKMAL" im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv10
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Gleicher Inhalt wie Feld BBNRABSENDER im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv20
025-039	015	an	M	BBNR- EMPFAENGER BBNREP	Betriebsnummer des Empfängers (Datenannahmestelle der Einzugsstelle) (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Gleicher Inhalt wie Feld BBNREMPFAENGER im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv30
040-047	008	n	M	DATUM- ERSTELLUNG ED	Datum der Erstellung der Datei in der Form: jhjmmmt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv45 Gleicher Inhalt wie im Feld "DATUM-ERSTELLUNG" im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv40
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR DTNR	Dateifolgenummer 000001 - 999999	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv55

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
						Gleicher Inhalt wie Feld LFD-DATEI-NR im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv50
054-061	008	n	M	ANZAHL SAETZE ZLSZ	Anzahl der erstellten Datensätze (ohne Vor- und Nachlaufsatz) nnnnnnnn	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv65 Zulässig ist die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Datensätze (ohne Vor- und Nachlaufsatz) übereinstimmt. Fehlernummer: NCSZv60
062-063	002	n	M	VERSIONS-NR VERNR	Versionsnummer des Nachlaufsatzes 01 - 99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv75 Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. Fehlernummer: NCSZv70

Anlage 2 - Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung

Stand:	<u>17.11.2015</u>
Gültig ab:	<u>01.01.2016</u>
Version:	<u>2.0.0</u>

Inhaltsverzeichnis

1	Hinweise / Erläuterungen.....	3
2	Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung.....	4

Änderungsprotokoll - Fehlerkatalog zum Datenaustausch Familienversicherung

Abschnitt/ Seite	Erläuterung
DSFM - VERSIONS-NR	DSFM052 - Prüfung geändert.
DBNA - KENNZ-AEND-BER	DBNA090 - Prüfung wurde in Fehlerkatalog aufgenommen aber nicht geändert.
DBBF - ANZAHL-BF	DBBF010 - Prüfung und Fehlernummer geändert (ab 01.01.2017).
DBBF - RESERVE	DBBF020 - neue Prüfung (ab 01.01.2017).
DBBF - BESTANDS-FEHLER	DBBF030 - neue Prüfung (ab 01.01.2017).
DBBF - KENNUNG	DBBF910 - Prüfung/Längenberechnung geändert (ab 01.01.2017).

1 Hinweise / Erläuterungen

Aufbau der Fehlernummern:

Stellen 01 – 04 Kennzeichen des Datensatzes / Datenbausteins, in dem ein fehlerhafter Sachverhalt aufgetreten ist.

Stellen 05 – 05 Ist der Inhalt numerisch, handelt es sich um eine Fehlernummer aus der Kernprüfung, ansonsten um eine anwenderspezifische Fehlernummer. Ist die Stelle 05 mit „H“ befüllt, handelt es sich um einen Hinweis. Bei den anwenderspezifischen Fehlerprüfungen wird zwischen verbindlichen (Wert = „v“) und empfehlenswerten (Wert = „e“) Prüfungen unterschieden. In diesen Fällen wird der Alphawert mit der Kennung des jeweiligen Verbandes der Krankenkassen auf Bundesebene überlagert:

A	AOK
D	BKK
E	Ersatzkassen
H	Hinweis
I	IKK
K	Knappschaft
L	LKK

Stellen 06 – 07 Fehlernummer
Wenn Stelle 05 numerisch ist, erfolgt hier die Fortsetzung der Fehlernummer der Kernfunktionsprüfung. Ansonsten folgt die zweistellige Fehlernummer einer anwenderspezifischen Prüfung.

Felder, die zwingend numerisch sein müssen, werden generell entsprechend geprüft. Die Fehlerprüfung erscheint nicht in der Datenbeschreibung; die Fehlernummer ist aber im Fehlerkatalog aufgenommen.

Fehlernummer ab Dxxx900 deuten auf einen gleichzeitigen Abbruch der Fehlerprüfung hin (z. B. wegen eines Fehlers in der Satzlänge).

Die Fehlerprüfung wird nach mehr als 8 erkannten Fehlern abgebrochen.

Die Fehlernummern für die Prüfungen des Vor- und des Nachlaufsatzes sind hier aufgenommen, da die Prüfungen verbindlich festgelegt wurden und die Bekanntgabe bundesweit erfolgen muss. Die Prüfungen sind aber von jedem Anwender selbst zu realisieren.

2 Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	VOSZ	v01	KENNUNG ungleich VOSZ	Im Feld "Kennung" des Vorlaufsatzes ist nur "VOSZ" zugelassen.
MFV	VOSZ	v10	VERFAHRENSMERKMAL ungleich WLTWL, WLTKV oder KVTWL	Das Verfahrensmerkmal ist nicht "WLTWL", "WLTKV" oder "KVTWL"
MFV	VOSZ	v20	BBNRAB unzulässig	Als Absender ist nur die gültige Betriebsnummer einer Krankenkasse oder Datenannahmestelle zulässig.
MFV	VOSZ	v30	BBNREP nicht BBNR des tatsächlichen Empfängers	Die im Feld "Betriebsnummer-Empfänger" angegebene BBNR entspricht nicht der Betriebsnummer des tatsächlichen Empfängers.
MFV	VOSZ	v36	BBNREP unzulässig	Die im Feld "Betriebsnummer-Empfänger" angegebene BBNR entspricht nicht einer Betriebsnummer einer Annahmestelle der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Anlage 17 gRS DEÜV oder einer Krankenkasse.
MFV	VOSZ	v40	DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch	Im Feld "Datum-Erstellung" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	VOSZ	v44	DATUM-ERSTELLUNG logisch falsch/gegen Verarb.-Datum fehlerhaft	Das im Feld "Datum-Erstellung" angegebene Datum ist unlogisch, größer als das Verarbeitungsdatum oder liegt mehr als 6 Monate davor.
MFV	VOSZ	v50	LFD-DATEI-NR nicht numerisch	Im Feld "Laufende-Datei-Nummer" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	VOSZ	v52	DTNR nicht lückenlos aufsteigend	Die laufende Dateinummer ist nicht lückenlos aufsteigend.
MFV	VOSZ	v70	VERSIONS-NR nicht numerisch	Im Feld "Versions-Nummer" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	VOSZ	v72	VERSIONS-NR nicht zugelassen	Im Feld "Versions-Nummer" ist nur der Wert „01“ zulässig.
MFV	VOSZ	v99	Länge VOSZ nicht korrekt	Für den Vorlaufsatz ist nur eine Länge von „105“ Zeichen zulässig.
MFV	DSFM	010	VERFAHRENSMERKMAL im (VOSZ) ungleich WLTWL, WLTKV oder KVTWL	Das Verfahrensmerkmal im Vorlaufsatz ist nicht „WLTWL“, „WLTKV“ oder „KVTWL“.
MFV	DSFM	020	BBNR-ABSENDER fehlerhaft (1.3.2.2 gRS DEÜV)	Im Feld „Betriebsnummer des Absenders“ ist eine unzulässige Betriebsnummer angegeben.
MFV	DSFM	030	RESERVE - nur Grundstellung zulässig	Im Feld "RESERVE" ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DSFM	040	BBNR-EMPFAENGER fehlerhaft (1.3.2.2 gRS DEÜV)	Im Feld „Betriebsnummer des Empfängers“ ist eine unzulässige Betriebsnummer angegeben.
MFV	DSFM	050	VERSIONS-NR nicht numerisch	Im Feld „Versionsnummer des Datensatzes“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	DSFM	052	VERSIONS-NR nicht zugelassen	Im Feld „Versionsnummer des Datensatzes“ ist nur der Wert „02“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer zulässig.
MFV	DSFM	060	DATUM ERSTELLUNG nicht numerisch	Im Feld „Erstellungsdatum des Datensatzes“ sind nur numerische Zeichen zu-

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
				lässig.
MFV	DSFM	062	DATUM ERSTELLUNG nicht logisch	Das im Feld „Erstellungsdatum des Datensatzes“ angegebene Datum muss logisch richtig sein.
MFV	DSFM	064	DATUM ERSTELLUNG größer Verarbeitungsdatum	Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein.
MFV	DSFM	066	Uhrzeit in DATUM ERSTELLUNG nicht logisch	Die Uhrzeit im Feld "Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes" muss logisch richtig sein.
MFV	DSFM	070	FEHLER-KENNZ nicht numerisch	Im Feld "Fehlerkennzeichen" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	DSFM	072	FEHLER-KENNZ ungleich 0 oder 1	Im Feld "Fehlerkennzeichen" sind nur die Werte 0 oder 1 zulässig.
MFV	DSFM	080	FEHLER-ANZAHL nicht numerisch	Im Feld "Anzahl der Fehler des Datensatzes" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	DSFM	082	FEHLER-ANZAHL ungleich 0, FEHLER-KZ gleich 0	Die Fehler-Anzahl ist nicht 0, obwohl das Fehler-Kennzeichen mit 0 gemeldet wird.
MFV	DSFM	090	RESERVE - nur Grundstellung zulässig	Im Feld "RESERVE" ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DSFM	100	AZ-KK-MEL enthält unzulässige Zeichen	Das Feld "AKTENZEICHEN-KRANKENKASSE-MELDUNG" enthält Zeichen ungleich Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche.
MFV	DSFM	105	AZ-KK-RUECK enthält unzulässige Zeichen	Das Feld "AKTENZEICHEN-KRANKENKASSE-RUECKMELDUNG" enthält Zeichen ungleich Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche.
MFV	DSFM	115	DATENSATZ-ID nur Grundstellung zulässig	Im Feld "DATENSATZ-ID" ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DSFM	110	RESERVE - nur Grundstellung zulässig	Im Feld "RESERVE" ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DSFM	120	ABGABE-GRUND nicht numerisch	Im Feld "ABGABE-GRUND" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	DSFM	122	ABGABE-GRUND ist ungleich „01“, „02“, „03“ oder „04“	Im Feld "ABGABE-GRUND" sind nur die Ziffern „01“, „02“, „03“ oder „04“ zulässig.
MFV	DSFM	124	ABGABE-GRUND ungleich 01 oder 03	Ist im Feld "ART-DER-MELDUNG" (Stelle 181) ein "E" enthalten, sind nur die Werte "01" oder "03" zulässig.
MFV	DSFM	130	GEBURTSDATUM nicht numerisch	Im Feld „GEBURTSDATUM“ sind nur numerische Werte zulässig.
MFV	DSFM	132	GEBURTSDATUM logisch falsch	Als Geburtsdatum ist nur ein logisch richtiges Datum zulässig.
MFV	DSFM	134	GEBURTSDATUM kleiner Verarbeitungsdatum minus 150 Jahre	Ein Geburtsdatum, das mehr als 150 Jahre vor dem Verarbeitungsdatum liegt, ist unzulässig.
MFV	DSFM	136	GEBURTSDATUM ist größer als Verarbeitungsdatum	Ein Geburtsdatum, das nach dem Verarbeitungsdatum liegt, ist nicht zulässig.
MFV	DSFM	140	ART-DER-MELDUNG ungleich M, S, E oder B	Im Feld "ART-DER-MELDUNG" sind nur die Werte "M", "S", "E" oder "B" zulässig.
MFV	DSFM	150	KVNR ungleich 0-9 in den Stellen 2-10	Im Feld "KVNR" sind in den Stellen 2-10 (Stelle 183-191 im DSFM) nur die Werte 0-9 zulässig.

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	DSFM	152	KVNR falsches Format	"Im Feld ""KVNR"" sind in der 1. Stelle (Stelle 182 im DSFM) Alpha-Zeichen (Wertebereich A - Z, ohne Umlaute), in der 2. bis 9. Stelle (Stellen 183-190 im DSFM) die 8-stellige lfd. Zählnummer und in der 10. Stelle (Stelle 191) nur die Prüfziffer zulässig.
MFV	DSFM	154	KVNR fehlerhaft	Die Krankenversicherungsnummer entspricht nicht der Prüfziffernrechnung gem. Anlage 1 der Organisatorischen und technischen Richtlinie zur Nutzung der Versicherungsnummer gem. § 147 SGB IV bei Einführung einer neuen Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.
MFV	DSFM	155	RESERVE ungleich Grundstellung	Im Feld "RESERVE" ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DSFM	160	MM-NAME ist ungleich J	Das Feld „MM-NAME“ darf nur „J“ enthalten.
MFV	DSFM	162	DBNA fehlt	"Ist im Feld „MM-NAME“ ein „J“ enthalten, muss ein Datenbaustein „DBNA“ vorhanden sein."
MFV	DSFM	170	MM-ANSCHRIFT ist ungleich J	Das Feld „MM-ANSCHRIFT“ darf nur „J“ enthalten.
MFV	DSFM	172	DBAN fehlt	Ist im Feld „MM-ANSCHRIFT“ ein „J“ enthalten, muss ein Datenbaustein „DBAN“ vorhanden sein.
MFV	DSFM	180	MM-ZEITEN ist ungleich J	Das Feld „MM-ZEITEN“ darf nur „J“ enthalten.
MFV	DSFM	182	DBZT fehlt	Ist im Feld „MM-ZEITEN“ ein „J“ enthalten, muss ein Datenbaustein „DBZT“ vorhanden sein.
MFV	DSFM	190	MM-ANSPRECHPARTNER ist ungleich J	Das Feld „MM-ANSPRECHPARTNER“ darf nur „J“ enthalten.
MFV	DSFM	192	DBAP fehlt	Ist im Feld „MM-ANSPRECHPARTNER“ ein „J“ enthalten, muss ein Datenbaustein „DBVAP“ vorhanden sein.
MFV	DSFM	200	MM-BESTANDSFEHLER ungleich J oder N	Das Feld "MM-BESTANDSFEHLER" darf nur "J" oder "N" enthalten
MFV	DSFM	202	DBBF - Datenbaustein fehlt	Ist im Feld "MM-BESTANDSFEHLER" ein "J" enthalten, muss der Datenbaustein "DBBF" vorhanden sein.
MFV	DSFM	204	DBBF - Datenbaustein darf nicht vorhanden sein	Ist im Feld "MM-BESTANDSFEHLER" ein "N" enthalten, darf der Datenbaustein "DBBF" nicht vorhanden sein.
MFV	DSFM	206	DBBF - Datenbaustein darf nicht vorhanden sein.	Sind im Feld "ABGABE-GRUND (Stellen 171-172 im DSFM) die Werte "02" oder "04" enthalten, darf der Datenbaustein "DBBF" nicht vorhanden sein.
MFV	DSFM	910	Gesamtlänge DSFM ungleich der angehängten Datenbausteine	"Die angehängten Datenbausteine entsprechen nicht den mit „J“ gekennzeichneten Feldern Merkmal Datenbaustein vorhanden."
MFV	DSFM	v01	KENNUNG ungleich „DSFM“	Im Feld "KENNUNG" ist nur „DSFM“ zulässig.
MFV	DSFM	v05	VERFAHREN ungleich „MVFAM“	Im Feld "VERFAHREN" ist nur „MVFAM“ zulässig.
MFV	DSFM	v10	BBNR-ABSENDER unzulässig	Als Absender ist nur die gültige Betriebsnummer einer Krankenkasse zulässig.
MFV	DSFM	v20	BBNR-EMPFAENGER unzulässig	Als Empfänger ist nur die gültige Betriebsnummer einer Krankenkasse zulässig.
MFV	DSFM	v25	FEHLER-KENNZ ist ungleich 0	Bei Meldungen der Krankenkassen zur Datenannahmestelle (VFMM im VOSZ = „KVTWL“) ist im Feld „FEHLER-KENNZ“ nur „0“ zulässig,
MFV	DSFM	v30	FEHLER-KENNZ größer 0, FEAN ungleich 1	Ist im Feld "FEHLER-KENNZ" ein Wert > 0 angegeben, ist im Feld "FEHLER-

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
			– 9	ANZAHL" nur ein Wert zwischen 1 und 9 zulässig.
MFV	DSFM	v35	FEHLER-ANZAHL ungleich Anzahl Datenbausteine DBFE-Fehler	Es ist nur der Wert zulässig, der der Anzahl der angehängten Fehler-Datenbausteine entspricht.
MFV	DBNA	090	KENNZ-AEND-BER ungleich Grundstellung	Im Feld „KENNZ-AEND-BER“ ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DBZT	001	KENNUNG ungleich DBZT	Im Feld „KENNUNG“ des „DBZT“ ist nur „DBZT“ zulässig.
MFV	DBZT	010	VERSICHERT-BIS nicht logisch	Das Feld „VERSICHERT-BIS“ darf nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung enthalten.
MFV	DBZT	012	Datum VERSICHERT-BIS gegen Erst.Datum fehlerhaft	Das im Feld "VERSICHERT-BIS" angegebene Datum liegt mehr als 3 Monate in der Zukunft
MFV	DBZT	014	Grundstellung ist unzulässig bei ABGABE-GRUND 02 oder 04	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "04" enthalten, ist Grundstellung nicht zulässig.
MFV	DBZT	016	VERSICHERT-BIS ungleich Grundstellung; ABGABE-GRUND 01 oder 03	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "01" oder "03" enthalten, ist nur Grundstellung zulässig.
MFV	DBZT	020	VERSICHERT-SEIT nicht logisch	Das Feld „VERSICHERT-SEIT“ darf nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung enthalten.
MFV	DBZT	022	Datum VERSICHERT-SEIT gegen Erst.Datum fehlerhaft	Das im Feld "VERSICHERT-SEIT" angegebene Datum liegt mehr als 3 Monate in der Zukunft
MFV	DBZT	024	Grundstellung ist unzulässig bei ABGABE-GRUND 01 oder 03	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "01" oder "03" enthalten, ist Grundstellung nicht zulässig.
MFV	DBZT	026	VERSICHERT-SEIT ungleich Grundstellung; ABGABE-GRUND 02 oder 04	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "04" enthalten, ist nur Grundstellung zulässig.
MFV	DBZT	030	ART-VERSICHERUNG ungleich 1 oder 2	Im Feld "ART-VERSICHERUNG" sind nur die Werte "1" oder "2" zulässig.
MFV	DBZT	032	ART-VERSICHERUNG ungleich 1	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "03" enthalten, ist nur 1 zulässig.
MFV	DBZT	034	ART-VERSICHERUNG ungleich 2	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "04" enthalten, ist nur 2 zulässig.
MFV	DBZT	910	Länge DBZT nicht korrekt	Für den "DBZT" ist nur eine Länge von „021“ Zeichen zulässig.
MFV	DBAP	001	KENNUNG ungleich DBAP	Im Feld „KENNUNG“ des „DBAP“ ist nur „DBAP“ zulässig.
MFV	DBAP	010	ANREDE-ANSPRECHPARTNER ungleich M oder W	Im Feld "ANREDE-ANSPRECHPARTNER" sind nur die Werte "M" oder "W" zulässig.
MFV	DBAP	020	NAME-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "NAME-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	030	TELEFON-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "TELEFON-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	DBAP	040	EMAIL-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "EMAIL-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	042	EMAIL-ANSPRECHPARTNER enthält unzulässige Zeichen	"Die Emailadresse des Ansprechpartners darf nur die festgelegten Zeichen enthalten. "
MFV	DBAP	044	EMAIL-ANSPRECHPARTNER Zeichen @ oder § fehlen	"Die Emailadresse des Ansprechpartners muss das Zeichen @ oder § enthalten, allerdings nur einmal und nicht am Anfang oder am Ende. "
MFV	DBAP	050	NAME1 darf nicht leer sein	Das Feld "NAME1" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	060	PLZ darf nicht leer sein	Das Feld "PLZ" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	070	ORT darf nicht leer sein	Das Feld "ORT" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	910	Länge DBAP nicht korrekt	Für den "DBAP" ist nur eine Länge von „321“ Zeichen zulässig.
MFV	DBBF	001	KENNUNG ungleich DBBF	Im Feld „KENNUNG“ des „DBBF“ ist nur „DBBF“ zulässig.
MFV	DBBF	010	ANZAHL-BF ungleich 1-9	Im Feld "ANZAHL-BF" sind nur die Ziffern von 1 - 9 zulässig.
MFV	DBBF	020	RESERVE nur Grundstellung zulässig	Im Feld „RESERVE“ ist nur die Grundstellung (Leerzeichen) zulässig.
MFV	DBBF	030	BESTANDS-FEHLER ungleich Wert der Anlage 5	Im Feld „BESTANDS-FEHLER“ sind nur die Werte der Anlage 5 zulässig.
MFV	DBBF	910	Länge DBBF nicht korrekt	Für den "DBBF" ist nur die Datenlänge 20 + (ANBF * Stellen 021-092) zulässig.
MFV	NCSZ	v01	KENNUNG ungleich „NCSZ“	Im Feld "KENNUNG" des Nachlaufsatzes“ ist nur „NCSZ“ zulässig.
MFV	NCSZ	v10	VERFAHRENS-MERKMAL ungleich VERFAHRENS-MERKMAL VOSZ	Das Feld „VERFAHRENS-MERKMAL" muss identisch mit dem Feld „VERFAHRENS-MERKMAL“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v20	BBNR-ABSENDER ungleich BBNR-ABSENDER VOSZ	Das Feld „BBNR-ABSENDER“ muss identisch mit dem Feld „BBNR-ABSENDER“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v30	BBNR-EMPFAENGER ungleich BBNR-EMPFAENGER VOSZ	Das Feld „BBNR-EMPFAENGER“ muss identisch mit dem Feld „BBNR-EMPFAENGER“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v40	DATUM-ERSTELLUNG ungleich DATUM-ERSTELLUNG VOSZ	Das Feld „DATUM-ERSTELLUNG“ muss identisch mit dem Feld „DATUM-ERSTELLUNG“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v45	DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch	Im Feld "DATUM-ERSTELLUNG" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v50	LFD-DATEI-NR ungleich LFD-DATEI-NR VOSZ	Das Feld „LFD-DATEI-NR“ muss identisch mit dem Feld „LFD-DATEI-NR“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v55	LFD-DATEI-NR nicht numerisch	Im Feld „LFD-DATEI-NR“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v60	ANZAHL SAETZE fehlerhaft	Die Angabe im Feld „ANZAHL SAETZE“ ist fehlerhaft, zulässig ist die Zahl der gezählten Datensätze ohne Vor- und Nachlaufsatz.
MFV	NCSZ	v65	ANZAHL SAETZE nicht numerisch	Im Feld „ANZAHL SAETZE“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v70	VERSIONS-NR ungleich „01“	Im Feld „VERSIONS-NR“ ist nur der Wert „01" bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer zulässig.
MFV	NCSZ	v75	VERSIONS-NR nicht numerisch	Im Feld „VERSIONS-NR“ sind nur numerische Zeichen zulässig.

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	NCSZ	v99	Länge NCSZ nicht korrekt	Für den Nachlaufsatz ist nur eine Länge von „63“ Zeichen zulässig.

Anlage 3 - Schlüsselzahlen für die Abgabegründe

Stand:	17.11.2015
Gültig ab:	01.01.2016
Version:	2.0

Inhaltsverzeichnis

1	Anlage 3 - Schlüsselzahlen zur Familienversicherung.....	3
---	--	---

1 Anlage 3 - Schlüsselzahlen zur Familienversicherung

Schlüssel	Beschreibung
01=	Mitgliedschaft/FAMI neue KK - Vorkasse FAMI § 9/3/Nr.1+2
02=	Rückmeldung Vorkasse - Ende FAMI § 9/4
03=	voraussichtlich FAMI neue KK - Vorkasse Mitglied § 9/6/S1
04=	Rückmeldung Vorkasse - Ende Mitgliedschaft § 9/6/S2

Anlage 4

Beschickung der Verfahrensmerkmale, Betriebsnummern und Datumsangaben

Datenaustausch zwischen zuständig gewordenen Krankenkasse (KK-MEL) und der bisher zuständigen Krankenkasse (KK-RÜCK)

	KK-MEL → DAV-MEL	DAV-MEL → DAV-RÜCK	DAV-RÜCK → KK-RÜCK	KK-RÜCK → DAV-RÜCK	DAV-RÜCK → DAV-MEL	DAV-MEL → KK-MEL
Vorlaufsatz						
VFMM	KVTWL	WLTWL	WLTWV	KVTWL	WLTWL	WLTWV
BBNRAB	111KK111	333WL333	444WL444	222KK222	444WL444	333WL333
BBNREP	333WL333	444WL444	222KK222	444WL444	333WL333	111KK111
ED	NEU	NEU	NEU	NEU	NEU	NEU
Datensatz						
VF	MVFAM	MVFAM	MVFAM	MVFAM	MVFAM	MVFAM
BBNRAB	111KK111	111KK111	111KK111	222KK222	222KK222	222KK222
BBNREP	222KK222	222KK222	222KK222	111KK111	111KK111	111KK111
ED	NEU	ALT	ALT	NEU	ALT	ALT

verwendete Betriebsnummern	
Krankenkasse-Meldung	111KK111
Krankenkasse-Rückmeldung	222KK222
DAV-Meldung	333WL333
DAV-Rückmeldung	444WL444

Anlage 5 - Fehlerkatalog Bestandsprüfungen

Stand:	<u>17.11.2015</u>
Gültig ab:	<u>01.01.2017</u>
Version:	<u>2.0</u>

Inhaltsverzeichnis

1	Hinweise / Erläuterungen.....	3
2	Fehlerkatalog Bestandsprüfungen	4

1 Hinweise / Erläuterungen

Aufbau der Bestandsfehlernummer:

Stellen 01 – 04 Kennzeichen des Datensatzes / Datenbausteins, in dem ein fehlerhafter Sachverhalt aufgetreten ist.

Stellen 05 – 05 Kennzeichen das es sich um einen Bestandsfehler handelt.

F Bestandsfehler FAMI

Stellen 06 – 07 Fehlernummer

Die Fehlerprüfung wird nach mehr als 8 erkannten Bestandsfehlern abgebrochen.

2 Fehlerkatalog Bestandsprüfungen

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	DSFM	F01	Abgabegrund passt nicht zum Versichertenbestand	Der übermittelte Abgabegrund weicht vom geführten Versichertenbestand ab.
MFV	DSFM	F02	Keine Versicherung feststellbar	Zur übermittelten Meldung ist keine Versicherung feststellbar.
MFV	DSFM	F03	Fehlende Erstanfrage	Zur übermittelten Erinnerung fehlt die Erstanfrage.
MFV	DSFM	F04	Erstanfrage bereits beantwortet	Die Erstanfrage wurde bereits beantwortet.

Top 5

Überprüfung der nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 Vorrangversicherten durch die landwirtschaftliche Krankenkasse;

hier: Zusammenarbeit der beteiligten Krankenkassen

Sachverhalt:

Die Krankenversicherungspflicht von landwirtschaftlichen Unternehmern (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989) kommt nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 nicht zum Tragen, solange der Landwirt nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) versicherungspflichtig ist. Um Fehlversicherungen möglichst zu vermeiden, haben die (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen ein gegenseitiges Mitteilungsverfahren zwischen den landwirtschaftlichen Krankenkassen und den nichtlandwirtschaftlichen Krankenkassen vereinbart (vgl. Ziff. 3 der gemeinsamen Verlautbarung zu den Auswirkungen des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 1. Dezember 1994).

Unter Hinweis auf § 33 KVLG 1989 überprüft die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) zusätzlich das Fortbestehen der Vorrangversicherung regelmäßig durch Anfragen bei den beteiligten Krankenkassen. Im Zuge der Neuorganisation der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wurde das Verfahren von der LKK auf den Prüfstand gestellt. Im Ergebnis verzichtet die LKK aufgrund der bestehenden Meldeverpflichtung der beteiligten nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse einerseits (§ 29 Abs. 5 KVLG 1989) sowie der landwirtschaftlichen Unternehmer andererseits (§ 27 Abs. 1 KVLG 1989) künftig auf eine generelle regelmäßige Überprüfung der Vorrangversicherten in der bisherigen Form. Anfragen nach Art und Dauer von Versicherungsverhältnissen in der Krankenversicherung werden den nichtlandwirtschaftlichen Krankenkassen durch die LKK und die Landwirtschaftliche Alterskasse lediglich noch in begründeten Einzelfällen übermittelt.

Ergebnis:

Die nichtlandwirtschaftlichen Krankenkassen unterstützen das Bemühen der LKK, durch eine Modifizierung der Prüfstrategie bei der Bearbeitung der vorrangversicherten landwirtschaftlichen Unternehmer (weitestgehend Verzicht auf Massenaktionen, dafür Einzelanfragen im Bedarfsfall) Verwaltungsabläufe bei sich und den Krankenkassen zu verschlanken. Um in den entsprechenden Fallgestaltungen eine korrekte Beurteilung des Versicherungsverhältnisses und der Kassenzuständigkeit zu erreichen, ist ein aktives Zusammenwirken zwischen der



LKK und der nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse, die die Vorrangversicherung durchführt (Vorrangkrankenkasse), unerlässlich. Die Besprechungsteilnehmer verständigen sich auf folgende Verfahrensweisen bei der LKK und der jeweiligen Vorrangkrankenkasse:

Verfahren bei der LKK

Stellt die LKK im Rahmen der erstmaligen Beurteilung des Versicherungsverhältnisses eines landwirtschaftlichen Unternehmers fest, dass eine Vorrangversicherung bei einer nichtlandwirtschaftlichen Krankenkasse besteht, informiert die LKK die Vorrangkrankenkasse - wie bisher - schriftlich über die dem Grunde nach vorliegende Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer und die gegenüber der LKK nach § 29 Abs. 5 KVLG 1989 bestehende Meldeverpflichtung bei Änderung oder Ende der Vorrangversicherung.

Sobald die Voraussetzungen der Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer nicht mehr gegeben sind, unterrichtet die LKK die beteiligte Krankenkasse über den Wegfall der Meldeverpflichtung.

Verfahren bei der Vorrangkrankenkasse

Die nichtlandwirtschaftliche Krankenkasse informiert die LKK, sobald die Vorrangversicherung endet oder sich Änderungen am bisherigen Versicherungsverhältnis ergeben (z. B. Umstellung auf freiwillige Versicherung oder Übergang in die Krankenversicherung der Rentner). Endet das Versicherungsverhältnis aufgrund eines Kassenwechsels, informiert die bisherige Vorrangkrankenkasse die LKK über die Beendigung der Mitgliedschaft und teilt der LKK - sofern bekannt - die neue Krankenkasse mit, damit diese wiederum durch die LKK über die dem Grunde nach bestehende Versicherungspflicht als Landwirt informiert werden kann.

