

RSA-Prüfhandbuch und -Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder

Versicherungszeiten



RSA-Prüfungen

für das

Ausgleichsjahr 2016

Stand: 10/2019

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	- 3 -
1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell.....	- 3 -
1.2 Prüfunterstützung	- 3 -
1.3 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch	- 4 -
1.4 Hotline	- 4 -
1.5 Gegenstand der Prüfung	- 5 -
1.6 Verfahren	- 6 -
1.7 Belege und Daten.....	- 6 -
1.8 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen.....	- 13 -
1.9 Dokumentation der Prüfergebnisse	- 13 -
1.10 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung.....	- 13 -
1.11 Stichprobe	- 14 -
2. Versicherungszeiten – Stichprobe – Datenfeld 8	- 15 -
2.0 Allgemeines.....	- 15 -
2.1 Krankenkassenwahlrecht	- 20 -
2.2 Pflichtversicherte Beschäftigte (einschl. Jugendhilfe und behinderte Menschen).....	- 23 -
2.3 Familienversicherung	- 26 -
2.4 Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten	- 35 -
2.5 Rentenantragsteller – pflichtversicherte Rentner	- 36 -
2.6 Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger.....	- 38 -
2.7 Studenten/Praktikanten/Berufsausbildung.....	- 40 -
2.8 Freiwillige Versicherung	- 43 -
2.9 Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	- 48 -
2.10 Sonstige Versicherte (die nicht unter den Ziffern 2.2 bis 2.9 aufgeführt sind)	- 51 -
3. Versichertentage mit Krankengeldanspruch (gilt für alle Personenkreise) - Datenfeld 16	- 53 -
4. Prüfung der EMR-Tage im Zusammenhang mit den Krankengeldgruppen (gilt für alle Personenkreise) - Datenfeld 9	- 54 -
5. Hinweise für die Prüfdienste	- 57 -
5.1 Musterschreiben.....	- 57 -
5.2 Anforderungsliste Prüfung Versicherungszeiten	- 63 -
5.3 Anlagen.....	- 66 -
Abkürzungsverzeichnis	- 69 -

1. Allgemeiner Teil

1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell

Unverändert gilt: Die Grundlage zur Durchführung der Versicherungszeitenprüfung ist § 266 SGB V. Den Prüfdiensten nach § 274 SGB V wird nach § 266 Abs. 7 SGB V und § 42 RSAV die Aufgabe übertragen, die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mitzuteilenden Daten zu prüfen.

Der Auftrag umfasst die Prüfung der in den RSA gemeldeten Versicherungszeiten, der Einschreibungen in Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP), sowie der in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten.

Die Prüfungen sind mindestens alle zwei Jahre, bezogen auf eines der beiden zuletzt nach § 41 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, durchzuführen.

Der Prüfumfang ergibt sich aus § 42 RSAV und dem vom Bundesversicherungsamt (BVA) nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste festgelegten Stichprobenverfahren. Ziel der Prüfung nach § 42 RSAV ist ausschließlich die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebenen Meldungen der SA 100 ff. durch entsprechende Nachweise tatsächlich belegt sind.

Die Prüfdienste stellen dieses Prüfhandbuch auch dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung, damit durch ausreichende Transparenz das Verständnis für die Organisation und den Umfang der Prüfung geschaffen wird.

1.2 Prüfunterstützung

Die Prüfdienste setzen zur Effizienz und Vergleichbarkeit der Prüfung Software ein. Der Ordnungsgeber hat festgelegt, dass das BVA bestimmen kann, welche Daten den Prüfdiensten von den Krankenkassen elektronisch zu übergeben sind. Auf die Datenbestimmung des BVA nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV in der Fassung vom 27. März 2013 (Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten) wird verwiesen.

1.3 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch

Das Prüfhandbuch soll nicht nur eine Arbeitshilfe bei den RSA-Prüfungen sein, sondern auch eine bundesweit einheitliche Prüfung sicherstellen. Es ist für die Prüfung verbindlich anzuwenden.

Für die Beurteilung der Stichprobenfälle ist es wichtig, die Prämissen der RSA-Prüfung zu kennen. Darüber hinaus sollen die Erläuterungen in den Durchführungshinweisen eine Unterstützung (Argumentationshilfe) bei den RSA-Prüfungen nach § 42 RSAV sein. Die Erläuterungen gewährleisten damit in den einzelnen Arbeitsschritten die notwendige Qualität (einheitliche Durchführung der Prüfung) und sind Bestandteil der Qualitätssicherung.

Die Prüfung beschränkt sich darauf, ob die gemeldeten Daten zu den Stichprobenversicherten belegt sind und zu Recht in den RSA eingeflossen sind.

Daraus folgt, dass im Rahmen der Prüfung festgestellte „positive“ Sachverhalte nicht in das Prüfergebnis einfließen (z. B. es können mehr Tage nachgewiesen werden, als die Krankenkasse tatsächlich gemeldet hat) und deshalb nicht in das zu Dokumentationszwecken zur Verfügung stehende RSA-Unterstützungstool aufzunehmen sind. Auf diese Sachverhalte soll die Krankenkasse im Rahmen des § 274 SGB V beratend hingewiesen werden.

Relevante Hotline-Entscheidungen aus zurückliegenden RSA-Prüfungen sind in dieses Prüfhandbuch eingearbeitet worden.

Die Aussagen und Inhalte im RSA-Prüfhandbuch beziehen sich ausschließlich auf das jeweils zu prüfende Ausgleichsjahr.

1.4 Hotline

Das BVA ist Anlaufstelle (Hotline) für Anfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur laufenden Prüfung. Anfragen können von Prüfdiensten, aber auch vom GKV-Spitzenverband eingebracht werden.

Der GKV-Spitzenverband kann auch Anfragen der Krankenkassen an die Hotline stellen.

Die Bearbeitung und Entscheidung erfolgt durch den jeweils zuständigen RSA-Facharbeitskreis (hier z. B. AK VZ, AK DMP etc.), bestehend aus Vertretern der Prüfdienste der Länder und des BVA. Kann eine Anfrage vom Facharbeitskreis nicht einstimmig ent-

schieden werden, ist für die Bearbeitung und Entscheidung der Arbeitskreis Rechtsfragen zuständig. Die Entscheidungen werden im „Open Ticket Request System“ (<http://rsa-hotline.bundesversicherungsamt.de/otrs/customer.pl>) veröffentlicht, das den Prüfdiensten und dem GKV-Spitzenverband als Informationsplattform zur Verfügung steht.

Nach Abschluss der Prüfung erfolgt keine erneute Aufnahme der Prüfung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich ergangener Hotline-Entscheidungen. Den Krankenkassen ist es unbenommen, Fälle, in denen nachträgliche Hotline-Entscheidungen im Rahmen der Hochrechnung des Prüfungsergebnisses Relevanz auf die Höhe eines gegebenenfalls zu zahlenden Korrekturbetrages entfalten, im Anhörungsverfahren der RSA-Stelle im BVA aufzugreifen.¹

1.5 Gegenstand der Prüfung

Gegenstand der Prüfung ist jeweils die dem BVA zuletzt gemeldete und im RSA-Jahresausgleich berücksichtigte amtliche Datenmeldung für das zu prüfende Ausgleichsjahr.

Der Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2016 erfolgte durch die RSA-Stelle im BVA im November 2018. Die für die Prüfung der Versicherungszeiten zu berücksichtigende Datenmeldung ist somit die Meldung der SA 110 im Jahr 2018 für das Ausgleichsjahr 2016.

Korrekturen in den Versicherungszeiten, welche von den Krankenkassen nach Erstellung der letzten Korrekturmeldung (Satzart 110 im Jahr 2018 für das zu prüfende Ausgleichsjahr 2016) vorgenommen wurden, sind bei der vorliegenden Prüfung nicht zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere vorgenommene Korrekturen im Rahmen des Bereinigungsverfahrens nach § 323 SGB V. Bereinigungen im Rahmen des Bestandsbereinigungsverfahrens werden im Nachgang der Vor-Ort-Prüfungen der Prüfdienste seitens der RSA-Stelle des BVA berücksichtigt (Vermeidung von „Doppelsanktionen“).

¹ Hotline Bezugsnummer 20070730-0003 Wissensdatenbank / 20070817-0002 Pinnwand

1.6 Verfahren

Die Ermittlung der zu prüfenden Stichprobenversicherten erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Dieses stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder für diese Versicherten die Daten der Satzart 110SV (= **Stichprobenversicherte Versicherungszeiten/DMP**) zur Verfügung.

Die Krankenkasse erhält vom zuständigen Prüfdienst des Bundes und der Länder die Daten der Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung entsprechend der Datenbestimmung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV.

Die Krankenkassen ergänzen die Datensätze der Satzart 110LV entsprechend der genannten Datenbestimmung zur sog. Satzart 110PV (Prüfungssatzart Versicherungszeiten/DMP).

Nach der o.g. Datenbestimmung erhalten die Krankenkassen eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PV zu erstellen und an den Prüfdienst zu übermitteln. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Daten der Satzart 110LV bei der Krankenkasse.

Zum Prüfbeginn / für die Prüfungen stellen die Krankenkassen den Prüfdiensten die für die Prüfung benötigten Belege zur Verfügung.

1.7 Belege und Daten

Die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen ergeben sich grundsätzlich aus den einzelnen fachlichen Teilen des Prüfhandbuches sowie aus der Anforderungsliste (5.2). Es bleibt den Prüfdiensten unbenommen, darüber hinaus weitere Unterlagen zu Prüfzwecken anzufordern.

1.7.1 Anerkennung von Unterlagen

Verwendung zwei- bzw. fremdsprachiger Formulare

Die Verwendung zweisprachiger Formulare (Deutsch und Fremdsprache) ist zulässig.

Rein fremdsprachige Formulare sind anzuerkennen, wenn es hiervon eine deutsche Version gibt, die inhaltlich mit den rein fremdsprachigen Formularen übereinstimmt. Das deutsche Formular dient dabei als Übersetzungshilfe für das fremdsprachige Formular.

Ergänzend wird auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2015/554 vom 09.12.2015 hingewiesen: Die durch die Krankenkassen verwendeten Fragebögen müssen

die Vorgaben der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (sog. Fami-Meldegrundsätze) erfüllen. Das Grundkonzept des Musterfragebogens sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte müssen erhalten bleiben.

Sieht das Formular in einzelnen Feldern die Eintragung eines Freitextes vor, liegt es in der Verantwortung der Krankenkasse, die korrekte Übersetzung für die entsprechende Verarbeitung und Sachbearbeitung zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag sicherzustellen (Möglichkeit der ordnungsgemäßen Sachbearbeitung). Grundsätzlich hat die Kasse eine Übersetzung für die Akte zu fertigen. Die Übersetzung muss nicht zwingend durch einen staatlich geprüften Übersetzer erfolgen oder beglaubigt sein. Es genügt beispielsweise, eine hinreichend qualifizierte Person (z. B. Muttersprachler) mit der Übersetzung betraut zu haben. Allerdings muss die Kasse Fehler bei von ihr veranlassten Übersetzungen gegen sich gelten lassen. Ist zum Zeitpunkt der RSA-Datenmeldung die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter (z. B. durch eigene Sprachkenntnisse) in der Lage, die Angaben auf dem Formular (z. B. einem Bestandspflegefragebogen zur Familienversicherung) zu verstehen und zu bearbeiten und erfolgt auf dieser Grundlage die Entscheidung (z. B. über das Fortbestehen der Familienversicherung), so ist dies grundsätzlich nicht zu beanstanden. Dem RSA-Prüfer ist, falls erforderlich, für die Prüfung eine Übersetzung nachzureichen, sofern sich diese nicht bereits in der Akte befindet.

Eingangszeitpunkt

Als Beleg für die von den Krankenkassen in den RSA gemeldeten Daten werden nur Unterlagen anerkannt, die bis zu dem Tag bei der Krankenkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die SA 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres erstellt worden ist. Somit müssen Fälle zum Zeitpunkt der Meldung an das BVA (RSA-Stelle) belegt sein. D.h., erforderliche Nachweise müssen bis zu diesem Zeitpunkt der Kasse vorliegen. Nachgeforderte und/oder nach diesem Zeitpunkt eingegangene Nachweise finden keine Berücksichtigung bei der Prüfung. In solch einem Fall sind die Angaben als nicht belegt anzusehen.

Bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung können die Krankenkassen Nachweise nachreichen, sofern diese bis zu dem Tag bei den Krankenkassen bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die der Prüfung zugrunde liegende SA 110 erstellt wurde, d. h., an dem die hierfür notwendigen Daten aus dem System der Krankenkasse selektiert worden sind.² Nach Übersendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung erkennen die Prüfdienste nachgehend vorgelegte Unterlagen nicht mehr an.

² Hotline Bezugsnummer 20061208-0004 Wissensdatenbank / 20070122-0004 Pinwand

Bei papiergebundenen Dokumenten kann das Eingangsdatum in der Regel durch den aufgebrauchten Eingangsstempel nachgewiesen werden.

Die Anbringung eines elektronischen Eingangsstempels bzw. einer automatischen Paginierung unmittelbar vor dem Scanvorgang ist zulässig. Nach dem Scanvorgang (auf dem Image) automatisch angebrachte elektronische Eingangsstempel sind nicht zulässig, da das Image dann kein originalgetreues Abbild des Urbeleges mehr ist.

Dabei ist sicherzustellen, dass der elektronische Eingangsstempel dem tatsächlichen Eingangs- bzw. Scandatum des Papierdokumentes entspricht (siehe auch Leitfaden der Prüfdienste "Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten", Ziffer 3.2.1.2 Bildliche und inhaltliche Übereinstimmung).

Grundsatz

Belege sind im Original vorzulegen. Gleichgesetzt sind elektronische Belege mit einer nachprüfbar qualifizierten elektronischen Signatur.

Images

Darüber hinaus werden auch Images als Belege zu RSA-Prüfzwecken anerkannt, wenn sie revisionssicher in einem entsprechenden Archivierungsmedium gespeichert wurden und so die Anforderungen an die Authentizität und Integrität der gespeicherten Daten erfüllen.

Hierzu haben die Krankenkassen die Archivierungsstandards gemäß § 239 und § 257 Abs. 3 HGB einzuhalten (vgl. die Begründung der 24. RSAV-Änderungsverordnung zum § 30 Abs. 2 RSAV).

Werden die Images nicht von der Krankenkasse, sondern von einem Dritten erzeugt, sollten die Datensätze unverzüglich nach dem Eingang bei der Krankenkasse / dem Rechenzentrum in eine nicht veränderbare Datei (z.B. (Worm-)Datenbanken) gespeichert werden.

Wird der Scanprozess durch die Krankenkasse vorgenommen, sollte dieser Prozess und eine Archivierung möglichst frühzeitig im Geschäftsprozess und zwar vor der Sachbearbeitung (Fachverfahren) erfolgen.

Weiterhin müssen die Krankenkassen durch organisatorische Maßnahmen den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität erbringen. Daten und damit auch die Images sind grundsätzlich authentisch, wenn sie mit den Ursprungsdaten des Ausstellers übereinstimmen und ihnen die Identität des Ausstellers zugeordnet werden kann.

Daten sind grundsätzlich integer (Integrität), wenn sie vollständig sind und nachweislich keine Veränderungen oder Manipulationen an ihnen festgestellt werden können. Darunter zu verstehen ist die (technische) Fähigkeit, die Unversehrtheit der elektronischen Information nachzuweisen.

Die Daten müssen inhaltlich unverändert für die Dauer der geltenden Aufbewahrungsfristen (siehe Punkt 1.8) verfügbar sein und in angemessener Frist lesbar gemacht werden können.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Anerkennung der Images nur auf die Durchführung der RSA-Prüfungen bezieht und die Originale entsprechend den rechtlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen weiterhin aufzubewahren sind. Bei fehlenden, unplausiblen oder nicht lesbaren Images können die Prüfdienste die entsprechenden Originalbelege anfordern.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen der Krankenkassen, die dazu dienen, den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität zu erbringen, werden von den Prüfdiensten bewertet.

Fax

Für per Fax übermittelte Dokumente gilt, dass diese als „Fax“ zu kennzeichnen sind. Dies ist in der Regel durch die auf dem Fax aufgedruckten Übermittlungsdaten (Absender, Tag, Uhrzeit) gewährleistet. Sind entsprechende Daten auf dem Fax technisch nicht eingefügt worden, muss das Fax als solches gekennzeichnet und mit einem Eingangsvermerk versehen werden. Auf einem PC empfangene Faxe (Fax-Server) werden anerkannt, wenn sie qualifiziert elektronisch signiert sind oder mit den oben genannten Daten als Ausdruck vorliegen.

Durch elektronische Medien übermittelte Dokumente

Grundvoraussetzungen bei der elektronischen Übermittlung von Dokumenten (z.B. Bestandspflegebogen Familienversicherung per E-Mail als .pdf-Datei übermittelt) sind folgende Anforderungen:

- Das Dokument stellt ein genaues Abbild des Originals dar. Nichtlesbarkeit / Unplausibilitäten sind frühzeitig zu klären (vor Abgabe der RSA-Datenmeldung an die RSA-Stelle). Ansonsten gehen diese zu Lasten der Krankenkasse.
- Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen (Versicherte) abgegeben worden sein. Die Krankenkasse hat auch diesen Nachweis zu führen.
- Die eingegangenen Informationen sind vor der Bearbeitung im Fachverfahren unveränderbar gespeichert worden.

Spezielle Hinweise/Beispiele finden sich in den „übergreifenden Ausführungen“ unter Nummer 2.0.1, Sachverhalte 6 bis 8 des Prüfhandbuchs.

Ausdruck der elektronisch übersandten Dokumente/Anlagen und deren Scannen

Wenn ein elektronisches Medium (z.B. einfache E-Mail) nur als reines Trägermedium für die Informationen in der Anlage dient, muss das Medium nicht gescannt / archiviert werden, wenn sich das Eingangsdatum des dem Medium angehängten Dokuments aus anderen Umständen ergibt. So wird z.B. der Anhang ausgedruckt und mit Eingangsstempel versehen bzw. sicher gescannt (z.B. mit qualifizierter / fortgeschrittener Signatur). Zusätzlich muss sich die Authentifizierung dann aus Anlage selbst ergeben (handschriftliche Unterschrift der / des Versicherten).

Sind in dem Medium (z.B. E-Mail) **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten, dann ist das Medium als Original im sicheren Speicherverfahren vor Einspielung in das Fachverfahren zu speichern bzw. als Ausdruck zu speichern. Eine Authentifizierung der einsendenden Person über das konkrete Medium ist plausibel nachzuweisen und zu belegen. Die Informationen müssen für die einsendende Person zudem als verbindlich angesehen werden und die einsendende Person darf die Übermittlung der Information nicht abstreiten können (Verbindlichkeit / Nicht-Abstreitbarkeit der Herkunft der Nachricht).

Sofern ein Unterschriftserfordernis / Schriftformerfordernis für die relevante Information vorliegt (z.B. TE/EWE) und nicht alle relevanten Informationen durch die unterschriebenen Informationen in der Anlage umfasst sind, sondern die E-Mail selbst die relevante Information darstellt bzw. die E-Mail relevante Informationen enthält, sind die in der E-Mail selbst enthaltenen Informationen in diesem Fall nur anerkennungsfähig, wenn diese mit einer De-Mail nach § 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I an die Krankenkasse versandt wurden.

Übermittlung und rein elektronische Speicherung der Informationen

Wenn der elektronische Anhang – durch unmittelbare Weiterleitung an revisionssichere Speichersysteme ohne Änderungsmöglichkeit am Inhalt vom Eingang bei der Krankenkasse bis zum Eingang in das revisionssichere Speichermedium – nur rein elektronisch gespeichert werden soll (ohne Ausdruck / Scannen), dann muss auch das elektronische Medium in sicherer Umgebung (mit Eingangsdatum) mit abgespeichert werden (Abspeicherung Anhang mit Authentifizierungsmerkmalen des elektronischen Mediums).

Dies ist nicht erforderlich, wenn der Eingang des Anhangs in das revisionssichere Speichersystem anderweitig sicher dokumentiert wird (z.B. Signatur / qualifizierter Zeitstempel /

gleichwertige Maßnahmen) und sich die Authentifizierung aus dem Anhang ergibt (z.B. Unterschrift unter Dokument).

Die Authentifizierung im elektronischen Medium muss zumindest plausibel dargelegt sein, wenn im Medium **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten sind. In diesem Fall ist auch das elektronische Medium selbst im reversionssicheren Speichersystem abzuspeichern und muss auf dem Weg dorthin unveränderbar sein.

1.7.2 Elektronischer Datentransfer – Archivierung und Historienführung

Der Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und deren Partner erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die in den Datensätzen enthaltenen Informationen werden häufig in verschiedene Datenbanken übernommen. Der Originaldatensatz als adäquates Gegenstück zum papiergebundenen Dokument (z. B. Originalrechnung) wird in der Regel nicht gespeichert bzw. nicht dauerhaft und unveränderbar gespeichert. Insbesondere erfordern es die RSA-Prüfungen, dass die Krankenkassen den Informationsstand zum Zeitpunkt der Abgabe der amtlichen Meldungen nachweisen können.

Die Übergangslösung zur Anerkennung von Datensätzen mit Belegcharakter wurde von den Prüfdiensten zum 31.12.2014 beendet. Es werden nunmehr nur noch Datensätze anerkannt, die nach dem Eingang direkt in sichere Archive übernommen wurden.

Krankenversicherungsträger, die auf elektronischem Wege Daten erhalten, haben die rechtlichen Anforderungen zur Datensicherheit und Archivierung zu schaffen und zu erfüllen.

Bei papiergebundenen Verfahren werden die Anforderungen durch eigenhändige Unterschrift unter dem Dokument sowie sicheren Versand erfüllt. Beim elektronischen Datenaustausch wird diese Sicherheit durch Verschlüsselung und elektronische Signatur erzielt.

Bei einem papiergebundenen Dokument können der Inhalt und der Zeitpunkt des Eingangs zweifelsfrei ermittelt werden. Bei einem Datensatz ist dies in der Regel nicht sichergestellt. Theoretisch könnte er noch vor der Einsichtnahme angepasst worden sein. Damit geht die Beweiskraft der Information verloren.

Um den Nachweis der Datenintegrität erbringen zu können, sind die im § 110a Abs. 1 SGB IV gestellten Anforderungen zu beachten. Danach haben die Behörden Unterlagen, die für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit, insbesondere für die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens oder für die Feststellung einer Leistung erforderlich sind, nach den

Grundsätzen ordnungsgemäßer Aufbewahrung sicher zu archivieren. Zu den „Unterlagen“ in diesem Sinne gehören auch Daten, die nur mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage erstellt worden sind.

Daraus folgt, dass die Krankenkassen/Datenstellen bei der Annahme elektronischer Datensätze diese im Original im Sinne der Aufbewahrungspflichten nach § 110a SGB IV dauerhaft und unveränderbar zu speichern haben. Hierzu sind geeignete Archivsysteme zu nutzen. Auf die Ausführungen im Prüfleitfaden „Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ wird verwiesen. Die Daten müssen für Revisionszwecke zeitnah zur Verfügung stehen.

Die Prüfdienste fordern daneben eine Erklärung der Kasse bzw. der Datenstelle zur Datenintegrität an und behalten sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen.

1.8 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen

Grundsatz

Die Prüfungen erfolgen unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen. Diese ergeben sich aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2016 / 058 vom 2. Februar 2016).

Originalunterlagen der geprüften Fälle sind ggf. darüber hinaus aufzubewahren, bis die Bestandskraft des Bescheides des BVA über das Prüfungsende nach § 42 RSAV eingetreten ist.

Hinweis

Im Grundsatz gilt die Aufbewahrungsfrist entsprechend der RSA-Relevanz eines Beleges. Dies bedeutet, dass die Aufbewahrungsfrist (z.B. 6 Jahre) erst mit dem Ablauf des Jahres beginnt, für das der Beleg eine RSA-Zeit nachweisen / belegen soll.

Unterlagen, die die Versicherung begründen (z.B. Feststellungen zur Versicherungspflicht / -freiheit, Heiratsurkunden, Geburtsurkunden, Scheidungsurteile) sollten darüber hinaus archiviert werden. Auch nach dem Ausscheiden aus der Versicherung sollten sie noch mindestens 6 Jahre aufbewahrt werden.

1.9 Dokumentation der Prüfergebnisse

Die Prüfdienste haben Fehler sowie die entsprechenden Unterlagen / Nachweise für ihr Verwaltungsverfahren zu dokumentieren.

Fehler sind gegenüber den Krankenkassen zu spezifizieren und zu dokumentieren.

1.10 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung

Das BVA, die geprüfte Krankenkasse sowie der GKV-Spitzenverband erhalten vom zuständigen Prüfdienst entsprechend ihren Aufgaben Berichte über die Ergebnisse der durchgeführten Prüfung gemäß § 42 RSAV.

1.11 Stichprobe

Für die Prüfungen nach § 42 Abs. 1 Satz 1 RSAV legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste nach § 274 SGB V für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben.

Das Bundesversicherungsamt zieht die Stichprobe für die jeweilige Prüfung und stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Prüfdiensten nach § 274 SGB V legt das Bundesversicherungsamt fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Prüfdiensten nach § 274 SGB V für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

2. Versicherungszeiten – Stichprobe – Datenfeld 8

2.0 Allgemeines

Die nachstehenden Ausführungen gelten für den gesamten RSA-Prüfbereich Versicherungszeiten. Insofern wird auf eine Wiederholung bei den einzelnen Personenkreisen verzichtet.

2.0.1 Übergreifende Ausführungen

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz
Umfang der Versicherungszeitenprüfung je Person	Bei der Stichprobenprüfung Versicherungszeiten sind <u>alle</u> Versicherungszeiten einer Person zu prüfen, die im Versichertenbestand der KK im zu prüfenden Kalenderjahr geführt werden. Unabhängig davon, ob Versicherungszeiten für diese Person unter mehreren Krankenversicherungsnummern geführt werden (z. B. KVNR für Mitgliedschaft, KVNR für Familienversicherung bei Mutter, KVNR für Familienversicherung bei Vater usw.). Ggf. ist eine (manuelle) Nacherfassung der Versicherungszeiten im RSA-Unterstützungstool vorzunehmen. Die Stichprobenprüfung im Bereich Versicherungszeiten erfolgt personenbezogen und <u>nicht</u> versicherungsnummernbezogen.
Gemeldete VT	<p>Es ist die Anzahl der an das BVA gemeldeten VT zu prüfen. Es kommt nicht darauf an, wie sich die VT auf einzelne Versicherungsperioden verteilen. Zu prüfen ist, ob die gemeldeten VT nachgewiesen sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel 1: Die SA 110SV weist 181 VT aus Laut SA 110PV ist folgende Versichertenepisode ausgewiesen: 01.01. - 30.06.2016 Nach den Prüfunterlagen sind folgende Versichertenzeiten nachgewiesen: 01.01. - 31.03.2016 und 01.08. - 30.10.2016 = insgesamt 181 VT Damit sind die in der SA 110 gemeldeten 181 VT nachgewiesen. <p>Dies gilt auch, wenn die SA 110PV einen fehlerhaften RSA-Status aufführt, aber die KK eine andere „Versicherungsart“ durchgeführt hat und diese belegen kann.</p> <p>Eine Versichertenzeit mit falsch ausgewiesenem RSA-Status in der SA 110PV ist nicht als Fehler zu werten, wenn lediglich die dahinter stehende „Versicherungsart“ nicht korrekt ist. Dies gilt nur wenn tatsächlich zwei oder mehrere Versicherungen parallel bestehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel 2: Das EDV-System der Kasse weist für das ganze Jahr 2016 eine Pflichtversicherung als Beschäftigter nach § 5 Abs.1 Nr. 1 SGB V und eine Pflichtversicherung als Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V wegen Bezug einer Waisenrente aus. Die SA 110PV weist 365 VT und 365 KG-Tage mit dem RSA-Status X1 aus. Die Kasse kann jedoch nur 365 VT als pflichtversicherter Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V belegen. Somit sind die 365 VT nachgewiesen, unabhängig davon, dass der RSA-Status X1 und nicht der RSA-Status X3 in der SA 110PV ausgewiesen wurde. Die 365 KG-Tage sind dagegen im RSA-Unterstützungstool zu streichen. <p>Führt die Kasse materiell oder formal rechtlich eine falsche Versicherung durch oder kann sie die Versicherung nicht nachweisen, sind die VT zu streichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispiel 3: Die SA 110PV weist für das Jahr 2016 365 VT aus. Grundlage dafür bildet eine Familienversicherung. Nach den vorgelegten Prüfunterlagen hätte die Kasse die Familienversicherung wegen Überschreitens des Gesamteinkommens nach § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V bereits zum 30.11.2015 beenden und wegen der Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V eine KVdS ab dem 01.12.2015 durchführen müssen. Die 365 VT sind im RSA-Unterstützungstool zu streichen, da die Voraussetzungen der Familienversicherung nachweis-

	<p>lich nicht erfüllt sind und die Kasse die KVdS tatsächlich nicht durchgeführt hat. Derselbe RSA-Status X3 für beide Versicherungen führt nicht zu einer Anerkennung der VT.</p> <p>Im umgekehrten Fall gilt dies auch für formale Versäumnisse wie z. B. Familienfragebogen ohne Unterschrift.</p>
Angeforderte Unterlagen (z. B. Akte, Nachweise, Fragebögen, Meldungen) werden durch die KK nicht oder unvollständig vorgelegt	Kann ein Fall nicht nachvollzogen werden, weil die benötigten Unterlagen nicht oder nur unvollständig vorgelegt werden, gilt der entsprechende Datensatz als zu Unrecht in der RSA-Datenmeldung enthalten. Der Fall bzw. der einzelne Beleg gilt damit als nicht nachgewiesen und ist zu Lasten der KK zu werten sowie dementsprechend in das RSA-Unterstützungstool einzutragen.
Unterlagen sind durch <u>höhere Gewalt</u> vernichtet	Der Prüfer entscheidet im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen, ob auf die Wiederbeschaffung von Unterlagen verzichtet werden kann. Diesbezüglich evtl. bestehende landes- bzw. bundesrechtliche Bestimmungen sind zu berücksichtigen (z. B. Der Versicherte macht glaubhaft, dass die geforderten Unterlagen vom Hochwasser vernichtet wurden).
Sind krankenkasseninterne Vermerke ausreichend?	Bei Schriftformerfordernis sind sie es nicht. Insbesondere gilt für Familienfragebögen: Vermerke von Krankenkassenbediensteten (z. B. lt. telefonischer Rücksprache) ersetzen <u>nicht</u> die Vorlage eines vom Versicherten ausgefüllten Erhebungsbogens. Lediglich vereinzelt fehlende Angaben im Fragebogen können telefonisch ergänzt werden. Unter „vereinzelt fehlende Angaben“ fallen z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Person: Es fehlt z. B. das Geburtsdatum oder die abweichende Anschrift des Familienangehörigen. • Im Fragebogen ist angegeben, dass der Ehegatte in einem konkreten Zeitraum eine eigene Versicherung bei einer anderen KK hatte; es fehlt jedoch die Angabe, bei welcher KK. • Die Klarstellung offensichtlicher Unrichtigkeiten (z. B. vermuteter Zahlendreher oder Jahreszahlirrtum) oder Unstimmigkeiten. Angaben, die beispielsweise für die Familienversicherung bedeutsam sind, können nie aufgrund telefonischer Angaben ergänzt oder gestrichen werden. In diesen Fällen sind die Angaben als nicht vorliegend anzusehen.
Übersendung per Fax	Per Fax eingegangene Unterlagen (z. B. Fragebögen) werden anerkannt.
Übermittlung z. B. gescannter / fotografierte Unterlagen	Auch gescannte/fotografierte Unterlagen können anerkannt werden. Es gelten die unter Tz. 1.7 dargestellten Grundsätze Falls die gescannten Unterlagen per E-Mail eingehen und in der E-Mail ergänzende Ausführungen / Informationen zum Status enthalten sind, sind die Ausführungen zum Sachverhalt „Übersendung per E-Mail“ zu beachten.
Übersendung per E-Mail	Bei statusrelevanten Sachverhalten werden E-Mails alleine nur anerkannt, wenn sie mindestens die unter Tz. 1.7 dargestellten Grundsätze erfüllen.
Die Kasse verwendet zwei- bzw. fremdsprachige Vordrucke	Zwei- bzw. fremdsprachige Vordrucke sind anzuerkennen, wenn sie die unter Tz. 1.7 dargestellten Grundsätze erfüllen.
Sog. Vorabbescheinigungen jeglicher Art	Bescheinigungen (Nachweise) sind nur dann als „Tatsachen“-Beleg anzuerkennen, wenn die vom Gesetzgeber geforderten Nachweise (z. B. KVdS-Meldung der Hochschule, Schulbescheinigungen) tatsächlich vorliegen, d. h. im Nachhinein belegt wird, dass die in der Vorabbescheinigung gemeldeten Sachverhalte auch so bestehen. Interimsanmeldungen, Vorabanmeldungen, Vorabbescheinigungen, Absichtserklärungen etc., die zeitlich vor Eintritt des Ereignisses ausgestellt (erstellt) wurden, reichen dafür allein nicht aus. Ist festzustellen, dass eine Meldung in den RSA nur durch eine Vorabbescheinigung belegt ist, ist dies zu Lasten der KK zu werten.
Offensichtlicher Fehler	Offensichtliche Fehler der KK sind auch dann zu beanstanden, wenn eine entsprechende Stichprobenfrage im PHB fehlt. Es erfolgt eine Wertung zu Ungunsten der KK.
Die gezogene Stichprobe enthält unzulässige (unplausible) Datensätze (z. B. Versicherungsart „0“ im IS KV_21c, Geburtsdatum: 00.00.0000, usw.)	Alle Datensätze der Stichprobe sind zu prüfen (unabhängig von den enthaltenen Angaben), da diese Daten im RSA-Jahresausgleich berücksichtigt wurden und damit prüfungsrelevant sind. In Abhängigkeit vom Ergebnis der Prüfung ist eine Wertung im RSA-Unterstützungstool vorzunehmen. D. h. bei unzulässigen / unplausiblen Datensätzen erfolgt eine Wertung zu Lasten der KK.

Maschinelle Prüffrage:

Derzeit nicht belegt.

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch

2.0.2 Alle Personenkreise

Prüfunterlagen:

Mitgliedsbescheinigungen,
 Erklärungen bzw. Anzeigen des Mitglieds,
 Kündigungsunterlagen/-bestätigungen,
 Interims- bzw. Vorabmeldungen,
 Überwachungslisten,
 Meldungen – Eingabebelege,
 Schriftverkehr,
 EDV-Schlüsselverzeichnis
 Unterlagen zum RSA-Clearingverfahren zu Versichertenzeiten,
 Mitgliedsbescheinigungen über Vorversicherungszeiten bei Versicherten, die nach Vollendung des 55. Lj. neu aufgenommen wurden.

Hinweise:

§§ 1 ff RSAV
 § 6 Abs. 3 a SGB V
 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22.12.1999 (GR 99j)

Stichprobe:

1. Wurde bei Eintritt der Versicherungspflicht nach Vollendung des 55. Lebensjahres die Voraussetzung des § 6 Abs. 3 a SGB V geprüft?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Es sind nur Versicherungsverhältnisse zu prüfen, die im Ausgleichsjahr 2016 begonnen haben.	
Versicherter hat bei Beginn des Versicherungspflichtalters das 55. Lj. vollendet und war innerhalb der letzten fünf Jahre vorher nicht bei der zu prüfenden Krankenkasse versichert	Für diese Personen muss ein schriftlicher Nachweis <ul style="list-style-type: none"> - über eine – auch teilweise – Vorversicherung in den letzten fünf Jahren bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse – z. B. Mitgliedsbescheinigung – oder - darüber, dass sie weniger als die Hälfte der Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit, nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig oder mit einer Person, auf die diese Kriterien zutreffen, verheiratet waren oder in einer Lebenspartnerschaft lebten, vorliegen. Ohne einen dieser Nachweise ist eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht zulässig. Der Zeitraum im Prüfungsjahr ist festzustellen und als zu Unrecht enthalten zu Lasten der KK zu werten. <p>Ausnahme: Gilt nicht bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.</p>	GR 99j, Tit. A II Abs. 4

2. Wurden nur berücksichtigungsfähige Versicherungszeiten mit der SA 110 gemeldet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 a SGB V	Die Berücksichtigung von Versicherungszeiten in der RSA-Datenmeldung von Mitgliedern (z. B. sog. Anwartschaftsversicherte) und ihrer nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen ist	§ 2 Abs. 5 RSAV

	unzulässig, wenn die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 a SGB V erfolgt. Wird bei der Prüfung festgestellt, dass Zeiten, in welchen die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a SGB V erfolgte, in der RSA-Datenmeldung enthalten sind, sind diese zu Lasten der Berichtskasse in das RSA-Unterstützungstool einzutragen.	
--	---	--

3. Liegt für eine Interimsmeldung (Vorabmeldung) eine ordnungsgemäße Anmeldung vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
In der gezogenen Stichprobe basiert eine Versicherungszeit auf einer Vorabmeldung (Interimsmeldung)	<p>Zeiten, die nicht ordnungsgemäß belegt sind, sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. D. h. Versicherungszeiten, die als Vorabmeldung eingegeben und in der Stichprobe enthalten sind, sind zu Unrecht in der RSA-Datenmeldung mitgezählt worden, es sei denn, dem steht eine parallele Versicherungszeit gegenüber, die auf einer ordnungsgemäßen Meldung beruht.</p> <p>Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noch offene Vorabmeldung ab 01.08.2016 bis laufend bei Ag. A. • Gleichzeitig besteht ein Versicherungsverhältnis ab 20.09.2016 auf Grund einer ordnungsgemäßen Anmeldung vom Ag. B. Es ist lediglich der Zeitraum vom 01.08.2016 bis 19.09.2016 aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. 	

4. Wurde das Ende der Mitgliedschaft auf Grund einer Kündigung korrekt bestimmt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Die Kasse hat anhand der Kündigung das Ende der Mitgliedschaft korrekt zu bestimmen. Hierbei ist es unerheblich, in welcher Form (z. B. E-Mail) die Kündigung (Willenserklärung) zugegangen ist. Sofern die Krankenkasse die Mitgliedschaft länger als gesetzlich vorgeschrieben durchgeführt hat, sind die Versicherungszeiten insoweit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

2.0.3 Prüfung bei Auffälligkeiten

Prüfunterlagen:

Hinweise:

§§ 1 ff. RSAV

Stichprobe:

1. Ist die Angabe zum Geschlecht plausibel?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Es ist eine manuelle Belegprüfung allenfalls bei "Verdachtsfällen" vorzunehmen	

2. Ist das Geburtsdatum plausibel?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Es ist eine manuelle Belegprüfung allenfalls bei "Verdachtsfällen" vorzunehmen.	

3. Sind in den Angaben zur SA 110SV Differenztage ausgewiesen (s. Feld-Nr. 26 der SA 110SV)?

Die Angabe der Differenztage erfolgt durch das BVA im Rahmen der Übermittlung der Satzart 110SV. In diesen Fällen wurden von mindestens zwei KKn insgesamt mehr als 365/366 VT für die/den Versicherten gemeldet.

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
<p>In diesen Fällen wurden von mindestens zwei KKn insgesamt über 365 VT gemeldet</p>	<p>Auch in diesem Fall ist die Rechtmäßigkeit der gemeldeten VT bei der KK zu prüfen. Werden dabei weniger VT festgestellt als gemeldet, ist dies im RSA-Unterstützungstool entsprechend einzutragen.</p> <p>Beispiel: Zu prüfende Versichertentage in der SA 110SV: 181 Ausgewiesene Differenztage der SA 110SV (Anzeige im Tool): 10 Nachgewiesener Zeitraum bei der Prüfung: 01.01. bis 20.06.2016 (171 Tage)</p> <p>Der Fall ist als Fehler zu kennzeichnen. Als nachgewiesene Versichertentage sind 171 Tage zu erfassen.</p>	

2.1 Krankenkassenwahlrecht

Ein Krankenkassenwechsel ist nur zu prüfen, wenn dieser ab dem 01.01.2016 stattgefunden hat.

Prüfunterlagen:

Satzung
Meldungen
Mitgliedsbescheinigungen (der abgebenden Kasse, wenn mit dem Kassenwechsel auch ein Wechsel der Versicherungsart einhergeht und eine Vorversicherungszeit geprüft werden muss)
Kündigungsbestätigung
Schriftverkehr
Nachweise

Hinweise:

§§ 173 ff SGB V
Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 30.06.2008 zum Kassenwahlrecht
Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht vom 22.11.2016

Stichprobe:

1. Ist das Mitglied unter Berücksichtigung der Bestimmungen zum Kassenwahlrecht zu Recht aufgenommen worden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Kassenwechsel bei nahtlos aufeinander folgenden Mitgliedschaften und unverändert fortbestehendem Versicherungstatbestand	Bei einem Kassenwechsel muss eine Kündigungsbestätigung gemäß § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V vorliegen, wenn innerhalb der letzten 18 Monate eine Mitgliedschaft bei einer anderen KK bestanden hat. Kann eine Kündigungsbestätigung nicht vorgelegt werden, liegen die Voraussetzungen für eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht vor (Mitgliedschaft bei der anderen KK besteht fort, da nicht gekündigt).	Siehe auch BSG-Urteil vom 09.11.2011 B 12 KR 3/10 R
Kassenwechsel bei nahtlos aufeinander folgenden Mitgliedschaften und verändertem Versicherungspflichttatbestand	Bei einem Kassenwechsel muss ein Nachweis vorliegen, dass <ol style="list-style-type: none"> 1. ein Wechsel im Versicherungspflichttatbestand zu Beginn der Mitgliedschaft vorgelegen und 2. keine Bindungsfrist bei der vorherigen Kasse mehr bestanden hat. Können diese Nachweise nicht vorgelegt werden, liegen die Voraussetzungen für eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht vor. Die Mitgliedsbescheinigung muss fristgerecht erstellt und der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgelegt sein. Hinweis: Eine Mitgliedsbescheinigung darf erst ausgestellt werden, wenn die Voraussetzungen für den ordnungsgemäßen Kassenwechsel geprüft und die o. g. Nachweise vorgelegt wurden. Wurde die Mitgliedsbescheinigung erst nach der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V erstellt, ist ein ordnungsgemäßer Kassenwechsel nicht zu Stande gekommen und damit sind die VT in der RSA-Datenmeldung bei der Kasse B zu streichen.	Siehe auch Grundsätze des BSG-Urteils vom 11.09.2018 B 1 KR 10/18 R
Kassenwechsel nach Mitgliedschaftsunterbrechung kraft Gesetzes (mindestens 1 Tag)	Die aufnehmende KK muss nachweisen, dass es sich um einen Kassenwechsel auf Grund einer Unterbrechung der Mitgliedschaften handelt. Der Nachweis kann über eine Mitglieds- oder Versicherungsbescheinigung erfolgen. Beispiel: Mitgliedschaft bei Kasse A bis 31.03.2016. Mitglied bei Kasse B ab 02.04.2016. Nachweis erforderlich. Kann ein Nachweis nicht vorgelegt werden, liegen die Voraussetzungen für eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht vor.	siehe auch BSG-Urteil v. 13.06.2007 bzw. 73. Aufsichtsbehördeentagung

<p>Beginn einer erneuten Mitgliedschaft nach einer Unterbrechung bei derselben KK (mindestens 2 Tage, höchstens einen Monat aufgrund der OAV nach Ablauf der Frist gemäß § 19 Abs. 2 SGB V – nach einer Unterbrechung von nur einem Tag bestünde keine Möglichkeit zur Mitgliedschaft bei einer anderen KK ohne vorhergehende Kündigung)</p>	<p><u>Beispiele:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sofern sich Hinweise ergeben, dass während der Lücke eine Mitgliedschaft bzw. Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat, hat die Kasse ihre Zuständigkeit nachzuweisen. 2. Bei einer Lücke bis zu einem Monat kann die Krankenkasse, wenn keine anderen Anhaltspunkte vorliegen, davon ausgehen, dass die zu meldende Stelle die letzte Kasse korrekt ermittelt hat. In diesen Fällen reicht für die Nachweisführung die Meldung durch einen Dritten aus. Die Grenze von einem Monat ist deshalb zu tolerieren, weil der Versicherte in dem Zeitraum einen nachgehenden Leistungsanspruch hat, d. h. für ihn der Bedarf nach einer anderen Versicherung nicht zwingend bestand. <p><u>Ausnahme:</u></p> <p>Sofern die Lücke den Zeitraum von einem Monat überschreitet, hat die Krankenkasse zu ermitteln, ob ihre Zuständigkeit gegeben ist und eine OAV nach § 188 Abs. 4 SGB V durchzuführen gewesen wäre (vgl. Tz. 2.8.2).</p> <p>Besondere Fallgestaltungen ergeben sich aus der Anlage 5.3.1.</p>	
<p>Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherte</p>	<p>Die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte gelten bei Mitgliedschaftsbeginn nur für bislang weder gesetzlich noch privat Versicherte. Alle anderen Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall werden bei Eintritt der Versicherungspflicht wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - ggf. schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestand. Kann die Krankenkasse nicht nachweisen, dass sie für die Durchführung der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zuständig ist, sind die Versicherungszeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Diese ermöglichen es dem Mitglied, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen die Krankenkasse zu wechseln.</p>	<p>71. Tagung der Aufsichtsbehörden vom 07. bis 08.11.2007, TOP 16</p>
<p>Krankenkassenwechsel innerhalb eines Kassensystems</p>	<p>Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen ausschließlich die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen der Satzungsregelung auf die Bindungsfrist bei einem Kassenwechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart zu verzichten.</p> <p>Auf die Einhaltung der Kündigungsfristen sowie auf die Vorlage der Kündigungsbescheinigung kann hingegen nicht verzichtet werden. (vgl. § 175 SGB V, Krauskopf Rz. 43 zu § 175 SGB V und Hauck / Noftz Rz. 49 zu § 175 SGB V).</p> <p>Bei der aufnehmenden Krankenkasse sind Zeiten der verkürzten bzw. der nicht eingehaltenen Kündigungsfristen aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Sollten die weiteren Voraussetzungen (z. B. fehlende Kündigungsbestätigung der abgebenden Krankenkasse) für den ordnungsgemäßen Krankenkassenwechsel nicht vorliegen, ist die Versicherungszeit bei der aufnehmenden Krankenkasse insgesamt zu streichen.</p>	<p>Hotlineentscheidung 20120601-0002</p>
<p>Veränderungen aufgrund von Meldekorrekturen</p>	<p>Sofern durch Meldekorrekturen nachvollziehbare Lücken entstehen, sind für die Versicherungszeit nach dieser Lücke keine erneuten Nachweise über die Zuständigkeit zu führen.</p>	
<p>Meldungen von Dritten ohne Wahlerklärung des Versicherten</p>	<p>In den Fällen, in denen die KK Meldungen von Dritten (Meldestellen) ohne eine Wahlerklärung der Versicherten erhalten, ist die KK verpflichtet die Kassenzuständigkeit zu klären. Gelingt ihr dies trotz Ausschöpfung der zumutbaren Ermittlungsaktivitäten nicht, ist ihre Zuständigkeit</p>	<p>Siehe auch Ergebnis der Fachkonferenz Beiträge vom</p>

	als korrekt zu werten. Andernfalls ist die Versicherungszeit zu streichen.	11.11.2014 TOP 3
--	--	---------------------

2.2 Pflichtversicherte Beschäftigte (einschl. Jugendhilfe und behinderte Menschen)

Prüfunterlagen:

Meldungen
 Mitgliedsbescheinigungen
 Fragebögen zur Versicherungspflicht/-freiheit der Gesellschafter-Geschäftsführer
 Fragebögen zur Versicherungspflicht/-freiheit der mitarbeitenden Familienangehörigen
 Mitteilungen der Clearingstelle
 Schriftverkehr

Hinweise:

§§ 5 Abs. 1. Nr. 1, 5 Abs. 4 S. 2, 186 ff, 266, 267, 288, 289 und 291 SGB V
 §§ 28 a-c SGB IV
 § 28 h Abs. 2 SGB IV
 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)

Stichprobe:

1. Gehört die gemeldete Person zum Personenkreis (bei Anmeldungen mit dem Meldegrund 10 - Beginn der Beschäftigung) nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH bzw. Angehöriger des Arbeitgebers	Die Mitteilung der Clearingstelle an die KK über ihre Entscheidung ist vorzulegen. Liegt eine Mitteilung der Clearingstelle über die Prüfung und das Bestehen der Versicherungspflicht nicht vor, ist die Zeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Die KK (Clearingstelle) hat bei einem Gesellschafter-Geschäftsführer rückwirkend festgestellt, dass keine Versicherungspflicht vorliegt	Ab dem Zeitpunkt ist die Versicherungszeit rückwirkend zu stornieren. Eine weitergehende Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung ist nicht mehr zulässig (ggf. kann ersatzweise eine freiwillige Mitgliedschaft begründet werden, aber nur, sofern die Voraussetzungen des § 9 SGB V - z.B. nachgewiesene Vorversicherungszeit - erfüllt sind). Der Zeitraum im Prüfjahr ist festzustellen und als zu Unrecht enthalten zu Lasten der KK zu werten.	
Beschäftigte / Beschäftigter ist Angehörige / Angehöriger der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers (vormals „mitarbeitende Familienangehörige“)	Bei Anmeldungen mit der Angabe der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers, dass zum Arbeitgeber eine Beziehung als Ehegatte, Lebenspartner oder Abkömmling besteht (Meldegrund „10“), hat die Kasse bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ein Statusfeststellungsverfahren zu beantragen. Eine Mitgliedschaft dieses Personenkreises kommt erst – ggf. auch rückwirkend - zustande, wenn die Deutsche Rentenversicherung Bund ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis festgestellt hat. Die KK hat die Feststellung der Versicherungspflicht (Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund) nachzuweisen. Liegt ein Nachweis über die Prüfung der Deutschen Rentenversicherung Bund und das Bestehen der Versicherungspflicht nicht vor, ist die Zeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. Hinweis: Bei Anmeldungen ohne Hinweis der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers, dass zur Arbeitgeberin / zum Arbeitgeber eine Beziehung als Ehegattin / Ehegatte, Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Abkömmling vorliegt, obwohl ggf. Indizien dies nahelegen, kann aus der für die vorliegende Prüfung nach § 42 RSAV vorzusehenden RSA-Meldesicht von der Kasse nicht erwartet werden, ein Statusfeststellungsverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Bund einzuleiten.	Siehe auch gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände vom 13.04.2010 (5.1 ff, Anlage 4)

Rechtzeitige Einleitung des Statusfeststellungsverfahrens bei der Clearingstelle	<p>Weist in den angeführten Fällen die Krankenkasse die korrekte (und zeitnahe) Einleitung des obligatorischen Statusfeststellungsverfahrens nach (Datum der Weiterleitung des Datensatzes an den RV-Träger) und erfolgte die Verfahrenseinleitung spätestens zum Stichtag der Erstellung der RSA-Datenmeldung für das zu prüfende Kalenderjahr 2016, so kann eine längere Verfahrensdauer grundsätzlich nicht der Einzugsstelle (KK) angelastet werden.</p> <p>In anderen Fällen wären die Zeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Hinweis: Allerdings sollte dies nur noch in sehr begrenzten Ausnahmefällen möglich sein (Prüfung des Kalenderjahres 2016 in 2020 und damit mehrere Jahre nach dem eigentlichen Anmeldedatum).</p>	s. auch Hotlineentscheidung 20101027-008
--	---	--

2. Ist die zum RSA gemeldete Versicherungszeit durch eine Entgeltmeldung bestätigt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Entgeltmeldung – Definition	Als Entgeltmeldung kommen sowohl eine Ab-, Unterbrechungs- bzw. Jahresmeldung in Frage.	
Eine Mitgliedschaft als Arbeitnehmer besteht seit längerer Zeit ununterbrochen fort	<p>Es sind für das zu prüfende Kalenderjahr Jahres- und/oder Unterbrechungsmeldungen bzw. Entgeltersatzleistungsmeldungen nachzuweisen. Wenn nicht, hat die KK im Rahmen der Prüfung einen entsprechenden Nachweis (z. B. Meldung einer Elternzeit nach § 15 BEEG, Wehr-/Zivildienstmeldungen des Ag., Erstattungsanträge nach dem AAG, Gewährung von Leistungen nach § 11 SGB V im zu prüfenden Kalenderjahr, Beschäftigtenliste als Anlage zum Beitragsnachweis, sonstige Mitteilungen (Bescheinigungen) des Ag., Feststellung zur Durchführung der Familienversicherung nach den Familienmeldegrundsätze) zu erbringen. Ohne diese Nachweise ist eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht zulässig. Lediglich für einen Zwischenzeitraum bis zu einem Monat ist eine Meldung entbehrlich.</p> <p>Erläuterung: Die Jahresmeldung (§ 28a Abs. 2 und 3 Satz 2 Nr. 2 SGB IV) ist für sich genommen kein prüfrelevanter Nachweis (sie dient einem anderen Zweck), aber ihr kommt eine Indiz-Funktion zu. Liegt sie vor, so ist zu prüfen, ob der Zeitraum nach Buchst. c) a. a. O. im Zusammenhang mit anderen Zeiten der Bestandsführung schlüssig ist. Liegt sie nicht vor, ist der Frage nachzugehen, ob andere Nachweise das (Fort-)Bestehen der Pflichtmitgliedschaft plausibel erscheinen lassen. Denn es gibt keinen sicheren Fehler-Hinweis für das Ende einer Pflichtmitgliedschaft (fehlt "nur" die Jahresmeldung oder wurde die Pflichtversicherung beendet und die Abmeldung nicht erstattet). Der Zeitraum im zu prüfenden Ausgleichsjahr, welcher nicht mit Entgeltmeldungen belegt oder anderweitig nachgewiesen ist, ist festzustellen und aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p>	
Anforderung von Entgeltmeldungen	<p>Das alleinige (mehrmalige) Anfordern von Entgeltmeldungen alleine ist kein Nachweis über das (Fort-)Bestehen des Beschäftigungsverhältnisses und reicht als Nachweis deshalb nicht aus.</p> <p>Erläuterung: Immer dann, wenn der Ag. keine Jahresentgeltmeldungen erstellt, diese nicht mehr auffindbar oder existent sind, ist es nahe liegend, dass das Beschäftigungsverhältnis des Arbeitnehmers seit längerem nicht mehr besteht und damit ebenso die Mitgliedschaft. Kann die KK keinen Nachweis vorlegen oder gibt es keine Indizien, dass die Mitgliedschaft im zu prüfenden Kalenderjahr zu Recht in der RSA-Datenmeldung enthalten ist, ist die Versicherungszeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p>	
Eingang der Entgeltmeldung	Eine Entgeltmeldung, die nach Erstellung der zu prüfenden SA 110 bei der KK eingeht, kann nicht als Indiz für ein bestehendes Versicherungsverhältnis herangezogen werden.	Hotlineentscheidung 20140922-0003

<p>Beschäftigungsverhältnisse mit geringen Arbeitsentgelten (gilt z. B. <u>nicht</u> für Auszubildende, duale Studiengänge usw.)</p>	<p>Erläuterung: Bei gemeldeten Entgelten in Entgeltmeldungen bis durchschnittlich 450 € mtl. bzw. 5.400 € jährlich mit einer zusammenhängenden Beschäftigungsdauer von mindestens drei Monaten ist das Vorliegen einer Versicherungspflicht zu hinterfragen und Nachweise anzufordern, die die durchgeführte Krankenversicherung belegen. Können Nachweise für die Versicherungspflicht nicht vorgelegt werden, ist die Versicherungszeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Hinweis: Beschäftigungen mit einer Dauer unter drei Monaten werden im Rahmen der RSA-Prüfung nicht aufgegriffen. Ebenfalls erfolgt in den Fällen, in denen das Kennzeichen für Gleitzone gemeldet wurde, keine Prüfung.</p>	
--	--	--

2.3 Familienversicherung

Prüfunterlagen:

Zur Beurteilung der Familienversicherung sind alle Unterlagen, die für die RSA-Prüfung Wirkung entfalten, vorzulegen. Hierbei können ggf. auch Anschreiben/Familienfragebögen zur Ermittlung des Sachverhaltes beigezogen werden, die nach Erstellung der SA 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres bei der Kasse eingegangen sind. Die Unterlagen, die nach Erstellung der SA 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres bei der Kasse eingegangen sind, dienen ausschließlich der Plausibilisierung des Sachverhaltes und der Durchführung der ordnungsgemäßen Bestandspflege. Sofern sich aus diesen Unterlagen Fehler ergeben, ist eine Streichung der VT nicht vorzunehmen. Fragebogen/bögen über die Feststellung/Bestandspflege der Familienversicherung
Anspruchsbegründende Unterlagen/Nachweise (z. B. Urkunden, Einkommensteuerbescheide)
Anspruchsbeendende Nachweise (z.B. Kopie Scheidungsurteil, Meldung einer Fremdkasse nach dem Fami-Meldeverfahren/Fami-Meldegrundsätze)
Anspruchsverlängernde Nachweise (z.B. Wehrdienstzeitbescheinigung)
Nachweise zum Ruhen des Anspruchs (z. B. Wehr-, Zivildienstmeldungen, Haftzeiten)
Unterlagen/Meldungen zur Mitgliedschaft des Stammversicherten
Schriftverkehr

Hinweise:

§§ 10, 206, 266, 267, 288, 289 und 291 SGB V

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPArG)

§ 2 Abs. 5 RSAV

Aufbewahrungspflichten für Meldungen, Mitteilungen und Nachweise 6 Jahre – siehe § 35 SRVwV

Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) in der Fassung vom 02. Dezember 2015

Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze (Fami-MeldeGsVerfB) in der Fassung vom 17. November 2015

Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel in der Fassung vom 08. November 2005

Stichprobe:

1. Werden im Versichertenverzeichnis der Krankenkasse (§ 289 SGB V) nur Familienversicherte für Zeiträume geführt, für die sie die Anspruchsvoraussetzungen des § 10 SGB V erfüllen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Beendigung der Familienversicherung (Rückabwicklung)	Die Familienversicherung ist zu dem Zeitpunkt zu beenden, zu welchem die Voraussetzungen für die Familienversicherung gemäß § 10 SGB V nicht mehr gegeben sind (z. B. Zeitpunkt der Änderung der Einkommensverhältnisse der einzelnen Person(en) bzw. des Unterhaltsbedarfs und damit Wegfall des überwiegenden Unterhalts durch den Stammversicherten). Dies kann jederzeit und insbesondere auch rückwirkend sein. Das Datum der Prüfung der Familienversicherung durch die KK bzw. das Datum des letzten Fragebogens sind unmaßgeblich für das (Fort-)Bestehen der Familienversicherung. Das Bestehen der Familienversicherung aus anderen Gründen (z.B. Vertrauensschutz) ist für den RSA unerheblich.	(siehe BSG v. 07.12.2000 B 10 KR 3/99 R, BSG 25.08.2004 B 12 KR 36/03 R).
Im Berichtsjahr häufig wiederkehrende Familienversicherungen im Wechsel mit versicherungspflichtigen Beschäftigungen von kurzer Dauer	Verfügen Familienangehörige u. a. über ein Gesamteinkommen , das <u>regelmäßig</u> im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet, unterstellt der Gesetzgeber, dass bei diesen Personen kein Schutzbedürfnis vorliegt. Ist eine Regelmäßigkeit gegeben, ist eine Familienversicherung ausgeschlossen. Kassenseitig sind diesbezüglich Unterlagen zur Prüfung des Gesamteinkommens und zur Regelmäßigkeit vorzulegen. Können Unterlagen für die Prüfung des Gesamteinkommens nicht vorgelegt werden, sind diese Familienversicherungszeiten in der Datenmeldung zu Unrecht enthalten. Hinweis:	BE Fachkonferenz Beiträge vom 11.11.2014, TOP 1 (GKV-SV)

	Die Prüfung des Gesamteinkommens bei der Feststellung der Familienversicherung ist durch den Grundsatz einer vorausschauenden Betrachtungsweise geprägt. Kriterien zur vorausschauenden Betrachtungsweise ergeben sich aus dem Besprechungsergebnis (BE) der Fachkonferenz Beiträge des GKV-SV vom 11.11.2014.	
Zeitpunkt des Wiederbeginns der Familienversicherung bei Selbständigen	Die Familienversicherung von selbständig Tätigen ist ab dem Beginn des der Ausstellung des Einkommensteuerbescheides folgenden Monats möglich, wenn auch die weiteren Voraussetzungen des § 10 SGB V, im Besonderen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (es liegt keine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit vor), erfüllt sind. Die dafür erforderlichen Nachweise/Angaben müssen vorliegen. Allein die Vorlage des neuen Einkommensteuerbescheides reicht für die Begründung der Familienversicherung nicht aus. Wenn die Kassen den Zeitpunkt der Beendigung wie auch des (Wieder)-Beginns der Familienversicherung auf den Beginn des der Ausstellung des Einkommensteuerbescheides folgenden Monats festlegen, werden die Prüfdienste entsprechende Verfahrensweisen der Kassen bei den RSA-Prüfungen nicht beanstanden. Etwas anderes gilt, wenn gravierende Veränderungen der Vermögenssituation nachgewiesen sind.	Siehe Niederschrift AK 274 vom 26.05.2009 bis 27.05.2009, TOP 9.5.

2. Sind die in die RSA-Datenmeldung eingeflossenen Familienversicherungszeiten durch gültige Nachweise belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Die in der RSA-Datenmeldung enthaltenen Familienversicherungszeiten sind durchgängig nachzuweisen. Liegen für Familienversicherungszeitraume Nachweise nicht vor, oder die Zeiträume sind nicht lückenlos belegt, können diese insoweit nicht anerkannt werden.	
Wie ist die Feststellung bzw. Bestandspflege bei Familienversicherungen durchzuführen?	Nach den für die Krankenkassen verbindlichen Regelungen der auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 in Verb. mit § 213 Abs. 2 SGB V beschlossenen Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) sind die Voraussetzungen der Familienversicherung für Angehörige eines Mitglieds bei Beginn der Mitgliedschaft und anschließend grundsätzlich jährlich zu prüfen (Ausnahmen von der jährlichen Erhebung siehe § 4 der Fami-Meldegrundsätze). Mit der turnusmäßigen Überprüfung soll festgestellt werden, ob die Voraussetzungen der Familienversicherung unverändert vorliegen bzw. bestanden. Die Überprüfung dient unter anderem auch der Validität der in den Risikostrukturausgleich gemeldeten Familienversicherungszeiten (§ 3 Abs. 3 RSAV i. V. m. § 289 SGB V). Soweit und solange Versicherungszeiten nicht mit den nach dem Fami-Meldeverfahren erforderlichen Nachweisen belegt sind, ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht vorliegen (in diesen Fällen ist das Versichertenverzeichnis für die nicht mit Nachweisen belegten Versicherungszeiten zu berichtigen). Nicht nachgewiesene Zeiträume sind in der RSA-Datenmeldung zu Unrecht enthalten und zu streichen.	
Pflicht zur Vorlage des Feststellungsbogens bei Korrekturen von Versicherungszeiten beim Stammversicherten von über einem Monat	Eine nachträgliche Korrektur von Versicherungszeiten beim Stammversicherten (z. B. Stornierung von Versicherungszeiten nach § 323 SGB V) bei bereits vorliegendem Bestandspflegebogen, der diesen Zeitraum umfasst, hat nicht zur Folge, dass ein erneuter Fami-Feststellungsbogen für den Zeitraum nach der Lücke anzufordern ist.	BE FK-Beiträge vom 20.11.2018 TOP 6
Unterbrechung der Familienversicherung bis zu einem Monat	Bei Unterbrechungen der Familienversicherung bis zu einem Monat ist im Gegensatz zur Regelung des § 3 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze deren Feststellung nicht erneut durchzuführen, wenn die von der FK-Beiträge in ihrer Sitzung am 11.06.2013 unter TOP 1 aufgeführten Kriterien zutreffen. Entgegen den Ausführungen des § 3 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze	BE FK-Beiträge vom 11.06.2013 TOP 1

	berücksichtigen die Prüfdienste das Ergebnis der Niederschrift des GKV-SV vom 11.06.2013 bis zur Anpassung der Fami-Meldegrundsätze; längstens jedoch bis zum 31.12.2020.	
Verwendete Fragebögen	<p>Es sind nur Fragebögen zu verwenden, die <u>mindestens</u> die Inhalte der Anlagen 1 bzw. 2 der Fami-Meldegrundsätze beinhalten. Bei Unterschreitung dieser Mindestinhalte (z. B. Eingrenzung der Frage nach Einkünften auf privat Krankenversicherte) ist eine Berücksichtigung der Familienversicherten in der RSA-Datenmeldung nicht zulässig.</p> <p>Der Zeitraum im zu prüfenden Ausgleichsjahr ist festzustellen und zu streichen.</p> <p>Bei der Verwendung von fremd- bzw. mehrsprachigen Vordrucken wird auf die Ausführungen unter Ziffer 1.7 verwiesen.</p>	§ 3 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 2 der Fami-Meldegrundsätze.
Zeitliche Begrenzung im Bestandspflegefragebogen	<p>Beispiel: Im Fragebogen vom 03.05.2016 (Unterschriftsdatum) werden in der Einkommensabfrage ausdrücklich nur die Jahre 2013 bis 2015 abgefragt. Der vorliegende Nachfolgefragebogen bezieht sich auf die Zeit ab Unterschriftsdatum (03.05.2016) des vorhergehenden Fragebogens. Die geprüfte Kasse hat ab 2017 wieder die üblichen Fragebogen verwendet.</p> <p>Erläuterung: Die vorgegebenen Inhalte des Vordruckes nach Anlage 2 (Bestandspflegebogen) sind Mindestinhalte. Abweichungen sind nur zulässig, sofern die Mindestinhalte nicht unterschritten werden. Durch die Einschränkung im kassenseitig verwendeten Fragebogen aus 2016, dass lediglich Einkünfte der Jahre 2013-2015 abgefragt werden, ist eine Feststellung des Bestehens der Familienversicherung in 2016 bis zum Zeitpunkt des Unterschriftsdatums 03.05.2016 nicht möglich.</p> <p>Sofern kein (weiterer) Bestandspflegefragebogen für die Zeit ab 01.01.2013 vorliegt, der die Mindestanforderungen nach Anlage 2 der Fami-Meldegrundsätze erfüllt, ist die Zeit bis mindestens 03.05.2016 nicht belegt und zu streichen.</p>	Fami- Meldegrundsätze, Anlage 2
(Zukunftsorientierte) Gültigkeit des Feststellungs- / Bestandspflegefragebogens	<p>Setzt der im Nachfolgefragebogen abgefragte Zeitraum nicht auf dem Unterschriftsdatum des vorherigen Fragebogens auf, d.h. es fehlt insofern an einer „Nahtlosigkeit“, so werden dadurch entstehende Lücken dadurch geschlossen, dass die Zukunftswirkung eines Fragebogens (bei vorgesehener jährlicher Bestandspflege) ein Jahr dauert.</p> <p>Voraussetzung ist jedoch, dass die Kasse ihrer Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Bestandspflege nachgekommen ist.</p>	
(Nachwirkende) Gültigkeit des Feststellungs- / Bestandspflegefragebogens	<p>Falkonstellationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es liegt <u>kein</u> weiterer Fragebogen vor, weil der Stammversicherte bzw. der Familienversicherte vor Ablauf des 1- bzw. 3-jährigen Überprüfungsturnus ausgeschieden ist. In diesen Fällen gilt die Familienversicherung bis zum Ausscheiden als nachgewiesen. 2. Liegt ein Folgefragebogen aufgrund <u>fehlender Mitwirkung</u> nicht vor, entfaltet der letzte vorliegende Feststellungs-/Bestandspflegefragebogen eine Nachwirkung von maximal 1 bzw. 3 Jahren (als Nachweis <u>der ordnungsgemäßen Bestandspflege</u> und der daraus folgenden fehlenden Mitwirkung des Mitglieds / Familienangehörigen sind die Anforderungsunterlagen vorzulegen). 3. Ein Folgefragebogen kann nicht berücksichtigt werden, wenn er erst nach Erstellung der SA 110 für das zu prüfende Ausgleichsjahr vorgelegen hat. War die KK zum Zeitpunkt der Erstellung der SA 110 für das zu prüfende Ausgleichsjahr noch nicht verpflichtet eine Bestandspflege durchzuführen, belegt der vorherige Fragebogen einen Versichertenzeitraum ab dem Unterschriftsdatum folgend von maximal 1 bzw. 3 Jahren. <p>Etwas anderes gilt nur dann, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Voraussetzungen der Familienversicherung bereits zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr vorlagen.</p>	§ 7 der Fami-Meldegrundsätze

Neugeborene – verspätete Anmeldung	Liegen die Voraussetzungen des § 10 SGB V vor, besteht die Familienversicherung kraft Gesetz. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Familienversicherung müssen nachgewiesen sein. Entscheidend ist deshalb nicht, wann der Familienfragebogen eingeht, sondern ob die Voraussetzungen für die Familienversicherung ab Geburt zweifelsfrei nachgewiesen sind.	
Nicht zutreffende Felder (z. B. offen gelassene Fragen, Kennzeichnung mit „entfällt“ oder einem Strich)	Felder, die z. B. leer gelassen, mit einem Strich oder dem Wort „entfällt“ gekennzeichnet werden, sind als negativ beantwortet anzusehen. Es ist allerdings im Einzelfall unter Würdigung der Schlüssigkeit der vorhandenen Angaben abzuwägen, ob noch einmal nachgefragt werden muss oder nicht. Fehlt beispielsweise das Geburtsdatum eines Kindes, kann das Datum aus dem Bestand übernommen werden. Wurde hingegen bei offensichtlichen Unklarheiten kassenseitig nicht das Einkommen nachgefragt, sind die Zeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Versicherter kann keine Nachweise erbringen (z. B. bei Scheidung oder Trennung vom Ehepartner oder Auszug der Kinder oder Flüchtlinge bzw. Asylbewerber)	Versicherungszeiten sind anzuerkennen, wenn der Versicherte glaubhaft macht, dass er sich ernsthaft um Nachweise bemüht hat und die Gesamtumstände dafür sprechen, dass die Angaben im Erhebungsbogen schlüssig sind. Ggf. ist die KK gehalten, sich direkt an die Familienangehörigen zu wenden. Für die RSA-Prüfungen gelten die vorgelegten Unterlagen zum Zeitpunkt der Glaubhaftmachung als erfolgte Nachweisführung.	

3. Liegen für Familienangehörige, die im Ausland leben, die entsprechenden Bescheinigungen vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Nachweis bei den im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts im Ausland betreuten Familienangehörigen (Kreis der anspruchsberechtigten Personen richtet sich nach § 10 SGB V)	Die Familienversicherung von im Ausland wohnenden Familienangehörigen ist im selben Abstand zu überprüfen wie bei Familienangehörigen im Inland. Diese Meldepflicht wird mittels der Vordrucke nach den Anlagen 1 und 2 erfüllt, wenn sich die Familienversicherung nach § 10 SGB V richtet; eine ausdrückliche Erwähnung dieser Personengruppe in den Fami-Meldegrundsätzen ist nicht erforderlich, da diese Fälle von den Vorgaben der §§ 3 und 4 der Fami-Meldegrundsätze erfasst sind. Nicht nachgewiesene Zeiten sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	RS 2010/205 des GKV-SV §§ 3 und 4 der Fami-Meldegrundsätze Jeweiliges Sozialversicherungsabkommen
Nachweis bei den im Rahmen des zwischenstaatlichen Rechts im Ausland betreuten Familienangehörigen (Kreis der anspruchsberechtigten Personen richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats, Anspruchsbescheinigung wurde von der deutschen Krankenkasse auf 1 Jahr befristet)	Bei diesen Familienversicherungen ist keine Bestandspflege mit den Vordrucken nach Anlage 2 durchzuführen, stattdessen tritt für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. drei Jahren die Mitteilung des ausländischen Versicherungsträgers (entsprechend den Vordrucken der DVKA) an die Stelle der Meldepflicht des Mitglieds; dementsprechend ist auch das jährliche Anfordern einer Familienstandsbescheinigung der ausländischen Behörde nicht erforderlich. Das eigentliche Einschreibe- und Mitteilungsverfahren beim bzw. durch den ausländischen Versicherungsträger wird nach den vorrangig geltenden Verfahrensregelungen der EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit sowie den Abkommen über Soziale Sicherheit durchgeführt. Nicht nachgewiesene Zeiten sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	Jeweiliges Sozialversicherungsabkommen. Rdschr. DVKA v. 04.08.2010 § 4 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze
Nachweis bei den im Rahmen des EU-Rechts im Ausland betreuten Familienangehörigen (Kreis der anspruchsberechtigten Personen richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats, Anspruchsbescheinigung wurde von der deutschen Krankenkasse „bis auf Widerruf“)	In den ab 01.05.2010 ausgestellten Anspruchsnachweisen des ausländischen Trägers soll kein Ende der Anspruchsdauer mehr eingetragen werden. Der Anspruch ist ggf. durch Widerruf zu beenden. Die Eintragungsmittelung des ausländischen Wohnortträgers ersetzt für einen Zeitraum von max. 1 Jahr bzw. – beim Personenkreis nach § 4 Abs. 1 S. 2 und 3 der Fami-Meldegrundsätze - von max. 3 Jahren weiterhin einmalig die Meldepflicht des Mitglieds bzw. eine Nachweisführung mit dem jeweiligen Vordruck „FV RSA“. Für einen darüber hinausgehenden Zeitraum der Einschreibung im Wohnstaat ist für jedes weitere Jahr bzw. für jeden weiteren Zeitraum von 3 Jahren der Nachweis mit dem jeweiligen Vordruck „FV RSA“ zu führen.	RS 2010/205 des GKV-SV RS 2010/382 des GKV-SV § 4 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09

ausgestellt); gilt für in anderen EU- Staaten wohnende Fami- lienangehörige ab dem 01.05.2010 grundsätz- lich.		
---	--	--

4. Ist der Fragebogen unterschrieben und mit Unterschriftsdatum versehen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Unterschrift	Die unter § 2 Abs. 4 Fami-Meldegrundsätze genannten Papier-Vordrucke sind vom Mitglied zu unterschreiben. Mit seiner Unterschrift erklärt das Mitglied die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder vom Familienangehörigen abgegeben werden. Nicht unterschriebene Familienfragebögen sind als nicht vorliegend zu werten. Bei elektronisch eingehenden Informationen ist § 36a Abs. 2a i.V.m. dem Rechtsgedanken des Abs. 2 Satz 2 SGB I zu beachten. Die Authentifizierung der /des Versicherten, die / der die Informationen übermittelt, die Integrität und Identität der übermittelten Daten sowie die unveränderbare, revisionssichere Speicherung der übermittelten Informationen und der sog. Metadaten (authentifizierte/r Versicherte/r, Datum Übermittlung / Eingang der Informationen bei der Krankenkasse) sind nachzuweisen.	§ 2 Abs. 4 und 5 der Fami-Meldegrundsätze
Abweichende Unterschrift	Bei offensichtlich erkennbarer Abweichung der Unterschrift (z. B. „Maier“ anstelle „Schmidt“), die darauf schließen lässt, dass es sich nicht um die Unterschrift des Mitglieds handelt, hat die Kasse nachzuweisen, dass die Unterschrift tatsächlich vom Mitglied bzw. von der bevollmächtigten Person erfolgte. Ansonsten sind die VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Unterschriftsdatum fehlt	Fehlt das Unterschriftsdatum, ist für die Berechnung der Fristen an seine Stelle das Eingangsdatum bei der Krankenkasse (bzw. ihrem Dienstleister) zu setzen. Siehe hierzu auch 1.7.1. Fehlt auch dieses Eingangsdatum, ist nicht nachgewiesen, dass der Fragebogen vor der Erstellung der RSA-Datenmeldung vorgelegen hat. Zeiten, die nach den vorstehenden Grundsätzen nicht nachgewiesen sind, sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

5. Liegt ein Ausschlussgrund nach § 10 Abs. 1 bzw. Abs. 3 SGB V vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Anzuwendende JAE bei der Prüfung der Voraussetzungen zur Familienversicherung n. § 10 Abs. 3 SGB V	Die JAE-Grenze nach § 6 Abs. 6 SGB V ist anzuwenden (2016 = 4.687,50 € monatlich). Hinweis: Ist für die Prüfung der Voraussetzung zur Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V die Vorlage des Einkommenssteuerbescheides notwendig (z. B. bei privat krankenversicherten selbstständig Erwerbstätigen) ist stets die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Einkommenssteuerbescheides gültige JAE maßgebend. Beispiel: Der Einkommenssteuerbescheid für das Jahr 2013 wurde am 17.02.2016 erstellt. Er ist 2016 der aktuellste Bescheid. Überschreitet das darin ausgewiesene Einkommen den o. a. Grenzwert des Jahres 2016, ist eine Familienversicherung ausgeschlossen.	
Einkommensnachweis	In den Fällen des § 10 Abs. 3 SGB V sind immer Nachweise zum erzielten Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten vorzulegen (siehe auch § 20 SGB X). Liegen solche Einkommensnachweise (z. B. Kopie des(r) Einkommensteuerbescheide(s), Verdienstbescheinigung(en) usw.) für das zu prüfende Kalenderjahr nicht vor, sind die Familienversicherungszeiten nicht nachgewiesen und aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	§ 5 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze

Änderung in den Einkommensverhältnissen	Änderungen der Einkommensverhältnisse sind nachzuweisen. Angaben des Versicherten alleine reichen dafür nicht aus. Wurde eine Familienversicherung ohne entsprechende Einkommensnachweise durchgeführt, sind die Versicherungszeiten aus der Datenmeldung zu streichen.	§ 5 Abs. 3 der Familien-Meldegrundsätze
Zeitpunkt der Änderung in den Einkommensverhältnissen der selbstständig Tätigen	<p>Grundsatz: Für die Bestimmung des Arbeitseinkommens aus der selbstständigen Tätigkeit ist der letzte vorliegende aktuelle Einkommensteuerbescheid maßgebend, und zwar so lange, bis ein „neuer“ Einkommensteuerbescheid durch die Finanzbehörden erstellt wird. Aus Vereinfachungsgründen wird dem Einkommensteuerbescheid vom Beginn des auf seine Ausstellung (Bescheiddatum) folgenden Monats entscheidungsrelevante Bedeutung für die Durchführung der Familienversicherung beigemessen.</p> <p>Beispiel: Der Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2015 wurde am 06.10.2016 (Bescheiddatum) erstellt und der Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2016 am 27.07.2017. Im Hinblick auf die Familienversicherung entfaltet der Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2015 ab 01.11.2016 Wirkung und der Einkommensteuerbescheid für das Kalenderjahr 2016 ab 01.08.2017. Dies gilt auch bei verspäteter Vorlage der Einkommensteuerbescheide bei der Krankenkasse (z. B. erst bei der nächsten Bestandspflege der Familienversicherung). Die Familienversicherung wäre in Abhängigkeit von den ausgewiesenen Einkommensverhältnissen im Einkommensteuerbescheid ggf. zum 31.10.2016 zu beenden oder ggf. ab 01.11.2016 (weiter) durchzuführen bzw. (Prüfung Ausgleichsjahr 2017) zum 31.07.2017 zu beenden oder ab 01.08.2017 (weiter) durchzuführen.</p> <p>Veränderung des Status (Abweichung vom Grundsatz): Nur essentielle Veränderungen im Status des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten / der Ehegattin wie die Beendigung der selbstständigen Tätigkeit können zu einer Abweichung von der Regel führen. Einwände, dass auf Grund einer besonderen Situation (z. B. Wirtschaftskrise) aktuell vermutlich geringere Einnahmen erwartet werden, sind deshalb unerheblich und führen (sofern dann auch tatsächlich im Einkommensteuerbescheid ausgewiesen) erst mit zeitlicher Verzögerung zu einer Berücksichtigung bei der Beurteilung der Familienversicherung.</p> <p>Anmerkung: Sofern eine Familienversicherung aufgrund einer Prognose der Einkommensentwicklung bei vorliegenden Nachweisen der Finanzverwaltung erfolgte, können diese Versicherungszeiten anerkannt werden. Die Familienversicherung ist rückwirkend zu beenden, wenn durch Nachweise der Finanzverwaltung die Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 bzw. Abs. 3 SGB V zu einem früheren Zeitpunkt bereits überschritten wurde.</p>	

6. Ist bei Kindern ab der Vollendung des 23. Lebensjahres eine Bescheinigung über eine Schul-/ Berufsausbildung bzw. über die Ableistung eines freiwilligen sozialen/ökologischen Jahres oder Bundesfreiwilligendienstes vorhanden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Form der Bescheinigung	Die Verlängerungstatbestände müssen in schriftlicher Form (z. B. Kopie) belegt sein. Mündliche Aussagen des Betroffenen oder seiner Angehörigen alleine reichen nicht aus. Liegen Nachweise nicht vor, sind die Zeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Vorlage der Bescheinigung	Bescheinigungen zur Verlängerung der Familienversicherung über das 23. Lj. hinaus sind vorzulegen. Liegen die Nachweise nicht vor, sind die Zeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Student	Bei familienversicherten Studenten gilt die Meldung der Hochschule	§ 5 Abs. 1 Nr. 4

	über die Einschreibung (§ 4 SKV-MV) als Nachweis.	der Fami-Meldegrundsätze
--	---	--------------------------

7. Sind Verlängerungstatbestände für den Anspruch auf Familienversicherung belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Form der Meldung	Die Verlängerungstatbestände müssen in schriftlicher Form (z. B. Wehr-/Zivildienstzeitbescheinigungen, Meldung durch Kreiswehersatzämter usw.) belegt sein. Mündliche Aussagen des Betroffenen oder seiner Angehörigen reichen alleine nicht aus. Liegen schriftliche Unterlagen nicht vor, ist der Zeitraum festzustellen und als zu Unrecht enthalten zu Lasten der KK zu werten.	
Nachweis für Kinder zwischen 18. Lj. und Vollendung des 23. Lj.	Hier ist lediglich der Nachweis/die Bestätigung über eine nicht ausgeübte Erwerbstätigkeit zu verlangen, d. h. ein vorliegender unterschriebener Fragebogen ohne Einkommensangaben reicht aus.	
Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lj. hinaus aufgrund des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (durch Ableistung von Pflichtdiensten - Beginn bis 30.06.2011)	<p>Eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lj. des Kindes hinaus kommt für die Dauer der in § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V genannten Zeiten in Betracht, da die Schul- oder Berufsausbildung durch diese unterbrochen bzw. verzögert wurde.</p> <p>Erläuterungen: Eine Unterbrechung bzw. Verzögerung liegt z.B. auch dann vor, wenn die gesetzliche Dienstpflicht in der Zeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten abgeleistet wird. Der geforderte Zusammenhang zwischen der Dienstpflicht und der Unterbrechung bzw. Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung liegt auch dann vor, wenn die Ausbildungsabschnitte die Zeit der Dienstpflicht nicht unmittelbar einrahmen, aber sog. begrenzte Übergangszeiten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten vorliegen, die für sich betrachtet das Bestehen einer Familienversicherung von Kindern in Schul- oder Berufsausbildung rechtfertigen.</p> <p>Die Ableistung des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes wird dem gesetzlichen Grundwehrdienst gleichgestellt und stellt einen Verlängerungstatbestand in der Familienversicherung in der zum 30.06.2011 geltenden Rechtslage dar.</p>	<p>Siehe Niederschrift AK 274 vom 08.06.2010 bis 09.06.2010, TOP 12.</p> <p>Beschluss des AK 274 vom 01. - 02.03.2017 - TOP 6</p>
Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lj. hinaus aufgrund des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (durch Ableistung einer der genannten freiwilligen Dienste - Gültigkeit der Gesetzesänderung ab 01.07.2011)	Eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lj. des Kindes hinaus kommt für die Dauer von höchstens 12 Monaten der in § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V genannten Zeiten der freiwilligen Dienste oder der Tätigkeit als Entwicklungshelfer in Betracht, da die Schul- oder Berufsausbildung durch diese freiwilligen Dienste unterbrochen bzw. verzögert wurde.	vgl. RS 2011/660 GKV-SV vom 29.12.2011

8. Ist für eine bestehende Familienversicherung ohne Altersgrenze ein Nachweis über eine Behinderung vorhanden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Nachweis bei Kindern mit Behinderung	Bei Kindern, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten, ist ab Vollendung des 23. Lj. eine ärztliche Bestätigung - darunter fällt auch ein Pflege-Gutachten des MDK - über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung erforderlich. Ist eine Behinderung als unwiderruflich anzusehen, ist auf die Vorlage eines weiteren Gutachtens/Attests zu verzichten.	

9. Ist bei Stiefkindern und Enkeln die Prüfung des überwiegenden Unterhalts dokumentiert?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Einkommensnachweise	Für die Prüfung des überwiegenden Unterhalts im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind die Einnahmen durch Einkommensnachweise zu belegen. Auf Einkommensnachweise kann verzichtet werden, wenn lediglich das Mitglied Einnahmen erzielt. Satz 2 gilt entsprechend für die Nachweise über das Einkommen des Ehegatten des Mitglieds, wenn dieser ebenfalls familienversichert ist. Sofern die geforderten Nachweise nicht vorgelegt werden können sind die Zeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Familienversicherung von Kindern familienversicherter Kinder	In den Fällen der Familienversicherung von Kindern <u>familienversicherter</u> Kinder ist auf die Prüfung des überwiegenden Unterhalts zu verzichten (in Kraft ab 30.03.2005 – Verwaltungsvereinfachungsgesetz). Da es sich hierbei um eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V handelt und nicht um eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 4 SGB V, bedarf es ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung <u>keiner</u> Prüfungen des überwiegenden Unterhalts.	

10. Liegt für Familienversicherte bei nicht bestehender Namensgleichheit eine Urkunde über das Personenstandsverhältnis zum Mitglied vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Nachweis der Personenstandsdaten	Nur bei unklaren Personenstandsverhältnissen (z. B. Kind bzw. Ehegatte/Lebenspartner/in führen einen anderen Nachnamen als das Mitglied) sind amtliche Nachweise, wie z. B. Geburts-, Heirats- bzw. Lebenspartnerschaftsurkunde oder ein Auszug aus dem Personenstandsregister anzufordern und zu den Akten zu nehmen (seit dem Problemkatalog 09/2000 besteht die Anforderung, entsprechende Kopien zu den Akten zu nehmen.). Bei Doppelnamen kann auf die Urkunde verzichtet werden. Ausländischen Heiratsurkunden ist eine amtlich beglaubigte Übersetzung beizufügen. Auf die Vorlage einer Übersetzung kann nur im engen Rahmen des § 19 Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz SGB X verzichtet werden. Liegt ein erforderlicher Nachweis der Personenstandsdaten nicht vor, so sind Versicherungszeiten nur anzuerkennen, wenn der Versicherte glaubhaft macht, dass er sich ernsthaft um Nachweise bemüht hat und die Gesamtumstände dafür sprechen, dass die Angaben im Erhebungsbogen schlüssig sind.	

11. Wurde die Familienversicherung bei Scheidung/Auflösung der Ehe bzw. Beendigung der Lebenspartnerschaft mit dem Datum der Rechtskraft des Urteils beendet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Das Datum der Rechtskraft des Urteils ist auf der ersten Seite des Scheidungsurteils nachzulesen. Eine Kopie wäre wünschenswert, zum Nachweis ist allerdings auch die Bestätigung des Mitgliedes (ggf. auf dem Fragebogen) ausreichend. Zu stornieren ist eine über das Datum der Rechtskraft des Urteils hinaus bestehende Versicherungszeit.	

12. Sind Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten von Familienangehörigen in der RSA-Datenmeldung enthalten?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Eine Berücksichtigung von Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten von Familienangehörigen in der RSA-Datenmeldung ist unzulässig. Wird bei der Prüfung festgestellt, dass Versicherungszeiten, in denen Familienangehörige Wehr- oder Zivildienst abgeleistet oder eine Haft verbüßt haben, in der RSA-Datenmeldung enthalten sind, sind diese Versicherungszeiten zu Lasten der KK abzusetzen. Erläuterung: Tage des Haftantritts und der -entlassung werden in der RSA-Datenmeldung berücksichtigt.	§ 2 Abs. 5 RSAV

13. Ist die Eigenschaft als Pflegekind nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	<p>Für die Feststellung der Familienversicherung von Pflegekindern ist nachzuweisen, dass es sich um Pflegekinder gemäß § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I handelt.</p> <p>Nachweise können z.B. Urkunden, Vereinbarungen zwischen dem Jugendamt und den Pflegeeltern, Bescheide über Pflegegeldzahlungen oder eine Erklärung der Pflegeeltern sein.</p> <p>Sofern die KK keine Nachweise erbringen kann, sind die Versicherungszeiten zu streichen.</p>	

2.4 Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten

Prüfunterlagen:

Wehr- und Zivildienstmeldungen
Nachweise über Haftzeiten

Hinweise:

§ 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V
§ 193 SGB V
§ 2 Abs. 5 RSAV

Stichprobe:

1. Sind Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten in der RSA-Datenmeldung enthalten?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Eine Berücksichtigung von Wehrdienst-, Zivildienst- oder Haftzeiten in der RSA-Datenmeldung ist unzulässig. Wird bei der Prüfung festgestellt, dass Versicherungszeiten, in denen Wehr- oder Zivildienst abgeleistet oder eine Haft verbüßt wird, in der RSA-Datenmeldung enthalten sind, sind diese zu Lasten der KK abzusetzen. Erläuterung: Tage des Haftantritts und der -entlassung werden in der RSA-Datenmeldung berücksichtigt.	§ 2 Abs. 5 RSAV

2.5 Rentenantragsteller – pflichtversicherte Rentner

2.5.1 Rentenantragstellerinnen und Rentenantragssteller

Prüfunterlagen:

Meldungen nach § 201 SGB V
Mitteilungen der RV-Träger - Meldeverfahren
Meldungen anderer Krankenkassen
Mitgliedsbescheinigungen
Kündigungsbestätigungen
Schriftverkehr

Hinweise:

§§ 5, 186 ff SGB V
Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund vom 17.12.2013
Gemeinsames Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2015 vom 02.12.2014
MeldeVfGsKVdR vom 15.10.2008
BE des GKV-SV und der DRV Bund vom 17.12.2013, TOP 3

Stichprobe:

1. Liegt für die in die RSA-Datenmeldung eingeflossene Versicherungszeit eine KVdR-Meldung vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Als Nachweis gilt die Meldung nach § 201 SGB V oder der Auszug aus dem EDV-System der Krankenkasse, aus dem deren Feststellung zur KVdR bzw. die Abgabe ihrer Rückmeldung an den RV-Träger hervorgehen. Kann eine Meldung nach § 201 SGB V z.B. über einen entsprechenden Auszug aus dem EDV-System nicht vorgelegt werden, ist die Versicherungszeit im RSA-Unterstützungstool als nicht nachgewiesen zu werten.	Vgl. MeldeVfGsKVdR, Punkt 2.5 ff.

2. Ist der Zeitraum der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller plausibel (z. B. Information zu Rechtsbehelfsverfahren – Meldung mit Grund 23 und Rechtsmittelgrund 1)?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Manuelle Erfassung / Eingabe der RA-Mitgliedschaft	Die RA-Mitgliedschaft ist durch geeignete Unterlagen zu belegen (z. B. maschinelle Mitteilung des RVT, Fehlerhinweis).	

2.5.2 Pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner

Prüfunterlagen

Meldungen nach § 201 SGB V
Rentenbescheide
Mitteilungen der RV-Träger - Meldeverfahren
Meldungen anderer Krankenkassen
Mitgliedsbescheinigungen
Kündigungsbestätigungen
Schriftverkehr

Hinweise:

§§ 5, 186 ff SGB V

Renten gemäß der Rentenarten im § 33 SGB VI
Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund vom 17.12.2013
Gemeinsames Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2015 vom 02.12.2014
MeldeVfGsKVdR
BE GKV-SV und der DRV Bund vom 17.12.2013 – TOP 3

Stichprobe:

1. Ist die Zugehörigkeit zum Personenkreis der pflichtversicherten Rentner nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Als Nachweis gelten der Rentenbescheid mit der darin genannten Rentenart bzw. die eingespielten Daten der Rentenrechnungsstelle. Über- und zwischenstaatliches Recht ist zu beachten.	
Aufbewahrungs-/ Vorlagefrist	Können für Versicherungszeiten bzw. Meldeeingänge im maßgeblichen Aufbewahrungszeitraum keine Unterlagen beigebracht werden oder sind die maschinell übermittelten Datensätze des Rentenversicherungsträgers nicht gespeichert, welche die Zugehörigkeit zur KVdR bestätigen (belegen), sind diese Zeiten als <u>nicht</u> nachgewiesen und damit zu Lasten der Berichtskasse zu werten.	
Pflichtversicherte Rentner, deren Rentenbezug im zu prüfenden AJ begonnen hat	Die KK hat nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für die Durchführung der KVdR vorliegen. Als Nachweis gilt die Rückmeldung nach § 201 SGB V an den RV-Träger. Kann eine Meldung nach § 201 SGB V (z. B. über einen entsprechenden Auszug aus dem EDV-System) nicht vorgelegt werden, ist die Versicherungszeit im RSA-Unterstützungstool als nicht nachgewiesen zu werten.	Vgl. MeldeVfGsKVdR, Punkt 2.5 ff.

2.6 Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

2.6.1 Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld

Prüfunterlagen:

Leistungsunterlagen (z. B. EDV-Ausdruck über Leistungszeitraum)
Meldungen
Mitteilungen des Reha-Trägers

Hinweise:

§§ 186, 190 und 192 Abs. 1 SGB V
§ 7 SGB IV

Stichprobe:

1. Sind die in der RSA-Datenmeldung enthaltenen Mitgliedszeiten nach § 192 SGB V belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Es ist ein Abgleich zwischen der Versicherungszeit und dem Leistungsbezug/-anspruch erforderlich. Entsprechende Maskenausdrucke aus dem Leistungsbereich über den Anspruch/Bezug einer der o.g. Entgeltersatzleistungen sind für den Nachweis ausreichend. Bei fehlender Übereinstimmung ist die nicht belegte Versicherungszeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

2.6.2 Mutterschaftsgeld/Elternzeit/Erziehungsgeld/Elterngeld

Prüfunterlagen:

Leistungsunterlagen (z. B. EDV-Ausdruck über Leistungszeitraum)
Elternzeitnachweise (z. B. Mitteilung des Ag., Meldungen)
Mitteilung über Beginn und das Ende des Erziehungsgeldes, des Elterngeldes bzw. der Elternzeit

Hinweise:

§ 192 SGB V
§ 203 SGB V
§§ 15 ff BEEG
Landesrechtliche Vorschriften zum Erziehungsgeld

Stichprobe:

1. Ist die Zeit nach § 192 SGB V beendet worden, wenn die in dieser Vorschrift genannten mitgliedschaftserhaltenden Tatbestände nicht mehr nachweislich vorliegen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Erziehungsgeld nach landesrechtlichen Vorschriften	Bei Bezug von Erziehungsgeld nach landesrechtlichen Vorschriften sind diese Zeiten für die Beurteilung des Fortbestands der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V zu berücksichtigen. Der Bezugszeitraum ist durch Nachweise zu belegen.	
	Es muss ein/-e Beleg/Bescheinigung des Ag. oder DEÜV-Meldung für die Mitgliedszeit gemäß § 192 SGB V vorliegen. Ist eine Beendigung unterblieben, obwohl Unterlagen für Mitgliedszeiträume gemäß § 192 SGB V nicht vorgelegt werden können, ist der nicht nachgewiesene Zeitraum aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Unterlagen	Beim Mutterschaftsgeld sind entsprechende Daten über den Leistungsbezug aus dem EDV-System für den Nachweis ausreichend. Beim Erziehungsgeld bzw. Elterngeld liegen über das Ende des Erziehungsgel-	

	<p>des/Elterngeldes Meldungen der zuständigen Stelle (je nach Bundesland unterschiedlich) vor.</p> <p>Bei der Elternzeit kann durch eine Teil-Entgeltmeldung auf dessen Ende geschlossen werden. Dies gilt ausschließlich bei kurzen Elternzeiträumen; insbesondere dann, wenn die Elternzeit sich lediglich auf den 2-Monats-Zeitraum (Erfüllung der Voraussetzung für die Bezugsdauer von Elterngeld über den 12. Lebensmonat des Kindes hinaus) bezieht. Eine Bestätigung des Ag. über das Ende der Elternzeit wird ebenfalls anerkannt.</p> <p>Die Nachweisführung kommt daher bei längerfristigen Elternzeiten ausschließlich über die DEÜV-Meldungen nicht in Betracht. Hier hat die Krankenkasse vielmehr im Rahmen der Jahresmeldungsprüfung Lücken festzustellen und zu klären.</p>	
--	---	--

2.6.3 Zeiten nach § 192 Abs. 2 SGB V

Prüfunterlagen:

Nachweis über zulässige Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. Bescheid über die zulässige Auflösung, Nachweis über im Haushalt Beschäftigte, Fallunterlagen, Angaben zur Tätigkeit, Gewerbeabmeldung wegen Tod)

Hinweise:

§ 192 Abs. 2 SGB V
 § 203 SGB V
 BEEGKSchVwV

Stichprobe:

1. Ist die Rechtmäßigkeit der Versicherungszeit gem. § 192 Abs. 2 SGB V durch Unterlagen nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Z. B. Bescheinigung über zulässige Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses.	

2.7 Studenten/Praktikanten/Berufsausbildung

Prüfunterlagen:

Meldungen der Hochschulen
 Meldungen an die Hochschulen
 Immatrikulationsbescheinigung bzw. Rückmeldung, wenn Meldung nicht mittels SKV-MV erfolgt (ggf. Studienbescheinigung)
 Fragebogen KVdS
 Verlängerungsbegründende Unterlagen (Atteste, Grundwehrdienst-, Zivildienstbescheinigungen u. ä.)
 Meldungen/sonstige Bescheinigungen der Ausbildungsstätte
 Beitragskonto/Beitragsbuch

Hinweise:

§§ 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10, 186 ff SGB V

§ 200 Abs. 2 SGB V

Gemeinsames Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des zweiten Bildungsweges vom 21.03.2006.

Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung (SKV - MV) vom 27.03.1996 i. d. F. vom 31.10.2006

Verlautbarung vom 12.04.1996 (Meldeverfahren KV Studenten)

BSG- Urteil vom 30.09.1992 - 12 RK 40/91 - USK 92114

Stichprobe:

1. Handelt es sich um eine staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Handelt es sich nicht um eine staatlich anerkannte Hochschule, ist die Versicherungszeit aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	www.studentenwelt.de, www.hochschulko mpass.de

2. Hat die Krankenkasse zu Beginn der Mitgliedschaft in der KVdS geprüft, ob die Voraussetzungen überhaupt vorliegen bzw. nachgewiesen sind. D. h.

- liegt eine Immatrikulationsbescheinigung (Einschreibebescheinigung) der Hochschule/Fachhochschule vor?
- besteht eine vorrangige Versicherung?
- ist der Student hauptberuflich selbständig tätig?
- handelt es sich um Ausländer, für die auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen besteht?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Maschinelle Meldung	<p>Unter Hinweis auf § 5 SKV-MV können Vereinbarungen über die maschinelle Erstellung und Weiterleitung von Meldungen, Bescheinigungen und Nachweise eigentlich nur durch die Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt GKV-Spitzenverband) und den Hochschulen geschlossen werden. Vereinbarungen zwischen einer KK und der / den Hochschule(n) wären rechtlich nicht gedeckt, solange die einzelne KK hierzu nicht berechtigt ist.</p> <p>Daher sind Meldungen von Hochschulen in Dateiform (z. B. Datensatz im Format MS-Excel oder im Format .pdf) auf Datenträgern im Rahmen der RSA-Prüfung <u>nur unter besonderen Bedingungen</u> anzuerkennen: Soweit sich keine zweifelsfreie Identität zwischen den von der Hochschule (Authentifizierung der Universität und deren zuständiger Stelle ist durch die Krankenkasse nachzuweisen) gelieferten, unveränderten und unveränderbaren Meldedaten mit Datum der Übermittlung / des Eingangs bei der Krankenkasse (gesicherte Speicherung bei der Krankenkasse) und den von der Kasse bei der Prüfung vorgelegten Daten feststellen lässt, können die Versicherungszeiten nicht anerkannt werden.</p>	s. auch Hotlineentscheidung 20101027-0009

Es liegt eine Listenmeldung über die Immatrikulation vor	Eine in Papier übermittelte Listenmeldung (z. B. durch die Hochschule ausgedruckte Excel-Tabelle) kann anerkannt werden, wenn sie die in Anlage 2 der SKV-MV geforderten Angaben enthält und eindeutig ersichtlich ist, dass die Listenmeldung von der Hochschule erstellt wurde (z. B. Stempel der Hochschule, Briefpapier der Hochschule).	
Beschäftigung beginnt vor dem Studium und wird während des Studiums bei reduzierter Stundenzahl fortgeführt	Auf die RSA-Datenmeldung ergeben sich keine Auswirkungen (sog. Positiv-Korrektur).	BSG-Urteil vom 11.11.2003 (AZ B12 KR 24/03 R)

3. Hat die Krankenkasse nach Ablauf des 14. Fachsemesters oder bei Vollendung des 30. Lebensjahres die KVdS beendet bzw. ist die ggf. erfolgte Verlängerung der Versicherungspflicht nachweislich zu Recht erfolgt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Vollendung des 30. Lj.	<p>Die KK muss spätestens mit Vollendung des 30. Lj. feststellen, ob die KVdS zu beenden ist. Hierbei hat sie festzustellen, ob Verlängerungstatbestände vorliegen.</p> <p>Liegen keine Verlängerungstatbestände vor, endet die KVdS nach § 190 Abs. 9 SGB V einen Monat nach Ablauf des Semesters, in dem der Versicherte das 30. Lj. vollendet hatte.</p> <p>Sofern die KVdS über den o.g. Zeitpunkt besteht muss die KK Nachweise bezüglich des Verlängerungstatbestandes für den Zeitraum über das 30. Lebensjahr hinaus vorlegen. Ist aus den vorgelegten Unterlagen <u>nicht</u> erkennbar, dass ein Verlängerungstatbestand der KVdS über das 30. Lj. hinaus vorliegt, sind KVdS-Versicherungszeiten nach dem o. g. Zeitpunkt aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Liegen Verlängerungstatbestände vor, verlängert sich die KVdS nur um diesen nachgewiesenen Zeitraum. Die Verlängerungstatbestände müssen dabei vor dem 30. Lj. vorgelegen haben.</p> <p>Die Vollendung des 37. Lj. markiert die absolute Höchstgrenze für die KVdS.</p>	BSG-Urteil vom 15.10.2014 B 12 KR 17/12 R
Überwachung der Anzahl der Fachsemester	Die KK muss die Semesteranzahl überwachen. Bei einer zügigen Erlangung der Hochschulreife und einem unmittelbar anschließenden Studium könnte das 14. Fachsemester um das 25. Lj. des Mitglieds erreicht sein. Die KK muss hier lediglich nachweisen, dass dieser Ausschlussstatbestand nicht vorliegt, d. h. aus den Unterlagen muss eine Prüfung der Fachsemesteranzahl hervorgehen. Ist aus den vorgelegten Unterlagen <u>nicht</u> erkennbar, welches Fachsemester erreicht ist, sind KVdS-Versicherungszeiten ab Vollendung des 26. Lj. aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Familiäre Gründe - Pflege eines nahen Angehörigen	Die fortgeführte Pflege der Angehörigen sowie deren Auswirkung auf das Studium sind regelmäßig nachzuweisen. Die alleinige Verlängerung der KVdS über das 14. Fachsemester bzw. über das 30. Lj. hinaus auf Grund eines Pflegegutachtens/-nachweises ist dafür nicht ausreichend. Können kassenseitig die erforderlichen Nachweise für die rechtmäßige Fortführung der KVdS nicht vorgelegt werden, sind die Versicherungszeiten aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

4. Ist der Zeitraum der Mitgliedschaft nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Fehlendes Beitragssoll	<p>Fälle mit fehlendem Beitragssoll sind grundsätzlich auffällig (Indizwirkung). Liegt kein Beitragssoll vor, ist zu prüfen, ob aufgrund anderer Nachweise eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung zulässig ist.</p> <p>Erläuterung: Das Beitragssoll des Schuldners (§ 26 Abs. 2 SRVwV) ist für sich genommen kein prüfrelevanter Nachweis, aber ihm kommt eine Indizfunktion zu.</p> <p>Wird das Beitragssoll nicht erhoben, ist der Frage nachzugehen, ob andere Nachweise das Bestehen der KVdS plausibel erscheinen lassen.</p>	
Fehlendes Beitragsist	<p>Kommt der Student seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, hat die KK der Hochschule diesen Umstand unverzüglich mitzuteilen. Sofern die KK die Hochschule nicht ordnungsgemäß über die Nichtzahlung der Beiträge informiert, sind die Zeiten nach Ablauf des Semesters, in dem der Zahlungsverzug eingetreten ist, aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Erläuterung: Nur durch die Mitteilung der KK erhält die Hochschule Kenntnis von der Nichterfüllung der Zahlungsverpflichtung. Die Hochschule muss deshalb für das Folgesemester, das auf das Semester folgt, in dem sie die vorgenannte Meldung erhalten hat, den Studenten exmatrikulieren bzw. die Annahme der Rückmeldung verweigern.</p>	§ 4 Abs. 3 SKV-MV, GR vom 21.03.2006, Punkt 7.5.1, § 254 SGB V

5. Wird die KVdS ordnungsgemäß beendet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	<p>Die KVdS ist gemäß § 190 Abs. 9 SGB V zu beenden.</p> <p>Hinweis: Laut dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der KK vom 21.03.2006 Tz. 6.2.1 ist die KVdS zum Ende des Fachsemesters zu beenden. Nach § 190 Abs. 9 SGB V endet die KVdS allerdings erst einen Monat nach Ablauf des Semesters. Für die RSA-Prüfung sind beide Verfahrensweisen in Bezug auf die Beendigung der KVdS vertretbar.</p>	§ 4 SKV-MV

6. Liegt für versicherungspflichtige Praktikanten, für zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte oder Auszubildende des Zweiten Bildungsweges die Meldung der Ausbildungsstätte vor (§§ 6 und 7 SKV-MV)?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch

2.8 Freiwillige Versicherung

2.8.1 Freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V

Im Rahmen der Stichprobe ist die Prüfung der Beitrittsberechtigung ab dem 01.01.2016 vorzunehmen.

Prüfunterlagen:

Mitgliedschaftsbegründende Unterlagen (z. B. Beitrittserklärung)
Mitgliedsbescheinigungen
Schriftverkehr
Satzung
Versichertenkonto/Akte
Beitragskonto/Akte
DEÜV-Meldungen

Hinweise:

§ 9 SGB V

§ 188 Abs. 1 - 3 SGB V

§ 20 und 21 SGB X

Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 17.06.2014 (hinsichtlich Abgrenzung zur freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V)

Stichprobe:

1. Ist die Vorversicherungszeit nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Form des Nachweises	<p>Über die Vorversicherungszeit muss ein schriftlicher Nachweis – bei Fremdkassen generell eine Mitgliedsbescheinigung – vorliegen. Bei Krankenkassenwechsel freiwillig Versicherter ist die Kündigungsbestätigung und ggf. die Mitgliedsbescheinigung (im Rahmen des Sonderkündigungsrechts) der abgebenden KK ausreichend. Vermerke der Krankenkassenmitarbeiterin / des Krankenkassenmitarbeiters sind nicht ausreichend. Liegen diese Nachweise nicht vor, sind die Versicherungszeiten aus der RSA-Datenmeldung zu entfernen.</p> <p>Erläuterung: Vertrauensschutzgründe greifen nicht, da § 1 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 3 RSAV auf den materiell-rechtlichen Versichertenbegriff abstellt und nicht auf die Statusentscheidung der KK. Andernfalls bestünde für die KK kein Anreiz zu fehlerlosem Arbeiten und der RSA würde damit Bearbeitungsfehler finanzieren.</p>	Bundesrats-- drucksache 730/02 v. 25.09.2002, BSG v. 24. Januar 2003 – B 12 KR 19/01 R

2. Bestand Zugehörigkeit zum aufnahmeberechtigten Personenkreis gemäß § 9 SGB V?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
	Bestand keine Zugehörigkeit zum aufnahmeberechtigten Personenkreis, ist die Zeit aus der RSA-Datenmeldung zu entfernen.	
DO-Angestellte	Für DO-Angestellte gelten die allgemeinen Beitrittsvoraussetzungen des § 9 SGB V (VvZ und 3-Monatsbeitrittsfrist). Sind diese erfüllt, ist ein Beitritt möglich. Andernfalls ist eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung nicht zulässig.	

3. Liegt eine (schriftliche) Beitrittserklärung vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Beitrittserklärung ohne Unterschrift	Nach § 188 Abs. 3 SGB V ist der Beitritt schriftlich zu erklären.	
Beitritt per E-Mail	Die E-Mail dient nur der Fristwahrung. Eine reguläre Beitrittserklärung ist unverzüglich nachzureichen. Liegen die geforderten Unterlagen nicht vor, ist die Zeit aus der RSA-Datenmeldung zu entfernen.	

	Anerkennungsfähig sind lediglich De-Mails (§ 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I).	
Online-Aufnahmeanträge (z. B. Internetportal)	Für diesen Personenkreis besteht Schriftformerfordernis. „Einfache“ Online-Aufnahmeanträge genügen diesen Anforderungen nicht und dienen nur der Fristwahrung. Eine reguläre Beitrittserklärung ist unverzüglich nachzureichen. Siehe auch Tz. 1.7.1 Ein Online-Aufnahmeantrag unter Wahrung des Schriftformerfordernisses ist nur bei Vorliegen der Anforderungen des § 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 1 i.V.m. Satz 5 SGB I möglich.	

4. Ist der Beitritt innerhalb von 3 Monaten vom Mitglied der Krankenkasse angezeigt worden?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Rückwirkendes Ende der Familienversicherung	Bei Ende der Familienversicherung beginnt die Frist mit Kenntnisnahme des Wegfalls des Anspruchs. Entsprechende Nachweise darüber müssen vorliegen.	

5. Ist der Zeitraum der Mitgliedschaft nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Fehlendes Beitragssoll	Fälle mit fehlendem Beitragssoll sind grundsätzlich auffällig (Indizwirkung). Liegt kein Beitragssoll vor, ist zu prüfen, ob aufgrund anderer Nachweise eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung zulässig ist. Erläuterung: Das Beitragssoll des Schuldners (§ 26 Abs. 2 SRVwV) ist für sich genommen kein prüfrelevanter Nachweis, aber ihm kommt eine Indizfunktion zu. Wird das Beitragssoll nicht erhoben, ist der Frage nachzugehen, ob andere Nachweise das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft plausibel erscheinen lassen. Hinweis: Im Rahmen des Firmenzahlverfahrens kann der Nachweis über das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft durch die Jahres- bzw. Abmeldung im Rahmen des DEÜV-Verfahrens (Meldung 9XXX) erbracht werden.	

6. Wurde die Mitgliedschaft ordnungsgemäß beendet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
„Unbekannt verzogen“	Ist das Mitglied „unbekannt verzogen“ führt dieser Umstand nicht zu einer Beendigung der Mitgliedschaft. Daher sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Bei Verzug in vertragsloses Ausland oder Abkommensstaat ohne KV-Regelungen	Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	§ 3 SGB IV
Bei Verzug in Abkommensstaat mit KV-Regelungen	Die Mitgliedschaft ist in diesen Fällen weiter fortzuführen und kann nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist gekündigt und beendet werden. Für die Zeit bis dahin sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. Hinweis: Wird mit dem Verzug in einen Staat, für den das deutsch-jugoslawische Abkommen gilt eine ausländische Pflichtkrankenversicherung be-	Art. 13 des deutsch-jugoslawischen

	gründet ist die Mitgliedschaft einen Tag vor Beginn der ausländischen Pflichtkrankenversicherung kraft Gesetzes zu beenden. Das Bestehen einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ist mit entsprechenden Unterlagen/Nachweisen zu belegen. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	SV-Abkommens (gilt für Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro und Serbien)
Bei Verzug in einen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz	Die Mitgliedschaft ist in diesen Fällen weiter fortzuführen und kann nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist gekündigt und beendet werden. Daher sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. Wird mit dem Verzug in einen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz eine ausländische Pflichtkrankenversicherung begründet ist die Mitgliedschaft einen Tag vor Beginn der ausländischen Pflichtkrankenversicherung kraft Gesetzes zu beenden. Das Bestehen einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ist mit entsprechenden Unterlagen/Nachweisen zu belegen. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

2.8.2 Obligatorische Anschlussversicherung (OAV) nach § 188 Abs. 4 SGB V Prüfunterlagen:

Schriftverkehr (u.a. Schreiben mit Hinweis auf die Möglichkeit eines Austritts aus der OAV bzw. Batchläufe zu den Anschreiben)
kasseninterne Vermerke
Versichertenkonto/Akte
Beitragskonto/Akte
DEÜV-Meldungen

Hinweise:

§ 188 Abs. 4 SGB V
§ 20 und 21 SGB X
Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 17.06.2014

Stichprobe:

1. Sind die Voraussetzungen für die OAV nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Ausschlusstatbestände	Die Kasse hat zu prüfen, ob Ausschlusstatbestände für eine OAV vorliegen. Wurde eine OAV trotz Vorliegen von Ausschlusstatbeständen durchgeführt, sind die Zeiten der OAV aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. Die Kasse hat die Durchführung der Prüfung auf das Vorliegen von Ausschlusstatbeständen plausibel nachzuweisen. Dies kann z. B. durch Anschreiben an Ag. / Versicherte, durch entsprechende Batchläufe oder kasseninterne Vermerke geschehen.	III.3.1 bis III.3.5 Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V
Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V	Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V schließt grundsätzlich die OAV aus, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann. Das Vorliegen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V stellt die KK in eigener Zuständigkeit fest. Dabei wird das Vorliegen des Tatbestandes „fehlende Erwerbstätigkeit“ ohne nähere Prüfung unterstellt (Regelfall), es sei denn, der KK sind konkrete Anhaltspunkte für die gegenteilige Annahme (Ausnahmefall) bekannt. In den Ausnahmefällen hat die KK die fehlende Voraussetzung des § 19 Abs. 2 SGB V nachzuweisen. Beispiel für Regelfall: Das Mitglied war bis zum 30.06.2016 und dann erneut ab 20.07.2016 versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Das Mitglied stellt keinen Antrag auf ALG I. In diesem Fall besteht vom 01.07. bis 19.07.2016 ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V	III.3.4 Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V BE Fachkonferenz Beiträge vom 19.04.2016 TOP 1

	V. Führt die Krankenkasse dennoch für diesen Zeitraum eine OAV durch, sind diese VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Durchführung der OAV ohne Hinweis auf Austrittsmöglichkeit	<p>Falls die KK keinen Hinweis auf die Austrittsmöglichkeit gibt, beraubt sie dem Mitglied die Möglichkeit, eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorzunehmen. Die Zeiten der OAV sind dann aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Etwas anderes gilt nur, wenn das Mitglied im Zusammenhang mit dem vorhergehenden Versicherungsende seinen Willen zur weiteren, freiwilligen Versicherung gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich bekundet hat.</p>	

2. Ist der Zeitraum der Mitgliedschaft nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Fehlendes Beitragssoll	<p>Fälle mit fehlendem Beitragssoll sind grundsätzlich auffällig (Indizwirkung). Liegt kein Beitragssoll vor, ist zu prüfen, ob aufgrund anderer Nachweise eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung zulässig ist.</p> <p>Erläuterung: Das Beitragssoll des Schuldners (§ 26 Abs. 2 SRVwV) ist für sich genommen kein prüfrelevanter Nachweis, aber ihm kommt eine Indizfunktion zu.</p> <p>Wird das Beitragssoll nicht erhoben, ist der Frage nachzugehen, ob andere Nachweise das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft plausibel erscheinen lassen.</p> <p>Hinweis: Im Rahmen des Firmenzahlerverfahrens kann der Nachweis über das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft durch die Jahres- bzw. Abmeldung im Rahmen des DEÜV-Verfahrens (Meldung 9XXX) erbracht werden.</p>	

3. Wurde die Mitgliedschaft ordnungsgemäß beendet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
„Unbekannt verzogen“	Ist das Mitglied „unbekannt verzogen“ führt dieser Umstand nicht zu einer Beendigung der Mitgliedschaft. Daher sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Bei Verzug in vertragsloses Ausland oder Abkommensstaat ohne KV-Regelungen	Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	§ 3 SGB IV
Bei Verzug in Abkommensstaat mit KV-Regelungen	<p>Die Mitgliedschaft ist in diesen Fällen weiter fortzuführen und kann nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist gekündigt und beendet werden. Für die Zeit bis dahin sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Hinweis: Wird mit dem Verzug in einen Staat, für den das deutsch-jugoslawische Abkommen gilt eine ausländische Pflichtkrankenversicherung begründet ist die Mitgliedschaft einen Tag vor Beginn der ausländischen Pflichtkrankenversicherung kraft Gesetzes zu beenden. Das Bestehen einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ist mit entsprechenden Unterlagen/Nachweisen zu belegen. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p>	Art. 13 des deutsch-jugoslawischen SV-Abkommens (gilt für Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro und Serbien)
Bei Verzug in einen Staat	Die Mitgliedschaft ist in diesen Fällen weiter fortzuführen und kann nur	

<p>der EU, des EWR oder in die Schweiz</p>	<p>unter Einhaltung der Kündigungsfrist gekündigt und beendet werden. Daher sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p> <p>Wird mit dem Verzug in einen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz eine ausländische Pflichtkrankenversicherung begründet ist die Mitgliedschaft einen Tag vor Beginn der ausländischen Pflichtkrankenversicherung kraft Gesetzes zu beenden. Das Bestehen einer ausländischen Pflichtkrankenversicherung ist mit entsprechenden Nachweisen/Unterlagen zu belegen. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.</p>	
--	---	--

2.9 Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Prüfunterlagen:

Anzeige des Mitgliedes
 Leistungsunterlagen
 Versichertenkonto/Akte
 Meldungen (z. B. Abmeldungen der Arbeitgeber, An-/Abmeldungen des Einwohnermeldeamtes als Indiz für die Versicherungspflicht)
 Bescheinigungen von Dritten
 Beitragskonto/Akte

Hinweise:

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.03.2007 zur Kranken- und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007

Stichprobe:

1. Sind die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht gegeben?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Ausreichende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall	Die Ansprüche müssen annähernd dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Nicht ausreichend sind insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - eine private Krankentagegeldversicherung - Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften ohne faktischen Leistungsanspruch - Auslandskrankenversicherungen ohne Absicherung in Deutschland - Heilbehandlung nach § 82 SVG. Lag eine ausreichende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, ist die Versicherungspflicht zu Unrecht festgestellt worden, und die Versicherungszeiten sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	GKV-SV RS 2009/427
Tatbestandsmerkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“	Hat in der Zeit zwischen der letzten gesetzlichen Versicherung und der Anzeige zur Pflichtversicherung eine anderweitige Absicherung für den Fall der Krankheit mit Ausnahme einer privaten Krankenversicherung vorgelegen (z. B. Heilfürsorge für Soldaten, Polizisten, Inhaftierte), gilt das Tatbestandsmerkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ als erfüllt.	74. Tagung der Aufsichtsbehörden vom 06. bis 07.05.2009 – TOP 19 GKV-SV RS 2009/270
Auslandsrückkehrer	Die Zuordnung zum System der gesetzlichen oder privaten Versicherung erfolgt bei Rückkehrern aus einem EWR-Staat und der Schweiz aufgrund des Versicherungsstatus während des Auslandsaufenthalts. Waren sie bei einem Krankenversicherungsträger versichert, der von der VO (EWG) Nr. 1408/71 erfasst wird, ist die Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung gegeben. Bei Rückkehr aus anderen Ländern ist auf den Versicherungsstatus vor dem Auslandsaufenthalt abzustellen.	RS 35/2007 der DVKA

Nachweis der Versicherungspflicht	<p>Die Mitwirkung der Betroffenen ist Voraussetzung für das Zustandekommen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.</p> <p>Erläuterung: Maßgebend sind die Ausführungen im anliegenden Schreiben des BMG vom 17.07.2008: „Kann die Krankenkasse mangels Mitwirkung des Versicherten den entscheidungserheblichen Sachverhalt nicht klären, gelten die allgemeinen Beweislastregeln. Danach kann die Versicherungspflicht nicht angenommen oder möglicherweise gar unterstellt werden.“</p> <p>Hinweis: Ein unplausibler Sachverhalt nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 liegt vor, wenn die Krankenkasse nicht ordnungsgemäß gearbeitet hat. Hierunter fallen beispielsweise folgende Fallkonstellationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Anzeige des Versicherten und • kein Bescheid über Versicherungs- und Beitragspflicht oder • keine Buchung des Beitragssolls. 	AK 274 vom 20.-21.09.2011, TOP 2, und Schreiben des BMG vom 30.11.2009 AZ 222-44031-3/6,
Konkludentes Handeln - Leistungsanspruchnahme als Nachweis der Mitgliedschaft gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	Die Leistungsanspruchnahme ohne bestehende Mitgliedschaft bzw. ohne Familienversicherung ist als Nachweis einer fehlenden anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall anzusehen. Mit der Inanspruchnahme von Leistungen wird konkludent zum Ausdruck gebracht, Mitglied einer Krankenkasse zu sein. Sofern eine Leistungsanspruchnahme des Mitglieds nach der 1-Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V erfolgte, gilt die Mitgliedschaft als zustande gekommen.	Siehe Schreiben BMG vom 30.11.2009, AZ 222-44031-3/6,

2. Ist der Zeitraum der Mitgliedschaft nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Fehlendes Beitragssoll	<p>Fälle mit fehlenden Beitragssoll sind grundsätzlich auffällig (Indizwirkung). Liegt kein Beitragssoll vor, ist zu prüfen, ob aufgrund anderer Nachweise eine Berücksichtigung in der RSA-Datenmeldung zulässig ist.</p> <p>Erläuterung: Das Beitragssoll des Schuldners (§ 26 Abs. 2 SRVwV) ist für sich genommen kein prüfrelevanter Nachweis, aber ihm kommt eine Indizfunktion zu.</p> <p>Wird das Beitragssoll nicht erhoben, ist der Frage nachzugehen, ob andere Nachweise das Bestehen der Versicherungspflicht plausibel erscheinen lassen.</p>	

3. Wurde die Mitgliedschaft ordnungsgemäß beendet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
„Unbekannt verzogen“	Ist das Mitglied „unbekannt verzogen“ führt dieser Umstand nicht zu einer Beendigung der Mitgliedschaft. Daher sind keine VT aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Bei Verzug in vertragsloses Ausland oder Abkommensstaat ohne KV-Regelungen	Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	§ 3 SGB IV
Bei Verzug in Abkommensstaat mit KV-Regelungen	Die Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus gemeldete VT sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen. <u>Ausnahme:</u> Bei einem Wohnsitzwechsel in die Türkei ist die Mitgliedschaft bei Beziehern allein einer deutschen Rente fortzuführen, es sei denn es liegt eine Kündigung der Mitgliedschaft unter Einhaltung der Kündigungsfrist vor. Bei einem Wohnsitzwechsel in die Türkei, endet die Mitgliedschaft bei Beziehern einer deutschen <u>und</u> einer türkischen Rente mit dem Ende des Monats der Wohnsitzverlegung.	
Bei Verzug in einen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz	Bei Verzug in einen Staat der EU, des EWR oder in die Schweiz endet die Mitgliedschaft zum Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels, wenn das Mitglied einen Beleg darüber erbringt, dass die Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften ausgeschlossen ist.	
Anderweitiger Krankenversicherungsschutz	Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des Vortages, ab dem ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz beginnt oder an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.	

2.10 Sonstige Versicherte (die nicht unter den Ziffern 2.2 bis 2.9 aufgeführt sind)

Prüfunterlagen:

Meldungen (z. B. DEÜV, DÜBAK, nach dem KSVG)
 Mitteilungen der Leistungsträger nach dem SGB II bzw. SGB III
 Monatlicher Beitragsnachweis Künstlersozialkasse
 Beitragsnachweis RV-Träger für Rehabilitanden
 Beitragsabrechnung gegenüber Reha-Träger
 Erklärungen zur Zuständigkeit der GKV
 Schriftverkehr

Hinweise:

§ 5, 6, 186 ff SGB V

§ 203 a SGB V

§ 206 SGB V

§ 40 SGB II

§ 147 SGB III

§ 335 SGB III

DÜBAK-Meldeverfahren

Gemeinsame Grundsätze für die Erstattung der Meldungen der Künstlersozialkasse an die Krankenkassen nach § 28a Absatz 13 SGB IV (KSKMeldErstGs) in der Fassung vom 01.01.2015

Gemeinsames Rundschreiben vom 14.12.2004 zum Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt,

Gemeinsames Rundschreiben vom 08.10.2004 zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt; Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Fassung vom 08.11.2006,

Gemeinsames Rundschreiben vom 30.06.2011 zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Stichprobe:

1. Sind die Versicherungszeiten als Alg.-Leistungsempfänger nachgewiesen?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Nachweis	<p>Als Nachweise gelten An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 1 – Beendete ALG-Zeit: Für die Zeit vom 01.03.2016 bis 30.11.2016 liegt eine ALG-Zeit vor. Als Nachweise gelten die Datensätze der An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 2 – Beendete ALG-Zeit: Für die Zeit vom 01.03.2014 bis 30.11.2017 liegt eine ALG-Zeit vor. Als Nachweise gelten die Datensätze der An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 3 – Laufende ALG-Zeit: Für die Zeit seit dem 01.03.2015 liegt durchgängig eine ALG-Zeit vor. Eine Abmeldung ist nicht ergangen. Als Nachweis gilt die Anmeldung.</p>	

2. Wird die Höchstbezugsdauer von Arbeitslosengeld beachtet?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Dauer des Bezuges von Alg.	Die Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld richtet sich nach den §§ 147 ff SGB III. Zum Zeitpunkt der Prüfung noch offene Meldungen über den Bezug von Alg., die vor dem oder im Ausgleichsjahr 2016 begannen, sind zu plausibilisieren. Die Plausibilisierung ist bis zum Abschluss der Prüfung nachzuweisen.	

3. Sind die Versicherungszeiten als Alg.-II-Leistungsempfänger nachgewiesen?

Sachverhalt/Problem	Hinweis/Anforderung/Konsequenz	Siehe auch
Nachweis	<p>Als Nachweise gelten An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 1 – Beendete ALG II-Zeit: Für die Zeit vom 01.03.2016 bis 30.11.2016 liegt eine ALG II-Zeit vor. Als Nachweise gelten die Datensätze der An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 2 – Beendete ALG II-Zeit: Für die Zeit vom 01.03.2014 bis 30.11.2017 liegt eine ALG II-Zeit vor. Als Nachweise gelten die Datensätze der An- und Abmeldungen des Leistungsträgers.</p> <p>Beispiel 3 – Laufende ALG II-Zeit: Für die Zeit seit dem 01.03.2015 liegt durchgängig eine ALG II-Zeit vor. Eine Abmeldung ist nicht ergangen. Als Nachweis gilt der Datensatz für die Anmeldung.</p>	

4. Liegt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Künstler und Publizist) versicherten Personen eine Meldung der Künstlersozialkasse vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Form der Meldung	Der Nachweis der Mitgliedschaft als Künstler oder Publizist ist über die monatliche Meldung der Künstlersozialkasse nach § 28a Abs. 13 SGB IV zu führen. Ersatzweise kann auch durch eine Jahresmeldung/Abmeldung für den zu prüfenden Zeitraum (zu prüfendes Kalenderjahr) der Nachweis der Mitgliedschaft erbracht werden. Können die Nachweise nicht erbracht werden, ist der Fall als nicht nachgewiesen zu beurteilen.	

5. Liegt für die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V (berufl. Reha) eine Meldung des Reha-Trägers vor?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Berufsfördernde Maßnahmen	Als Nachweis für die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ist die Anmeldung des Reha-Trägers bzw. der die Maßnahme durchführenden Stelle (§ 6 Abs. 1 SGB IX) vorzulegen (z. B. Anmeldung nach DEÜV, Einzelauftrag des UVT, Leistungsbescheid des Reha-Trägers, Meldung des Berufsbildungswerks usw.). Sollte dies nicht möglich sein, sind andere Unterlagen vorzulegen, die die Versicherungspflicht belegen. Z. B. mtl. Beitragsnachweis des Reha-Trägers, ob KV-Beiträge für den Prüfzeitraum abgeführt wurden. Werden keine Beiträge abgeführt, ist zu unterstellen, dass die Maßnahme entweder bereits beendet oder nicht zustande gekommen ist. In diesem Fall sind die entsprechenden Zeiten zu streichen.	

3. Versichertentage mit Krankengeldanspruch (gilt für alle Personenkreise) - Datenfeld 16

Prüfunterlagen:

Schriftverkehr
Bescheide
Rentenbescheide
Wahlrechtserklärung
Versichertenkonto/Akte
Meldungen

Hinweise:

§ 44 SGB V
BE/GKV-Fachkonferenz Beiträge vom 26.08.2009, TOP 1 Ergebnis Nr. 3
Gemeinsames Rundschreiben vom 25.08.2009 zu § 44 Abs. 2 SGB V
Rundschreiben des GKV-SV vom 25.06.2009 RS 2009/280

Stichprobe:

1. Handelt es sich um eine Person mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Personen mit einem ausschließlichen Krankengeldanspruch aufgrund eines Wahltarifes (§ 53 Abs. 6 SGB V)	Versichertentage mit Krankengeldanspruch, die aufgrund eines Wahltarifes nach § 53 Abs. 6 SGB V gemeldet wurden, sind aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Meldungen mit der Beitragsgruppe 2XXX	Für Meldezeiträume ab 01.01.2009 sind Meldungen mit der Beitragsgruppe 2XXX unzulässig. Bei diesen Meldungen dürfen daher <u>keine</u> KG-Tage in die RSA-Datenmeldung einfließen und sind daher zu streichen.	DEÜV, Anlage 1 DEÜVGs, § 3 Abs. 1 Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr.1 und 2 SGB V
hauptberuflich selbständig Erwerbstätige	Es ist die Wahlerklärung des Mitglieds nach § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V vorzulegen. Kann die Wahlerklärung nicht vorgelegt werden, sind die KG-Tage aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	
Elterngeldbezug während eines Versicherungstatbestandes ohne Krankengeldanspruch nach § 44 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V	Während eines Versicherungstatbestandes ohne Anspruch auf Krankengeld (z. B. als Studentin oder ALG II-Empfängerin) wird Elterngeld bezogen. Der Bezug des Elterngeldes führt lediglich zum Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Werden in dieser Zeit KG-Tage an die RSA-Datenstelle gemeldet, sind diese aus der RSA-Datenmeldung zu streichen.	

2. Sind die gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Rückwirkende Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung während des Bezuges von Krankengeld	KG-Tage können bis zum Tag des Eingangs des (auch rückwirkenden) Rentenbescheides (EMR) gemeldet werden.	

4. Prüfung der EMR-Tage im Zusammenhang mit den Krankengeldgruppen (gilt für alle Personenkreise) - Datenfeld 9

Hinweis: Die Prüfung der EMR-Tage wird sowohl im Rahmen der Morbi-RSA-Prüfung als auch im Rahmen der RSA-Versichertenzeitenprüfung durchgeführt.
Eine Prüfung hat nur zu erfolgen, wenn EMR-Tage vom BVA mitgeteilt wurden.

Prüfunterlagen:

Schriftverkehr
Rentenbescheide
Versichertenkonto/Akte
Meldungen

Hinweise:

Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der für das zu prüfende AJ geltenden Fassung

Stichprobe:

1. Sind die gemeldeten EMR-Tage belegt?

Sachverhalt / Problem	Hinweis / Anforderung / Konsequenz	Siehe auch
Nachweis der EMR-Tage	<p>Der Bezug der Erwerbsminderungsrente ist durch die Krankenkasse anhand des Rentenbescheides bzw. der diesbezüglichen Meldung des RV-Trägers nachzuweisen.</p> <p>Hinweis: Die speziellen Regelungen des § 3 Abs. 3 S. 5 RSAV (Zeitrenten) sind zu beachten. Eine Meldung dieses Personenkreises erfolgt grds. mit dem Meldegrund 49.</p> <p>Arbeitshilfe zur Feststellung der EMR: Schlüsselverzeichnis der Rentenarten (entsprechend der BE vom 15.05.2013 Niederschrift der Vorbesprechung Arbeitsgruppe Datensätze KV-RV - Anlage: Aufbau der Datensätze zur Durchführung des maschinellen KVdR-Meldeverfahrens):</p> <p>(Erwerbsminderungsrenten sind im Kursiv- und Fettdruck dargestellt)</p> <p>10 = Knappschaftsausgleichsleistung (§ 239 SGB VI)</p> <p>11 = Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau (§ 45 Abs. 1 SGB VI i.d.F. bis 31.12.2000)</p> <p>12 = Rente für Bergleute wegen langjähriger Untertagebeschäftigung & Vollendung des 50. Lj. (§ 45 Abs.3 SGB VI i.d.F. bis 31.12.2000)</p> <p>13 = Rente wegen Berufsunfähigkeit bei knappschaftlich versicherter Beschäftigung (§ 302b SGB VI i.V.m. § 82 Nr. 2 a SGB VI i.d.F. bis 31.12.2000)</p> <p>14 = Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 43 SGB VI), Rente wegen Berufsunfähigkeit nach Aufgabe der knappschaftlich versicherten Beschäftigung (§ 302b SGB VI i.V.m. § 82 Nr. 2 b SGB VI i.d.F. bis 31.12.2000)</p>	

<p>15 = Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 302b Abs. 1 SGB VI)</p> <p>16 = Regelaltersrente (§ 35 SGB VI)</p> <p>17 = Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit (§ 237 SGB VI)</p> <p>18 = Altersrente für Frauen (§ 237a SGB VI)</p> <p>19 = Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB VI)</p> <p>20 = Kleine Witwen-/Witwerrente (§ 46 Abs. 1 SGB VI, § 242a Abs. 1 SGB VI, § 243 Abs. 1 und 4 SGB VI)</p> <p>21 = Große Witwen-/Witwerrente (§ 46 Abs. 2 SGB VI, § 242a Abs. 2 SGB VI, § 243 Abs. 2 bis 4 SGB VI)</p> <p>25 = Halbwaisenrente (§ 48 Abs. 1 SGB VI)</p> <p>26 = Vollwaisenrente (§ 48 Abs. 2 SGB VI)</p> <p>29 = Knappschaftsruhegeld (§ 48 Abs. 1 Nr. 2 RKG) mit Anteilen der AR/AV wegen Berufsunfähigkeit - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>31 = Altersrente (Art. 2 § 4 RÜG)</p> <p>32 = Invalidenrente (Art. 2 § 7 RÜG)</p> <p>33 = Invalidenrente für Behinderte (Art. 2 § 10 RÜG)</p> <p>35 = Witwen-/Witwerrente (Art. 2 § 11 RÜG)</p> <p>36 = Übergangshinterbliebenenrente (Art. 2 § 13 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>37 = Unterhaltsrente (Art. 2 § 14 RÜG)</p> <p>38 = Halbwaisenrente nach Art. 2 RÜG</p> <p>39 = Vollwaisenrente nach Art. 2 RÜG - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>39 = Knappschaftsruhegeld (§ 48 Abs. 1 Nr. 2 RKG) mit Anteilen der AR/AV wegen Erwerbsunfähigkeit (nur bei Meldungen unter der Bereichsnummer 80 (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung) möglich) -> Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>43 = Erweiterte Erwerbsunfähigkeitsrente (§ 302b Abs. 3 SGB VI)</p> <p>45 = Erziehungsrente (§ 47 SGB VI, § 243a SGB VI)</p> <p>51 = Höherversicherungsrente für Versicherte (wie LEAT 15 aber ausschließlich aus Höherversicherung)</p> <p>52 = Höherversicherungsrente für Witwen/Witwer (wie LEAT 21 - nur bei Bestandsfällen möglich)</p> <p>53 = Höherversicherungsrente für Waisen (wie LEAT 25 aber ausschließlich aus Höherversicherung)</p> <p>62 = Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige oder</p>	
---	--

	<p>Erwerbsunfähige (§ 37 SGB VI, §236a SGB VI)</p> <p>63 = Altersrente für langjährig Versicherte (§ 36 SGB VI, §236a SGB VI)</p> <p>65 = Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2012) Bei früherem Rentenbeginn = Rente wegen Erwerbsunfähigkeit als Umstellungsrente nach § 308 SGB VI</p> <p>71 = Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 1 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2001)</p> <p>72 = Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 3 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2001)</p> <p>73 = Rente wegen teilw. Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 i.V.m. § 82 Nr. 2 a SGB VI, § 240 SGB VI)</p> <p>74 = Rente wegen teilw. Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 i.V.m. § 82 Nr. 2 b SGB VI, § 240 SGB VI)</p> <p>75 = Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 SGB VI)</p> <p>76 = Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 6 SGB VI)</p> <p>91 = Bergmannsaltersrente (Art. 2 § 5 RÜG)</p> <p>92 = Bergmannsinvalidenrente (Art. 2 § 8 RÜG)</p> <p>93 = Bergmannsvollrente (Art. 2 § 6 RÜG)</p> <p>94 = Bergmannsrente (Art. 2 § 9 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>95 = Bergmannswitwen-/witwerrente (Art. 2 § 12 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>98 = Bergmannshalbwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 1 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p> <p>99 = Bergmannsvollwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 2 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet</p>	
--	--	--

5. Hinweise für die Prüfdienste

5.1 Musterschreiben

5.1.1 Prüfankündigung Prüfdienste (außer BVA)

Briefkopf Prüfdienst

Anschrift der Krankenkasse

RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab 2020 in der (Ort der Prüfung) die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2016)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2016)

durchzuführen.

Mit der Prüfung sind beauftragt

-
-
-

Der Verfahrensablauf und die Prüfkriterien sind dem Ihnen vorliegenden „RSA-Prüfhandbuch und Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder - Versicherungszeiten-, RSA-Prüfungen für das Ausgleichsjahr 2016“ und dem „RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder, Ausgleichsjahr 2016“ zu entnehmen. Zu den Anforderungen an die Unterlagen wird auf die Prüfhandbücher verwiesen.

Die Auswahl und der Umfang der zu prüfenden Stichproben ergeben sich aus dem Stichproben- und Hochrechnungsmodell des Bundesversicherungsamtes.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Berichtsjahres 2016 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesversicherungsamt (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte

per Zufall ausgewählt und als Datei (Satzart 110SV) dem Prüfdienst übermittelt.

Sie erhalten nunmehr vom (zuständiger Prüfdienst) die Daten der Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung.

Wir bitten Sie, die Datensätze der Satzart 110LV entsprechend der Datenbestimmung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV (Satzart 110PV) zu ergänzen.

Wir bitten Sie ebenfalls, die Nachweise der ausgewählten Stichprobenfälle laut den beiliegenden Anforderungslisten versichertenbezogen spätestens acht Wochen nach Erhalt dieses Schreibens für die Prüfung bereit zu halten.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.7.1.

Wir regen an, dass die in den betroffenen DMP-Datenstellen vorliegenden Nachweise (Dokumentationen etc.) **direkt** an den Prüfdienst, (Adresse Prüfdienst), gesendet werden. Zur Erleichterung erhalten Sie ein Musterschreiben zur einheitlichen Anforderung der Unterlagen bei einer Datenstelle sowie ein Musterschreiben zur Bestätigung der Datenintegrität. Nach Eingang der Unterlagen der Datenstelle erhalten Sie von uns eine Eingangsbestätigung.

Im Interesse einer zügigen und gezielten Informationsbeschaffung sind wir bestrebt, die Möglichkeiten auszuschöpfen, gespeicherte Daten im Dialogverfahren abzurufen. Bei örtlichen Erhebungen bitten wir daher, Datensichtgeräte zur Verfügung zu stellen und einschlägige Leseberechtigungen einzurichten. Ferner bitten wir, einen geeigneten Raum mit einem Telefonanschluss zur Verfügung zu stellen und unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen.

Bitte bestätigen Sie uns den Empfang der Stichprobendateien mit einer kurzen e-Mail an folgendes e-Mail-Postfach:

e-Mail-Adresse

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

(Unterschriftsberechtigte/r)

Anlagen

Stichprobe (Datenträger)
Anforderungsliste Versicherungszeiten
Anforderungsliste DMP
Musterschreiben Datenstelle
Bestätigung der Datenintegrität

5.1.2 Prüfankündigung Prüfdienste (BVA)

Briefkopf Bundesversicherungsamt

Anschrift der Krankenkasse

RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab 2020 in der (Ort der Prüfung) die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2016)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2016)

durchzuführen.

Da jedoch nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zeitgleich geprüft werden können, wird sich die für Sie zuständige Außenstelle des Bundesversicherungsamtes zeitnah vor Prüfbeginn mit Ihnen in Verbindung setzen, um Ihnen den genauen Prüfzeitpunkt und die vor Ort prüfenden Mitarbeiter zu benennen.

Der Verfahrensablauf und die Prüfkriterien sind dem Ihnen vorliegenden „RSA-Prüfhandbuch und Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder - Versicherungszeiten-, RSA-Prüfungen für das Ausgleichsjahr 2016“ und dem „RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder, Ausgleichsjahr 2016“ zu entnehmen. Zu den Anforderungen an die Unterlagen wird auf die Prüfhandbücher verwiesen.

Die Auswahl und der Umfang der zu prüfenden Stichproben ergeben sich aus dem Stichproben- und Hochrechnungsmodell des Bundesversicherungsamtes.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Berichtsjahres 2016 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesversicherungsamt (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte

per Zufall ausgewählt und als Datei (Satzart 110SV) dem Prüfdienst übermittelt.

Wir haben aus dieser Datei die Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung erstellt und Ihnen diese auf dem FTP-Server des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt.

Dabei haben wir die Satzart 110LV einmal als Textdatei mit fester Satzlänge und einmal als csv-Datei mit Spaltenüberschriften zur besseren Lesbarkeit erstellt. Bitte beachten Sie, dass in der bereitgestellten csv-Datei vor dem Pseudonym ein Hochkomma eingefügt wurde, damit das Pseudonym in einem Tabellenkalkulationsprogramm automatisch als Textfeld erkannt und somit korrekt angezeigt wird.

Wir bitten Sie, ausgehend von den in der Satzart 110LV übersandten Pseudonymen die Satzart 110PV zu erstellen und uns diese bis (im Ordner „RSA“) über den FTP-Server des Prüfdienstes (<https://pdk.bva.de>) zur Verfügung zu stellen.

Den technischen Aufbau der Satzart 110PV entnehmen Sie bitte der Datensatzbeschreibung, die wir Ihnen ebenfalls auf dem FTP-Server zur Verfügung gestellt haben.

Wir bitten Sie darüber hinaus, die Nachweise der ausgewählten Stichprobenfälle versichertenbezogen spätestens zu Beginn der Prüfung bereitzuhalten.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.7.1.

Mit den betroffenen DMP-Datenstellen haben wir im Vorfeld dieser Prüfung auch ein sicheres elektronisches Datenaustauschverfahren vereinbart und eingerichtet. Wir bitten Sie daher die bei den DMP-Datenstellen vorliegenden Nachweise (Dokumentationen etc.) dem BVA über den FTP-Server (<https://pdk.bva.de>) zur Verfügung stellen zu lassen.

Im Interesse einer zügigen und gezielten Informationsbeschaffung sind wir bestrebt, die Möglichkeiten auszuschöpfen, gespeicherte Daten im Dialogverfahren abzurufen. Bei örtlichen Erhebungen bitten wir daher, Datensichtgeräte zur Verfügung zu stellen und einschlägige Leseberechtigungen einzurichten. Ferner bitten wir, einen geeigneten Raum mit einem

Telefonanschluss zur Verfügung zu stellen und unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen.

Folgende Dateien wurden auf dem FTP-Server bereitgestellt:

- Satzart 110LV (Pseudonyme der Stichprobenversicherten)
- Datensatzbeschreibung Satzart 110PV
- eine Kopie dieses Anschreibens

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

(Unterschriftsberechtigte/r)

5.2 Anforderungsliste Prüfung Versicherungszeiten

Hinweis: Die Anforderungsliste dient den Prüfdiensten zur Übersicht, welche **möglichen** Unterlagen zur Prüfung im Hinblick auf einen Nachweis der gemeldeten Versicherungszeiten in den jeweiligen konkreten / individuellen Fallkonstellationen der Stichprobenfälle herangezogen werden **können**. Diese sind weder abschließend noch vollständig.

Den Prüfdiensten ist es unbenommen, (auch) andere Unterlagen anzufordern, die zur Feststellung der Zeiten dienen.

Anforderungsliste Versicherungszeiten - Stichprobenprüfung		
Gliederungspunkt lt. PHB	Titel	Unterlagen zur Stichprobenprüfung
Gilt für alle Gliederungspunkte		Online-Zugriff auf Melde- und Versicherungsdaten oder EDV-Ausdrucke der Melde-/Versicherungsdaten
2.0	Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedsbescheinigungen, • Erklärungen bzw. Anzeigen des Mitglieds, • Kündigungsunterlagen/-bestätigungen, • Interims- bzw. Vorabmeldungen, • Überwachungslisten, • Meldungen – Eingabebelege, • Schriftverkehr, • EDV-Schlüsselverzeichnis • Unterlagen zum RSA-Clearingverfahren zu Versicherungszeiten, • Mitgliedsbescheinigungen über Vorversicherungszeiten bei Versicherten, die nach Vollendung des 55. Lj. neu aufgenommen wurden.
2.1	Krankenkassenwahlrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Satzung, • Meldungen, • Mitgliedsbescheinigungen, • Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 S. 3 SGB V, • Nachweise, • Schriftverkehr.
2.2	Pflichtversicherte Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen • Mitgliedsbescheinigung, • Fragebögen zur Versicherungspflicht/-freiheit der Gesellschafter-Geschäftsführer, • Fragebögen zur Versicherungspflicht/-freiheit der mitarbeitenden Familienangehörigen, • Mitteilungen der Clearingstelle, • Schriftverkehr.
2.3	Familienversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen/bögen über die Feststellung/Bestandspflege der Familienversicherung, • <u>Anspruchsbegründende</u> Unterlagen/Nachweise (z. B. Urkunden, Einkommensteuerbescheide), • <u>Anspruchsbeendende</u> Nachweise (z.B. Kopie

		<p>Scheidungsurteil, Meldung einer Fremdkasse nach dem Fami-Meldeverfahren/Fami-Meldegrundsätze),</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Anspruchsverlängernde</u> Nachweise (z.B. Wehrdienstzeitbescheinigung), • Nachweise zum Ruhen des Anspruchs (z. B. Wehr-, Zivildienstmeldungen, Haftzeiten), • Unterlagen/Meldungen zur Mitgliedschaft des Stammversicherten, • Schriftverkehr.
2.4	Wehrdienst/Zivildienst/Haftzeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wehr- /Zivildienstmeldungen • Nachweise über Haftzeiten
2.5	Rentenantragsteller, pflichtversicherter Rentner	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen nach § 201 SGB V, • Rentenbescheide, • Mitteilungen der RV-Träger - Meldeverfahren, • Meldungen anderer Krankenkassen, • Mitgliedsbescheinigungen, • Kündigungsbestätigungen, • Schriftverkehr.
2.6.1	Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen, • Leistungsunterlagen (z. B. EDV-Ausdruck über Leistungszeitraum), • Mitteilungen des Reha-Trägers.
2.6.2	Mutterschaftsgeld, Elternzeiten, Erziehungsgeld	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsunterlagen (z. B. EDV-Ausdruck über Leistungszeitraum) • Elternzeitnachweise (z. B. Mitteilung des Ag., Meldungen) • Mitteilung über Beginn und das Ende des Erziehungsgeldes, des Elterngeldes bzw. der Elternzeit
2.6.3	Zeiten nach § 192 Abs. 2 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis über zulässige Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses.
2.7	Studenten / Praktikanten / Berufsausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen der Hochschulen, • Meldungen an die Hochschulen, • Immatrikulationsbescheinigung bzw. Rückmeldung, wenn maschinelle Meldung nicht mittels SKV-MV erfolgt (ggf. Studienbescheinigung), • Fragebogen KVdS, • Unterlagen, die eine Verlängerung der KVdS begründen (z.B. Atteste, Grundwehrdienst- / Zivildienstbescheinigungen u. ä.), • Meldungen/sonstige Bescheinigungen der Ausbildungsstätte, • Beitragskonto/-buch
2.8.1	Freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedschaftsbegründende Unterlagen (z. B. Beitritts-erklärung), • Mitgliedsbescheinigungen, • Schriftverkehr, • Satzung, • Versichertenkonto/Akte,

		<ul style="list-style-type: none"> • Beitragskonto/Akte, • DEÜV-Meldungen.
2.8.2	Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftverkehr (u.a. Schreiben mit Hinweis auf die Möglichkeit eines Austritts aus der OAV bzw. Batchläufe zu den Anschreiben), • kasseninterne Vermerke, • Versichertenkonto/Akte • Beitragskonto/Akte • DEÜV-Meldungen.
2.9	Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeige des Mitgliedes, • Leistungsunterlagen, • Versichertenkonto/Akte, • Meldungen, • Bescheinigungen von Dritten, • Beitragskonto/Akte.
2.10	Sonstige Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen (z. B. DEÜV, DÜBAK, nach dem KSVG), • Mitteilungen der Leistungsträger nach dem SGB II bzw. SGB III, • Monatlicher Beitragsnachweis Künstlersozialkasse, • Beitragsnachweis RV-Träger für Rehabilitanden, • Beitragsabrechnung gegenüber Reha-Träger, • Erklärungen zur Zuständigkeit der GKV, • Schriftverkehr.
3	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftverkehr, • Bescheide, • Rentenbescheide • Wahlrechtserklärung, • Versichertenkonto/Akte, • Meldungen.
4	Prüfung der EMR-Tage im Zusammenhang mit den Krankengeldgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftverkehr, • Rentenbescheide, • Versichertenkonto/Akte, • Meldungen.

5.3 Anlagen

5.3.1 zu 2.1 Krankenkassenwahlrecht

Nachweisführung bei erneuter Mitgliedschaft nach einer Unterbrechung

Die nachfolgende Tabelle gibt für die darin enthaltenen Fallkonstellationen einen Überblick über die Nachweisführung bzw. die Anerkennung von Meldungen etc., die von den Prüfdiensten im Rahmen der Prüfungen im RSA grundsätzlich anerkannt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass im konkreten Fall keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine weitergehende Prüfung durch die Krankenkasse erforderlich gewesen wäre.

Laufende Mitgliedschaft mit einer Unterbrechung:

Sachverhalt	Nachweis	Anerkennung RSA	Begründung
Versicherungslücke bei Arbeitslosen wegen Sperrzeit	Nachweis über die entsprechenden Meldeschlüssel aus dem DÜBAK-Verfahren	Die entsprechenden Meldeschlüssel reichen als Nachweise aus.	Aus den Meldegründen ist erkennbar, dass die Mitgliedschaft nur wegen der Sperrzeit nicht durchgeführt wurde.
Es besteht eine Lücke zwischen zwei Mitgliedschaften (AN/Arbeitslose). Diese entspricht der Wehrdienstzeit bzw. Zivildienstzeit	Abmeldungen erfolgten unter Verwendung der entsprechenden Abmeldegründe.	Sofern es entsprechende Meldeschlüssel gibt, sind diese im Ausnahmefall ausreichend. Es <u>muss</u> allerdings ein Nachweis über die Anforderung der Dienstzeiten bei der / beim AG bzw. beim Arbeitsamt vorliegen.	Durch die Anforderung des Nachweises und die entsprechenden Abmeldegründe ist die Lücke plausibel.
In der Lücke bestand eine Betreuungszeit nach den Sonderentschädigungsgesetzen, Abkommen des zwischen- und überstaatlichen Krankenversicherungsrechtes oder im Auftrag eines Sozialhilfeträgers nach § 264 SGB V.	Meldungen bzw. schriftliche Bestätigungen der zuständigen Stellen (Sozialämter, Versorgungsämter usw.)	Durch den Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes ist die Lücke nicht weitergehend zu belegen.	Es liegt ein Nachweis von Dritten vor.

Es besteht eine Versicherungsücke unmittelbar vor einer neuen KVdR-Mitgliedschaft.	Die Rentenversicherungsträger melden den Krankenkassen auf maschinell-lem Wege die vom Mitglied angegebenen Versicherungszeiten, oder der Antrag wird in Papierform übermittelt. Für diese Angaben sind nach dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände „Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 01.01.2009 vom 30.12.2008, Punkt A,1,3.3(Seite 17), keine besonderen Nachweise erforderlich	Die Angaben des Versicherten sind ausreichend.	Es liegt ein Nachweis von Dritten vor.
Versicherungsücke besteht für Zeiten der Haftunterbringung	Haftbescheinigungen	Die Nachweise sind ausreichend.	Meldungen von Dritten

Beendete Mitgliedschaft mit einer Unterbrechung:

Sachverhalt	Nachweis	Anerkennung RSA	Begründung
Mitglied ist unbekannt verzogen	Nachweis des Einwohnermeldeamtes. Hinweis: Die Krankenkasse muss unmittelbar nach Eingang der Meldung mit der Sachverhaltsklärung begonnen haben.	Da die Krankenkasse das Mitglied nicht mehr ermitteln kann, gilt die Zeit als belegt. Ein Nachweis kann von der KK nicht mehr erbracht werden. Hier wäre die einzige Alternative die Stornierung der Mitgliedschaft, ohne eine Rechtssicherheit zu haben, ob die Mitgliedschaft zu Unrecht durchgeführt wurde.	Weder der Krankenkasse noch der zu meldenden Stelle ist es aktuell möglich den Sachverhalt aufzuklären.
Auslandsverzug bzw. Auslandsverzug von Saisonkräften	Nachweis des Einwohnermeldeamtes bzw. dokumentierte Aussage des AG`s Hinweis: Die Krankenkasse muss unmittelbar nach Eingang der Meldung mit der Sachverhaltsklärung begonnen haben.	Da die Krankenkasse das Mitglied nicht mehr ermitteln kann, gilt die Zeit als belegt. Ein Nachweis kann von der KK nicht mehr erbracht werden. Hier wäre die einzige Alternative die Stornierung der Mitgliedschaft, ohne eine Rechtssicherheit zu haben, ob die Mitgliedschaft zu Unrecht durchgeführt wurde.	Weder der Krankenkasse noch der zu meldenden Stelle ist es aktuell möglich den Sachverhalt aufzuklären. Ausnahme: Der Sachverhalt wurde durch den AG geklärt und es liegt dessen Aussage (Nachweis) vor.

5.3.2 zu 2.1 Krankenkassenwahlrecht

Hotline-Entscheidung Bezugsnummer 20150331-0002 Wissensdatenbank/20150401-0001
Pinnwand

„Aus dem Prüfhandbuch „Versicherungszeiten“ ergibt sich, dass den Krankenkassen bei der Frage, in welchem Umfang die Sachverhaltsaufklärung beim Vorhandensein einer Lücke vorzunehmen ist, ein Ermessen zusteht. Daraus folgt zwangsläufig, dass die Prüfdienste prüfen, ob die Krankenkassen im konkreten Einzelfall diesen Ermessensspielraum überschritten haben. Ob dies der Fall ist, ist abhängig von den Umständen des konkreten Einzelfalls. Eine generelle Festlegung von Sachverhalten bei denen man zweifelsfrei feststellen kann, dass es zu einer Ermessensüberschreitung gekommen ist, ist nur ausnahmsweise möglich. Der Prüfdienst muss vielmehr in jedem Einzelfall entscheiden, ob die Krankenkasse ihr Ermessen fehlerfrei ausgeübt hat.“

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
Ag.	Arbeitgeberin / Arbeitgeber
An.	Arbeitnehmerin / Arbeitnehmer
Alg.	Arbeitslosengeld
Alhi.	Arbeitslosenhilfe
AT	Aufsichtsbehördentagung
Au.	Arbeitsunfähigkeit
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BE	Besprechungsergebnis des GKV-SV bzw. Ergebnisniederschrift
BPE	Beitragspflichtige Einnahmen
Bu.	Berufsunfähigkeit
BVA	Bundesversicherungsamt
DA	Dienstanweisung
DEÜV	Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
Dfhw.	Durchführungshinweis(e)
DO-Angestellte	Dienstordnungs-Angestellte
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EMR	Erwerbsminderungsrente
Eu.	Erwerbsunfähigkeit
Frw.	Freiwillig(e) (auch Plural)
GKV-SV	GKV-Spitzenverband Bund
Kg.	Krankengeld
KK	Krankenkasse
KV	Krankenversicherung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVdS	Krankenversicherung der Studenten
KVNR	Krankenversicherungsnummer
Lj.	Lebensjahr(es)
OAV	Obligatorische Anschlussversicherung
PHB	Prüfhandbuch
Reha	Rehabilitation
RSA-PHB	RSA-Prüfhandbuch
RVT	Rentenversicherungsträger
S.	Satz
SA	Satzart
Schl.	Schlüssel
SpiK	Spitzenverbände der Krankenkassen
Tz.	Textziffer (z. B. des PHB)
Üg.	Übergangsgeld
UV	Unfallversicherung
Vg.	Verletztengeld
VG	Versichertengruppe
VT	Versichertentage
VvZ	Vorversicherungszeit
VZ	Versicherungszeit