



Spitzenverband

Einheitliche Grundsätze zum
Meldeverfahren bei Durchführung
der Familienversicherung
(Fami-Meldegrundsätze)

vom 28. Juni 2011

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V regelt der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen* sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen:

§ 1

Allgemeines

(1) Diese Grundsätze regeln das Nähere zum Inhalt und zur Gestaltung des Meldeverfahrens zwecks Durchführung der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) in der Rechtsbeziehung zwischen dem Mitglied und der zuständigen Krankenkasse sowie in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander. Sie gelten für die Durchführung der Familienversicherung in der Pflegeversicherung (§ 25 SGB XI) gleichermaßen; dabei tritt an die Stelle der Krankenkasse die bei der Krankenkasse errichtete Pflegekasse.

(2) Das Meldeverfahren baut auf den Melde- und Nachweispflichten des Mitglieds gegenüber der zuständigen Krankenkasse auf und legt das Verfahren zur Feststellung und zur Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für Familienangehörige sowie die dabei zu verwendenden einheitlichen Meldevordrucke fest. Familienangehörige sind der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem LPartG, die Kinder des Mitglieds und die Kinder von familienversicherten Kindern sowie die aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts anspruchsberechtigten Personen.

(3) Diese Grundsätze regeln darüber hinaus die einheitlichen und verbindlichen Kriterien zur Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen (§ 10 Abs. 5 SGB V).

(4) Die Anlagen 1 bis 6 sind Bestandteil dieser Grundsätze und von den Mitgliedern, Familienangehörigen und den Krankenkassen zu verwenden.

§ 2

Meldepflichten des Mitglieds

(1) Das Mitglied hat seine Familienangehörigen, soweit für sie eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V in Betracht kommt, mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben bei deren Be-

* Für landwirtschaftliche Krankenkassen und ihre Versicherten sind diese Grundsätze mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des § 10 SGB V die Regelungen des § 7 KVLG 1989 i. V. m. § 10 SGB V treten.



ginn unverzüglich mit einem Vordruck nach Anlage 1 an die Krankenkasse zu melden, bei der seine Mitgliedschaft besteht (zuständige Krankenkasse).

(2) Änderungen der nach Absatz 1 gemeldeten Angaben, die für die Durchführung der Familienversicherung erheblich sind, hat das Mitglied an die zuständige Krankenkasse zu melden.

(3) Das Mitglied hat die für den Fortbestand der Familienversicherung erforderlichen Voraussetzungen auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 2 nachzuweisen.

(4) Die Krankenkasse hat dem Mitglied zur Erfüllung seiner Meldepflicht nach Absatz 1 einen Vordruck nach Anlage 1 und zur Erfüllung der Meldepflicht nach Absatz 3 einen Vordruck nach Anlage 2 zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Vordrucke nach den Anlagen 1 und 2 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 von dem getrennt lebenden Familienangehörigen abgegeben werden.

§ 3

Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung einer Familienversicherung bei ihr gegeben sind.

(2) Bei Anfragen zur Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 1 zu verwenden.

(3) Die Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, erfolgt abweichend von Absatz 2 auf Grundlage der Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers.



§ 4

Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse hat grundsätzlich jährlich zu überprüfen, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind (Bestandspflege). Von einer jährlichen Bestandspflege kann für Familienangehörige abgesehen werden, bei denen eine Änderung der persönlichen Verhältnisse, die zum Wegfall der Familienversicherung führen, typischerweise unwahrscheinlich ist. Dies sind:

1. Kinder ohne Einkommen vor vollendetem 15. Lebensjahr,
2. Kinder im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V,
3. Studenten ohne Beschäftigung,
4. Ehegatten und Lebenspartner nach dem LPartG, die die Regelaltersgrenze im Sinne des § 35 i. V. m. § 235 SGB VI erreicht haben, und
5. Familienangehörige, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

In den vorgenannten Fällen überprüft die Krankenkasse spätestens alle drei Jahre, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung von Kindern, deren Elternteil mit dem Mitglied verheiratet oder verpartnert und nicht gesetzlich krankenversichert ist, sind im Sinne des Satzes 1 jährlich zu überprüfen. Dies gilt auch bei Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

(2) Bei Anfragen zur Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 2 zu verwenden.

(3) Bei Anfragen zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, sollen abweichend vom Absatz 2 die vom GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu diesem Zweck aufgelegten Vordrucke „FV RSA“ in der jeweils gültigen Fassung verwendet werden; dabei beschränken sich die Feststellungen der deutschen Krankenkasse auf das Bestehen eventueller vorrangiger eigener Versicherungen der Familienangehörigen im Wohnstaat.

§ 5

Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

(1) Die für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben sind vom Mitglied nachzuweisen. Als Nachweise kommen in Betracht



1. bei Ehegatten und Lebenspartnern nach dem LPartG eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
2. bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
3. bei Kindern vom vollendeten 18. bis zum 23. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
4. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine entsprechende Bescheinigung der Schule oder Ausbildungsstätte; die Bescheinigung ist für ein Jahr anzuerkennen, längstens jedoch bis zum Ende des Schuljahres; bei Studenten gilt die Meldung der Hochschule über die Einschreibung (§ 4 SKV-MV) als Nachweis,
5. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befinden (z. B. zwischen Abitur und Aufnahme eines Studiums), eine entsprechende Erklärung,
6. bei Kindern vom vollendeten 23. Lebensjahr, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, eine ärztliche Bestätigung über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung,
7. bei im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, der Vordruck „FV RSA“, sofern die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers nach Absatz 7 nicht herangezogen werden kann.

(2) Bei Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus infolge Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

(3) Für die Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V ist das Gesamteinkommen durch geeignete Einkommensnachweise zu belegen.

(4) 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 oder Lebenspartners nach dem LPartG des Mitglieds, wenn dieser ebenfalls familienversichert ist.

(5) Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden



(z. B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) einmalig nachzuweisen; dies gilt nicht bei Doppelnamen oder unterschiedlichen Endungen.

(6) Bei Zweifeln, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, hat die Krankenkasse vom Mitglied weitere Nachweise anzufordern. Als weitere Nachweise kommen insbesondere Einkommensnachweise oder sonstige Bescheinigungen in Betracht.

(7) Bei den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsbeziehung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. beim Personenkreis nach § 4 Abs. 1 Satz 3 von maximal drei Jahren den Nachweis nach Absatz 1 Nr. 7.

§ 6

Beginn und Ende der Familienversicherung

(1) Die Familienversicherung beginnt mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen. Sofern diese bereits am Tag des Beginns der Mitgliedschaft des Mitglieds, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wird, vorliegen, beginnt sie mit diesem Tag; bei Geburt eines Kindes beginnt die Familienversicherung bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen mit der Geburt.

(2) Die Familienversicherung endet mit dem Tod oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen für die Familienversicherung entfallen, spätestens jedoch mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds.

(3) Bei Kenntnis des Beginns und des Endes der Familienversicherung aktualisieren die Krankenkassen unverzüglich das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V).

§ 7

Nachwirkung von Nachweisen

Sofern das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachgewiesen wird (§ 289 Satz 3 SGB V) oder eine Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung wegen ihrer Beendigung nicht mehr in Betracht kommt, ist das Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V) für die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten zu berichtigen. Für die Berichtigung der Familienversicherungszeiten ist von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn,



es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor; bei Personen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für sie geltenden Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert.

§ 8

Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

(1) Übt das Mitglied wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bzw. wegen des Beginns einer Versicherung nach § 10 SGB V das Wahlrecht (§ 10 Abs. 5 SGB V) aus, beginnt die Familienversicherung mit dem Beginn der Mitgliedschaft bzw. mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB V.

(2) Wird das Wahlrecht aus einem anderen als in Absatz 1 genannten Anlass ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit dem Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der gewählten Krankenkasse.

(3) Für den Fall, dass das Mitglied die Krankenkasse wechselt und das Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V für die bislang bei der bisherigen Krankenkasse versicherten Familienangehörigen nicht ausübt, beginnt die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, abweichend vom Absatz 2 am Tag nach Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse.

§ 9

Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest,

1. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für einzelne Familienangehörige vor Beginn der Familienversicherung eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung (einschließlich Angaben zur Stammversicherung) durchgeführt wurde.

(2) Bei Anfragen zur bisher zuständigen Krankenkasse ist der Vordruck nach Anlage 1 zu verwenden. Bei Sachverhalten nach Absatz 1 Nummer 1 kann die Krankenkasse anstelle eines Vordrucks nach Anlage 1, insbesondere bei Auszubildenden, die erforderlichen Daten mithilfe der Erklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V erheben.



(3) Bei Änderung der für die Durchführung der Versicherung zuständigen Krankenkasse hat die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mitzuteilen, wenn

1. für das Mitglied selbst bis zur Begründung der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde.

Eine Mitteilung nach Satz 1 Nummer 2 ist nicht erforderlich, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse. Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 3 zu verwenden.

(4) Die bisher zuständige Krankenkasse aktualisiert unverzüglich nach Eingang der Mitteilung das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) und bestätigt die Aktualisierung gegenüber der zuständig gewordenen Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 4.

(5) Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitteilungen nach Absatz 3 und 4 unverzüglich erfolgen.

(6) Wurde für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse eine Mitgliedschaft durchgeführt, hat die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den voraussichtlichen Beginn der Familienversicherung unverzüglich mitzuteilen. Die bisher zuständige Krankenkasse teilt der zuständig gewordenen Krankenkasse den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft unverzüglich nach Erhalt der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle mit. Für Mitteilungen nach diesem Absatz sind Vordrucke nach Anlagen 5 und 6 zu verwenden. Satz 1 gilt nicht bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder nach § 9 SGB V versichert waren.

(7) Ab dem 1. Januar 2014 sind die Mitteilungen nach Absatz 3, 4 und 6 ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der GKV-Spitzenverband fest.



§ 10

Aufbewahrungspflichten

Die Krankenkassen haben die Meldungen der Mitglieder nach § 2 Abs. 1 bis 3 und § 9 Abs. 2 sowie die Mitteilungen der Krankenkassen nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 sowie die Nachweise nach § 5 neun Jahre aufzubewahren. Anstelle der schriftlichen Unterlagen sind Aufbewahrungsmöglichkeiten im Sinne des § 110a SGB IV zulässig.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Grundsätze treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Anhang

- Anlage 1: Vordruck „Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung“
- Anlage 2: Vordruck: „Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)“
- Anlage 3: Vordruck: „Meldung nach § 9 Abs. 3 der neu zuständigen Krankenkasse: Mitteilung über den Beginn der Familienversicherung bzw. Mitgliedschaft“
- Anlage 4: Vordruck: „Rückmeldung nach § 9 Abs. 4 der bisher zuständigen Krankenkasse: Bestätigung über die Beendigung der Familienversicherung“
- Anlage 5: Vordruck: „Meldung nach § 9 Abs. 6 der neu zuständigen Krankenkasse: Anfrage zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft“
- Anlage 6: Vordruck: „Rückmeldung nach § 9 Abs. 6 der bisher zuständigen Krankenkasse: Mitteilung über den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft“



Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wurden mit Wirkung zum 1. Januar 1993 bestimmte Meldepflichten der Versicherten und Krankenkassen zur Durchführung der Familienversicherung im Sinne des § 10 Abs. 6 SGB V eingeführt. Auf dieser Grundlage haben die (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen ein einheitliches Meldeverfahren vereinbart. Die Vereinbarung mit der Bezeichnung „Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)“ trägt das Ursprungsdatum vom 28. September 1993 und gilt aktuell in der Fassung vom 26. Oktober 2007.

Das Meldeverfahren dient dem Zweck, die vollständige Erfassung der Familienversicherten für den Risikostrukturausgleich (§§ 266 ff. SGB V) zu sichern und in diesem Zusammenhang das Versichertenverzeichnis der einzelnen Krankenkasse (§§ 288 und 289 SGB V) zeitnah zu aktualisieren, die Rückgabe der Krankenversichertenkarte bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel der Krankenkasse (§ 291 Abs. 4 SGB V) zu gewährleisten sowie die für die Vergabe der Krankenversicherungsnummer (§ 290 SGB V) zur Identifikation des Versicherten notwendigen Angaben zu erhalten.

Mit der Änderung des § 10 Abs. 6 SGB V durch Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) zum 1. Juli 2008 wurde die Verpflichtung zur Festlegung des Meldeverfahrens und der Meldevordrucke auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (im Folgenden: GKV-Spitzenverband) übertragen.

Auf der Grundlage dieser Ermächtigungsnorm hat der GKV-Spitzenverband die vorliegenden „Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze)“ beschlossen. Sie übernehmen weitgehend die Inhalte des aktuell geltenden Fami-Meldeverfahrens, die sich in der Praxis bewährt haben. Darüber hinaus beinhalten die Einheitlichen Grundsätze eine teilweise Ausweitung der meldepflichtigen Tatbestände in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander und eine anderweitige Anpassung der geltenden Verfahrensregelungen, die ursächlich insbesondere auf die bei der Umsetzung des RSA-Clearingverfahrens gesammelten Erfahrungen zurückzuführen sind.



Die Vorgaben der Einheitlichen Grundsätze sind für die Krankenkassen und ihre Versicherten einschließlich Familienangehörigen verpflichtend.

B. Besonderer Teil

zu § 1 – Allgemeines

Absatz 1

Die Regelung beschreibt den sachlichen Anwendungsbereich der Grundsätze. Dieser umfasst sowohl die Inhalte als auch die verfahrenstechnischen Abläufe des Meldeverfahrens, das für eine ordnungsgemäße Durchführung der Familienversicherung notwendig ist. Obwohl sich der Wortlaut des § 10 Abs. 6 Satz 1 SGB V ausdrücklich nur auf die Meldeverpflichtungen des Mitglieds gegenüber der Krankenkasse bezieht, beinhaltet das aktuell geltende Fami-Meldeverfahren darüber hinaus bestimmte Regelungen zur Gestaltung der Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander. Der Geltungsbereich des Fami-Meldeverfahrens wird insoweit unverändert durch die Einheitlichen Grundsätze übernommen.

Absatz 2

Absatz 2 greift die in § 10 Abs. 6 SGB V definierte Regelungsbefugnis des GKV-Spitzenverbandes zur Bestimmung des Meldeverfahrens zur Durchführung der Familienversicherung einschließlich der einheitlichen Vordrucke auf und bestimmt die wesentlichen Inhalte der Einheitlichen Grundsätze.

Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die Regelungsbefugnis der Einheitlichen Grundsätze unter anderem die verwaltungstechnischen Fragen bei der Ausübung des Wahlrechts im Falle der mehrfachen Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung umfasst. Der Regelungsbedarf resultiert aus dem Umstand, dass sich die gesetzlichen Vorgaben des § 10 Abs. 5 SGB V ausschließlich auf das eigentliche Wahlrecht des Mitglieds beschränken, obwohl für eine praktische Umsetzung des Wahlrechts eine zwischen den Krankenkassen abgestimmte Verfahrensweise zwingend erforderlich ist.

Absatz 4

Angesichts der ausdrücklichen Verpflichtung in § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V gehören die als Anlagen gestalteten einheitlichen Meldevordrucke zwingend zum Inhalt dieser Grundsätze. Der verbindliche Charakter der Vordrucke bezieht sich



auf die darin enthaltenen Mindestinhalte und schließt einen gewissen gestalterischen Spielraum der Krankenkassen nicht aus, sofern das Grundkonzept des Musterfragebogens sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte erhalten bleiben.

zu § 2 – Meldepflichten des Mitglieds

Die Vorschrift übernimmt die wesentlichen Inhalte der Nummer 2 des aktuellen Fami-Meldeverfahrens.

Absatz 1 bis 2

Die Absätze 1 und 2 regeln im Wege einer deklaratorischen Wiedergabe der Inhalte des § 10 Abs. 6 Satz 1 SGB V die Verpflichtung des Mitglieds, alle für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben einschließlich deren Änderung an die zuständige Krankenkasse zu melden. Welche Daten für die Feststellung der Familienversicherung zu erheben sind, ergibt sich aus der Definition der materiell-rechtlichen Voraussetzungen nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V. Diese finden sich entsprechend wieder im Vordruck nach Anlage 1.

Ungeachtet der Tatsache, dass die Verpflichtung zur Meldung der Familienangehörigen zwecks Durchführung der Familienversicherung ausschließlich das Mitglied trifft, bleibt das Recht der Familienangehörigen, eigenständig die Feststellung der Familienversicherung durch die zuständige Krankenkasse zu beantragen, unberührt. Um eine praktische Ausübung dieses Rechts selbst ohne Mitwirkung des Mitglieds zu ermöglichen, ist im Absatz 5 eine besondere Unterschriftenregelung für getrennt lebende Familienangehörige vorgesehen.

Absatz 3

Aus dem Absatz 3 ergeben sich die Mitwirkungspflichten des Mitglieds beim Nachweis des Fortbestands der Voraussetzungen für die Familienversicherung. Die Nachweispflichten des Mitglieds lassen sich aus § 289 Satz 3 i. V. m. § 10 Abs. 6 SGB V ableiten. Darüber hinaus schreibt Absatz 3 die Verwendung der Vordrucke nach Anlage 2 zum Zwecke der regelmäßigen Überprüfung der Familienversicherung vor.

Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen, ihren Mitgliedern die notwendige Unterstützung bei der Umsetzung der Meldepflichten zu geben.



Absatz 5

Absatz 5 enthält eine wichtige Anforderung zur Wirksamkeit der verwendeten Vordrucke. Diese entfalten ihre Nachweiskraft nur dann, wenn sie vom Mitglied bzw. vom getrennt lebenden Familienangehörigen unterschrieben sind.

zu § 3 – Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

Absatz 1

Diese Vorschrift deklariert die – aus dem § 289 Satz 1 SGB V abgeleitete – Verpflichtung der Krankenkasse zur Feststellung der Familienversicherung bei deren Beginn.

Absatz 2

Absatz 2 schreibt vor, welcher Vordruck zur Feststellung der Familienversicherung zu verwendenden ist. Hierbei wird das im bisherigen Fami-Meldeverfahren eingesetzte Formular – in einer aktualisierten Form – übernommen.

Absatz 3

Sofern sich die Anspruchsberechtigung für die Familienversicherung der im Ausland wohnenden Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers über den Anspruch von Familienangehörigen im Wohnstaat zu lasten des deutschen Krankenversicherungsträgers den eigentlichen Prüfvorgang der zuständigen deutschen Krankenkasse. Es obliegt dem Wohnortträger, die rechtliche Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung für im Ausland wohnende Familienangehörige durchzuführen. Diese Entscheidung ist für die betroffene deutsche Krankenkasse verbindlich.

Richtet sich die Anspruchsprüfung für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen dagegen nach dem deutschen Recht (nach den aktuellen Rechtsverhältnissen maßgeblich für Kroatien, Mazedonien und Tunesien), ist für die Feststellung der Familienversicherung der in Absatz 2 genannte Vordruck zu verwenden.



Zu § 4 - Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

Absatz 1

Die Vorschrift legt für die Krankenkassen die Verpflichtung fest, die Voraussetzungen für das Fortbestehen der Familienversicherung regelmäßig zu überprüfen. Als Regelfall ist der einjährige Prüfturnus vorgeschrieben; bei abschließend definierten Ausnahmesachverhalten kann von einer jährlichen Datenerhebung zugunsten eines dreijährigen Prüfrhythmus abgewichen werden. Inhaltlich übernimmt Absatz 1 weitgehend die entsprechenden Regelungen des bisherigen Fami-Meldeverfahrens. Ergänzend wird zur Vereinheitlichung der bisherigen Praxis klargestellt, dass bei den Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V immer der einjährige Prüfturnus bei der Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung maßgeblich ist.

Absatz 2 bis 3

Es handelt sich um die Festlegung, welche Vordrucke zur Durchführung der Bestandspflege der Familienversicherung zu verwenden sind. An der bisherigen Differenzierung zwischen Erstfeststellungs- und Bestandsfragebogen wird festgehalten; die aktuell geltenden Bestandsfragebogen werden grundsätzlich übernommen und entsprechend den Erfahrungen aus der Praxis angepasst.

Für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen werden spezielle Fragebögen eingesetzt, wenn für die Durchführung der Familienversicherung aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts die Rechtsvorschriften des Wohnstaates ausschlaggebend sind. Es handelt sich um die – grundsätzlich in zwei Sprachen aufgelegten – Vordrucke „FV RSA“ des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, die nicht als Bestandteil in diese Grundsätze integriert sind. Auf diesem Wege soll eine zeitnahe Anpassung der Vordrucke an die notwendigen Entwicklungen in dem über- oder zwischenstaatlichen Recht sichergestellt werden, ohne dass die Aktualisierung der Einheitlichen Grundsätze in Gänze notwendig wäre.

Inhaltlich ermöglichen die Vordrucke „FV RSA“ lediglich die Prüfung, ob die Familienangehörigen eventuell über eine vorrangige eigene Versicherung im Wohnstaat verfügen. Aus diesem Grund sind die Bestandspflegebogen „FV RSA“ grundsätzlich als Ergänzung zu den nach dem über- oder zwischenstaatlichen Recht vorgesehenen Meldepflichten des ausländischen Trägers des Wohnstaates (Stichwort „Eintragungsmittelung“) zu verstehen. Abweichend von diesem Grundsatz ersetzt die Eintragungsmittelung des Trägers des Wohnstaates für die Dauer des ersten bzw. der ersten drei Jahre die Meldepflicht des Mitglieds



bzw. eine Nachweisführung mit dem jeweiligen Vordruck „FV RSA“ (vgl. § 5 Abs. 7)

Zu § 5 - Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

Die Vorschrift konkretisiert, mit welchen Belegen die jeweiligen Tatbestandsmerkmale der Familienversicherung nachzuweisen sind. Soweit sich die bisherige Praxis an den aus der Nummer 4 des Fami-Meldeverfahrens resultierenden Anforderungen orientiert hat, bleiben diese unverändert. Eine inhaltlich neue Regelung wird lediglich in Absatz 5 festgehalten. Danach wird bei Namensabweichungen zwischen dem Mitglied und seinen familienversicherten Angehörigen immer eine Nachweisführung über die Personenstandsverhältnisse verlangt. Diese Verfahrensweise hat sich aufgrund von Anforderungen der Prüfdienste des Bundes und der Länder bei der Durchführung der RSA-Prüfungen im Bereich Versicherungszeiten bereits in der Praxis manifestiert. Neu ist nur, dass die beschriebene Anforderung jetzt auch ihre Konsolidierung innerhalb der Beschreibung des Meldeverfahrens im Sinne des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V gefunden hat.

Zu § 6 - Beginn und Ende der Familienversicherung

Absatz 1 bis 2

Die Regelung übernimmt unverändert die diesbezüglichen Bestimmungen des Fami-Meldeverfahrens und stellt klar, dass sich der Beginn und das Ende der Familienversicherung ausschließlich an materiell-rechtlichen Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V orientieren und somit unabhängig von der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Meldepflichten des Mitglieds zu bestimmen sind.

Absatz 3

In dieser Vorschrift ist die Verpflichtung der Krankenkasse zu einer ordnungsgemäßen Führung eines Versichertenverzeichnisses verankert, soweit dieses die nach § 10 SGB V Versicherten erfasst.

Zu § 7 - Nachwirkung von Nachweisen

Der Regelungsinhalt der Vorschrift befasst sich mit den Folgen, die sich für die Führung des Versichertenverzeichnisses und somit für die Anerkennung der Versicherungszeiten im Verfahren zum Risikostrukturausgleich ergeben, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht durch Vorlage der erforderlichen Belege im Rahmen der Bestandspflege nachgewiesen werden können.



Die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten werden aus dem Versichertenverzeichnis grundsätzlich gelöscht. Dem letzten Nachweis kommt jedoch eine begrenzte Nachwirkung zu, und zwar nicht allein bei fehlender Mitwirkung des Mitglieds in Form der Verletzung der Nachweispflicht, sondern im Allgemeinen. Die Dauer des Nachwirkungszeitraums ist in Anlehnung an den für den jeweiligen Personenkreis geltenden Prüfrhythmus definiert. Inhaltlich entspricht die Regelung dem bisherigen Verfahren.

Zu § 8 - Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

Die Vorschrift beschreibt die verfahrenstechnischen Folgen bei den Fallkonstellationen, bei denen zwei bzw. ausnahmsweise mehrere Mitglieder die Familienversicherung für denselben Angehörigen beanspruchen können. Das Gesetz räumt zwar für solche Sachverhalte dem Mitglied bzw. den beteiligten Mitgliedern das materiell-rechtliche Wahlrecht ein, lässt aber offen, zu welchem Zeitpunkt sich die Ausübung des Wahlrechts auswirkt. Diese Konkretisierung wird in § 8 der Grundsätze für unterschiedliche Fallgruppen im Wege der Übernahme der bisherigen Formulierung des Fami-Meldeverfahrens vorgenommen.

Zu § 9 - Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander

Die Vorschrift enthält die Grundsätze über den Inhalt der kassenseitigen Meldungen und die verfahrenstechnischen Abläufe. Das Meldeverfahren unter den gesetzlichen Krankenkassen soll erheblich dazu beitragen, zum einen eine lückenlose Erfassung der Familienversicherungszeiten im RSA-Verfahren sicherzustellen und zum anderen eine unzulässige „Doppelversicherung“ wegen der Überschneidung von Versicherungszeiten bei verschiedenen Krankenkassen für denselben Versicherten auszuschließen. Hierfür sollen insbesondere die bei der Durchführung des RSA-Clearingverfahrens für Versichertenzeiten 2008 ergründeten partiellen Lücken in dem aktuellen Fami-Meldeverfahren, die für das Zustandekommen von doppelten Versicherungszeiten hochwahrscheinlich ursächlich sind, durch die Erweiterung der meldepflichtigen Tatbestände geschlossen werden.

Absatz 1

Absatz 1 regelt die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Ergebung solcher Daten, die für den Meldeaustausch der Krankenkassen untereinander notwendig sind; diese Aktivitäten dienen somit der Vorbereitung des Meldeverfahrens. Da das künftige Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen grundsätzlich alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit umfasst, soweit die Durchführung der Familienversicherung betroffen ist, wurden die Ermittlungs-



pflichten zu der bisher zuständigen Krankenkasse und zu dem bisherigen Versichertenstatus des Betroffenen erweitert bzw. präzisiert.

Während die unter Satz 1 Nr. 1 definierte Regelung dem bisherigen Verfahren entspricht, befasst sich die Nummer 2 mit den neuen Sachverhalten. Die hiermit eingeführte Verpflichtung zur Feststellung der vorangegangenen Mitgliedschaft vor dem Beginn der Familienversicherung ist auf den neuen meldepflichtigen Tatbestand nach Absatz 6 zurückzuführen. Die Datenerhebungen zu dem bisherigen Stammversicherten dienen dazu, insbesondere bei den Sachverhalten der Ausübung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V anlässlich des Kassenwechsels eines Elternteils die grundsätzliche Notwendigkeit des Meldeaustauschs zwischen den beteiligten Krankenkassen zu prüfen und somit das Meldeverfahren nur auf die notwendigen Falluntergruppen zu beschränken.

Absatz 2

Aus dem Absatz 2 ergibt sich, welche Formulare der Datenerhebung im Sinne des Absatzes 1 dienen. Grundsätzlich werden alle für die Erstfeststellung der Familienversicherung und für die Umsetzung des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen notwendigen Informationen mithilfe eines einheitlichen Vordrucks erhoben (vgl. Vordruck nach Anlage 1). Wegen der Erweiterung der Inhalte der Datenerhebung wurde der betroffene Vordruck entsprechend angepasst.

Sofern bei der zuständig gewordenen Krankenkasse keine Familienversicherung für Angehörige geltend gemacht wird und das Neumitglied unmittelbar davor bei der anderen Krankenkasse familienversichert war (Stichwort: „Auszubildende“), können die Angaben zu der letzten vorangegangenen Versicherung abweichend von dem vorgenannten Grundsatz mit anderen Mitteln gewonnen werden. Aus verwaltungsökonomischen Gründen bietet sich zur Erfüllung dieses Zwecks insbesondere die Nutzung der Erklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V an. Der bisherige Vordruck nach Anlage 2 des Fami-Meldeverfahrens zur Feststellung der bisher zuständigen Krankenkasse bei Auszubildenden, der in der Praxis in der Regel nicht verwendet wurde, wird nicht in die Fami-Meldegrundsätze übernommen.

Absatz 3

Es handelt sich um das Kernstück der Regelung. Absatz 3 beschreibt die meldepflichtigen Tatbestände in den Rechtsbeziehungen den Krankenkassen untereinander. Satz 1 Nummer 1 übernimmt unverändert die bereits aktuell geltende Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung des Meldeverfahrens



beim Krankenkassenwechsel, wenn dieser mit dem Statuswechsel vom Familienversicherten zum Mitglied einhergeht.

Satz 1 Nummer 2 definiert die Notwendigkeit des Meldeverfahrens bei den Sachverhalten, die durch einen Wechsel der zuständigen Krankenkasse bei einem unveränderten versicherungsrechtlichen Status des Familienangehörigen gekennzeichnet sind. Zu der Fragestellung, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen bei derartigen Fallkonstellationen ein Meldeverfahren durchzuführen ist, ergeben sich aus dem Fami-Meldeverfahren in der aktuell geltenden Fassung keine eindeutigen Hinweise. Infolge dessen wurde diese Regelung in der Praxis unterschiedlich verstanden und „gelebt“; die Einheitlichen Grundsätze sollen nun eine einheitliche Umsetzung sicherstellen.

Innerhalb des vorgenannten Sachverhaltes muss zwischen zwei Kategorien unterschieden werden. Sofern ein Mitglied anlässlich seines Krankenkassenwechsels die bisher aus seiner Mitgliedschaft abgeleitete Familienversicherung zur neuen Krankenkasse „mitnimmt“, ist naturgemäß kein Meldeaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen notwendig, weil mit Ende der Mitgliedschaft automatisch die Familienversicherung der Angehörigen endet (Kategorie 1). Bei allen anderen Sachverhalten der Änderung der Krankenkassenzuständigkeit während des unverändert fortbestehenden Versichertenstatus nach § 10 SGB V ist ein Meldeverfahren zwischen den betroffenen Krankenkassen zur Vermeidung einer Doppelversicherung zwingend erforderlich (Kategorie 2).

Um eine Zuordnung der Sachverhalte zu der Kategorie 1 oder 2 zu ermöglichen, wurde der Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung um eine Fragestellung danach erweitert, aus wessen Mitgliedschaft zuletzt die Familienversicherung der Familienangehörigen abgeleitet wurde (vgl. Begründung zu Absatz 1). Sofern das Mitglied keine Angaben zur vorangegangenen Stammversicherung macht und somit keine eindeutige Identifizierung der vorgenannten Kategorien zulässt, ist ein Meldeverfahren im Sinne des Absatzes 3 durchzuführen, um das Entstehen einer Doppelversicherung vorsorglich zu vermeiden.

Absatz 4 und 5

Die Verpflichtung der bisher zuständigen Krankenkasse zur Aktualisierung des Versichertenverzeichnisses und zur Rückmeldung an die zuständig gewordene Krankenkasse ist bereits im geltenden Recht geregelt. Die bisherigen Verfahrensabläufe einschließlich der Meldefristen und die verwendeten Vordrucke gelten insoweit inhaltlich unverändert weiter.



Absatz 6

In Absatz 6 wird ein neuer Meldetatbestand eingeführt. Betroffen sind die Sachverhalte, bei denen der Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit durch den Statuswechsel vom Mitglied zum Familienversicherten bedingt ist. In der Praxis wurde festgestellt, dass die Angaben der Versicherten zum Beginndatum der Familienversicherung häufig nicht mit der vorangegangenen Beendigung der eigenen Mitgliedschaft übereinstimmen; folglich entstehen sowohl Versicherungslücken als auch Überschneidungen von Versicherungszeiten bei unterschiedlichen Krankenkassen.

Durch die Einführung eines neuen meldepflichtigen Tatbestandes sollen die derartigen Fehl Abläufe zeitnah beseitigt werden. Da die dazugehörigen Verfahrensabläufe sich von den Prozessen des Meldeverfahrens im Sinne des Absatzes 3 unterscheiden, bedarf es für die Umsetzung des neuen Meldeweges eigenständiger Vordrucke (vgl. Anlagen 5 und 6).

Das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen im Sinne des Absatzes 6 ist für solche Sachverhalte nicht geeignet, bei denen sich die Familienversicherung an die freiwillige Versicherung oder an die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anschließt. Da die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft nach § 9 oder § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V einer Nachweisführung über das Vorliegen einer sich anschließenden anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall – hier in Form einer Familienversicherung – bedarf (vgl. § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V, § 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V), findet zwischen den beteiligten Krankenkassen bei Abwicklung derartiger Fallkonstellationen ohnehin ein Informationsaustausch statt. Eine ergänzende Formalisierung der Informationsabläufe für solche Fälle ist daher nicht zweckmäßig.

Absatz 7

In Absatz 7 wird festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2014 das Mitteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen nur noch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen darf. Diese Regelung stellt eine wesentliche Verfahrensoptimierung dar, die dazu beitragen soll, die Arbeitsabläufe bei den Krankenkassen nach der Etablierung des maschinellen Meldeverfahrens sowohl zeitlich als auch kostenmäßig erheblich zu reduzieren.

Zu § 10 - Aufbewahrungspflichten

Die Vorschrift zu den Aufbewahrungsfristen für Nachweise im Rahmen der Familienversicherung ist im Kern inhaltlich unverändert dem aktuell geltenden Fami-Meldeverfahren entnommen. Die Dauer der Aufbewahrungsfrist von neun Jahren ist in Anlehnung an § 3 Abs. 7 Satz 1 RSAV definiert.



Zu § 11 - Inkrafttreten

Die Grundsätze treten nach der Beschlussfassung durch den Vorstand des GKV-
Spitzenverbandes am 1. Januar 2012 in Kraft.



Vorname Name des Mitglieds _____
KV-Nummer: _____

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- 4 Ich war bisher
- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 - im Rahmen einer Familienversicherung
 - nicht gesetzlich krankenversichert
- } versichert bei _____
Name der Krankenkasse
- 4 Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
- Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- 4 Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
- Beginn meiner Mitgliedschaft
 - Geburt des Kindes
 - Heirat
 - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 - Sonstiges: _____
- 4 Beginn der Familienversicherung: _____
- 4 Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- 4 Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)	..... (Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherturnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherturnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherturnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Vorname Name des Mitglieds _____

KV-Nummer: _____

Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Angaben sind erforderlich ab _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- 4 Ihr Familienstand: ledig verheiratet seit _____ getrennt lebend
 verwitwet geschieden seit _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- 4 Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- 4 Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Zeitangaben <input type="checkbox"/> Name der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom..... bis..... bei..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung	vom..... bis..... bei..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung	vom..... bis..... bei..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung	vom..... bis..... bei..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung

***Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: o Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit o Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR
Geringfügige Beschäftigung: o Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung o Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR
Bezug von Arbeitslosengeld II	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
Mehr als geringfügige Beschäftigung: o Zeitraum der Beschäftigung o Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR	vom bis ..... .....EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)
	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)	vom bis ..... .....EUR (Art der Einkünfte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Meldung der neu zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

[_____]

Unser Zeichen

Ansprechpartner

(.....)

Ort, Datum

[_____]

**Mitteilung über den Beginn der Familienversicherung bzw. Mitgliedschaft
Meldung nach § 9 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die bisher bei Ihnen nach § 10 SGB V Familienversicherte(n)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherternummer	Anschrift

ist/sind seit dem _____ bei uns

familienversichert als Mitglied versichert.

Die Familienversicherung ist somit nach § 9 Abs. 4 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung bei Ihrer Krankenkasse zu beenden. Wir bitten Sie, uns die Aktualisierung des Versichertenverzeichnisses zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

[_____]
[_____]
[_____]
[_____]

Unser Zeichen

Ansprechpartner

(.....)

Ort, Datum

**Bestätigung über die Beendigung der Familienversicherung
Rückmeldung nach § 9 Abs. 4 der Fami-Meldegrundsätze**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versicherung des/der bisher bei uns nach § 10 SGB V Familienversicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherernummer	Anschrift

haben wir zum _____ beendet. Das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) wurde nach § 9 Abs. 4 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung entsprechend aktualisiert.

Mit freundlichen Grüßen

Meldung der neu zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

[_____]
[_____]
[_____]
[_____]

Unser Zeichen

Ansprechpartner

(.....)

Ort, Datum

**Anfrage zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft
Meldung nach § 9 Abs. 6 der Fami-Meldegrundsätze**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die bisher bei Ihnen als Mitglied Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherturnummer	Anschrift

ist voraussichtlich seit dem _____ bei uns familienversichert.

Wir bitten Sie, uns nach § 9 Abs. 6 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen

