Spitzenverband

Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels vom 2. Dezember 2022

gültig ab: 1. Juli 2023

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

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeines 4

2 Meldungen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels 5

2.1 Grundsätzliches zum Meldeverfahren 5
2.1.1 Ziele des Meldeverfahrens 5
2.1.2 Auslösende Ereignisse (Art der Meldung) 6
2.1.3 Voraussetzungen des Meldeverfahrens 7
2.1.4 Meldefristen 8
2.2 Ablauf des Meldeverfahrens 8
2.2.1 Erste Initialmeldung 8
2.2.2 Erste Rückmeldung 9
2.2.3 Zweite Initialmeldung 14
2.2.4 Zweite Rückmeldung 15
2.2.5 Änderungsmeldung 15
2.2.6 Abschließende Initialmeldung 17
2.2.7 Abschlussmeldung 18
2.2.8 Stornierung von elektronischen Meldungen 18
2.2.9 Erinnerungsverfahren 19
2.3 Geschäftsvorfälle des Krankenkassenwechsels 21
2.3.1 Beginn der Versicherungspflicht 21
2.3.1.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse 21
2.3.1.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse 22
2.3.1.2.1 Letztes Versicherungsverhältnis = Versicherungspflicht 22
2.3.1.2.2 Letztes Versicherungsverhältnis = freiwillige Mitgliedschaft beziehungsweise Auffang-Versicherungspflicht 23
2.3.1.2.3 Letztes Versicherungsverhältnis wird zum Zeitpunkt des Eingangs einer Initialmeldung geklärt 23
2.3.2 Beginn der Versicherungsberechtigung 25
2.3.2.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse 25
2.3.2.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse 26
2.3.3 Kündigung beziehungsweise Sonderkündigung 28
2.3.3.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse 28
2.3.3.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse 28
2.3.4 Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse 30
2.3.4.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse 30
2.3.4.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse 31
2.3.5 Errichtung/Ausdehnung einer Betriebskrankenkasse 31
2.3.5.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse 31

2.3.5.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse 32
2.4 Verfahren bei Widerruf/Rücknahme der Wahlerklärung beziehungsweise bei mehrfacher Ausübung des Wahlrechts 32
2.4.1 Allgemeines 32
2.4.2 Mehrfache Ausübung des Wahlrechts 33
2.4.3 Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse 34
2.5 Verfahren bei Entstehung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts während der Kündigungsfrist 35

3 Ergänzende Meldeinhalte nach Maßgabe des § 304 SGB V 36

3.1 Allgemeines 36
3.2 Übermittlung von Daten zur Führung des Versichertenverzeichnisses 37
3.3 Übermittlung von Daten zur Feststellung der Beitragspflicht 39
3.4 Übermittlung von Leistungsdaten 40
3.4.1 Leistungsdaten der Krankenkassen 40
3.4.2 Leistungsdaten der Pflegekassen 42
3.4.3 Andere Leistungsdaten 43
3.5 Übermittlung von sonstigen Daten 44

Anlagen

Anlage 1 Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren – Kassenwahlrecht (KV – KV) gemäß § 175 SGB V – Initialmeldung der gewählten Krankenkasse

Anlage 2 Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren – Kassenwahlrecht (KV – KV) gemäß § 175 SGB V – Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse

Anlage 3 Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren – Kassenwahlrecht (KV – KV) gemäß § 175 SGB V – Änderungsmeldung der gewählten Krankenkasse

Anlage 4 Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren – Kassenwahlrecht (KV – KV) gemäß § 175 SGB V – Abschlussmeldung der bisherigen Krankenkasse

Anlage 5 Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren – Kassenwahlrecht (KV – KV) gemäß § 175 SGB V – Erinnerung an fehlende Meldungen

Anlage 6 Beispiele

Anlage 7 Visualisierte Darstellung der Meldeabläufe

1 Allgemeines

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (Bundesgesetzblatt I Seite 2789 ff.) wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen eingeführt. Nach § 175 Absatz 2 SGB V ist vorgesehen, dass die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren hat, sofern vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft. In den Fällen, in denen die allgemeine Bindungsfrist und/oder die Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen rechtlich relevant und noch nicht erfüllt ist/sind, wird das Ende der Mitgliedschaft zum Ende der Bindungsfrist(en) bestätigt.

Nach Maßgabe des § 175 Absatz 6 SGB V legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) die Inhalte des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen fest. Diese Verpflichtung wird mit der vorliegenden Verfahrensbeschreibung einschließlich Anlagen, die insbesondere den Aufbau der Datensätze und die notwendigen Schlüsselzahlen bestimmen, erfüllt. Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umsetzung der Meldepflichten der Krankenkassen untereinander und umfasst alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit, soweit sich die Verpflichtung zur Abgabe einer Meldung aus § 175 Absatz 2 SGB V ergibt.

Meldungen im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V dürfen nur durch eine gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung abgegeben werden.

Neben dem Austausch von Daten, die für das eigentliche Prozedere des Krankenkassenwechsels relevant sind, ist die bisher zuständige Krankenkasse gegenüber der gewählten Krankenkasse nach dem durchgeführten Krankenkassenwechsel gemäß § 304 Absatz 2 SGB V zur Mitteilung der zur Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 SGB V verpflichtet. Eine gleichartige Regelung sieht § 107 Absatz 2 SGB XI für einen durch den Krankenkassenwechsel ausgelösten Wechsel der Pflegekasse vor, wonach die bisherige der neu zuständigen Pflegekasse die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach §§ 99 und 102 SGB XI auf Verlangen zu übermitteln hat. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auch diese Daten – ungeachtet einer fehlenden expliziten Regelung – verpflichtend zu übermitteln sind. Welche Daten dies im Einzelnen sind, wird ebenfalls in der vorliegenden Verfahrensbeschreibung geregelt (vergleiche Abschnitt 3.4).

Sonstige elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen, die aus Anlass der Veränderung der zuständigen Krankenkasse praktiziert werden, sind durch das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V nicht berührt und gelten unverändert fort. Angesprochen sind insbesondere das Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes und das Meldeverfahren für Rentner nach § 201 SGB V. Dies bedeutet im Einzelnen, dass eine Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze und eine Meldung nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V alternativ zum Einsatz kommen (vergleiche Abschnitt 2.1.3). Demgegenüber finden das Meldeverfahren nach § 201 SGB V und das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V bis auf Weiteres nebeneinander statt.

Hinweis:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in dieser Verfahrensbeschreibung gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

2 Meldungen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels

2.1 Grundsätzliches zum Meldeverfahren

2.1.1 Ziele des Meldeverfahrens

Das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V verfolgt – je nach der Fallkonstellation des Krankenkassenwechsels – unterschiedliche Ziele. So entfällt bei Ausübung des Wahlrechts ohne Änderung im Versicherungsverhältnis im Regelfall die Notwendigkeit einer Kündigung durch das Mitglied. Stattdessen hat die gewählte Krankenkasse ein Kündigungsverfahren bei der bisherigen Krankenkasse (elektronisch) einzuleiten. Die bisher in diesem Zusammenhang notwendige gegenseitige Vorlage von Kündigungsbestätigungen und Mitgliedsbescheinigungen wird durch den elektronischen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen ersetzt. Insgesamt wird das Verfahren des Krankenkassenwechsels dadurch beschleunigt.

Im Falle der Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass der Veränderung im Versicherungsverhältnis dient das elektronische Meldeverfahren hauptsächlich der Vereinfachung der Verfahrensabläufe bei der bisher zuständigen Krankenkasse. Durch die zeitnahe Mitteilung der gewählten Krankenkasse über ein neues Versicherungsverhältnis des Mitglieds werden ein erhöhter Verwaltungsaufwand bei der bisherigen Krankenkasse (Ermittlungen zu einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V) und Doppelmitgliedschaften vermieden. Aus diesem Grund werden vom elektronischen Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V auch solche Sachverhalte erfasst, bei denen sich die Krankenkassenzuständigkeit nicht durch die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, sondern kraft Gesetzes ergibt (vergleiche

insbesondere die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend auf eine sprachliche Differenzierung zwischen einer gewählten und einer kraft Gesetzes zuständigen Krankenkasse im Regelfall verzichtet. Die Bezeichnung „gewählte" Krankenkasse umfasst daher, sofern nichts Abweichendes geregelt ist, im Allgemeinen auch eine kraft Gesetzes zuständige Krankenkasse.

2.1.2 Auslösende Ereignisse (Art der Meldung)

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung des Krankenkassenwechsels unterscheiden sich in Abhängigkeit davon, aus welchem Grund beziehungsweise aus welchem Anlass sich die Krankenkassenzuständigkeit ändert. Dies entspricht im Datensatz dem Datenfeld „Art_der_Meldung". Folgende Kennzeichen sind zulässig:

(1) Beginn der Versicherungspflicht
(2) Beginn der Versicherungsberechtigung
(3) Kündigung beziehungsweise Sonderkündigung
(4) Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
(5) Errichtung/Ausdehnung einer Betriebskrankenkasse.

Die gewählte Krankenkasse hat festzustellen, welche der vorgenannten Fallkonstellationen vorliegt und die für die jeweilige Fallkonstellation relevanten rechtlichen Voraussetzungen der Ausübung des Wahlrechts zu prüfen. Sofern im Einzelfall mehrere Gründe zutreffen (zum Beispiel ein Arbeitgeberwechsel eines Mitglieds, dessen Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz erhöht), ist der Wille des Mitglieds hinsichtlich des angestrebten Datums für den Krankenkassenwechsel zu ermitteln und im Zweifel der Grund zu wählen, der zu einem zeitnäheren Krankenkassenwechsel führt. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für den Krankenkassenwechsel hat die gewählte Krankenkasse das Meldeverfahren einzuleiten.

Die bisherige Krankenkasse prüft, ob ein Krankenkassenwechsel aus dem gemeldeten Grund und zum angegebenen Datum zulässig ist. Stellt sie fest, dass ein Krankenkassenwechsel aus diesem Grund nur zu einem abweichenden Datum möglich ist, teilt sie dieses Datum der gewählten Krankenkasse elektronisch mit. Kommt die bisherige Krankenkasse zum Ergebnis, dass ein Krankenkassenwechsel aus dem gemeldeten Grund rechtlich nicht zulässig ist, informiert sie die gewählte Krankenkasse darüber unter Angabe der relevanten Gründe. Daraufhin hat die gewählte Krankenkasse im Regelfall (gegebenenfalls nach Rücksprache mit dem Mitglied) die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass (Kennzeichen zur „Art_der_Meldung" = 1, 2 oder 5) in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V umzudeuten und einen erneuten Vorgang mit Angabe des Kennzeichens zur „Art_der_Meldung" = 3 zu initiieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist in diesem Fall das Datum des Zugangs der

Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse relevant. Einer Stornierung der bereits gegenseitig ausgetauschten Meldungen bedarf es in diesem Fall nicht (vergleiche Beispiel 2).

Ein entsprechendes Verfahren der Umdeutung des Meldegrundes gilt auch dann, wenn die gewählte Krankenkasse im Nachgang zu dem bereits durchgeführten Meldeverfahren (Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung) Kenntnis darüber erlangt, dass der angestrebte Krankenkassenwechsel aus dem gemeldeten Anlass entgegen der ursprünglichen Annahme nicht möglich ist (vergleiche Beispiele 4 bis 6). Dies dürfte regelmäßig dann der Fall sein, wenn die gemachten Angaben des Mitglieds zu seinem künftigen oder dem bisherigen versicherungsrechtlichen Status nicht zutreffend waren.

Ausnahmsweise kann die vorgenannte Pflicht zur Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V auch die bisherige Krankenkasse treffen. Dies ist dann der Fall, wenn sie auf Grundlage der intern vorliegenden Informationen feststellt, dass der gemeldete Grund des Krankenkassenwechsels offensichtlich nicht zutreffend ist (vergleiche Abschnitt 2.3.2.2 sowie Beispiel 1).

Eine Umdeutung des Meldegrundes scheidet aus, wenn dem angestrebten Krankenkassenwechsel die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse kraft Gesetzes entgegensteht.

2.1.3 Voraussetzungen des Meldeverfahrens

Eine elektronische Meldung an die bisherige Krankenkasse ist bei allen vorgenannten Anlässen der aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied notwendig, unabhängig davon, ob es sich um eine angestrebte Pflicht- oder freiwillige Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse handelt. Voraussetzung ist jedoch, dass zuletzt vor der Ausübung des Wahlrechts eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat. Eine typische Fallkonstellation für die Einleitung eines Meldeverfahrens im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V liegt somit bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften vor, die sich nahtlos aneinander anschließen. Des Weiteren ist ein Meldeverfahren auch dann erforderlich, wenn zwischen dem Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse und dem Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse eine Unterbrechung in Gestalt eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V vorliegt. Darüber hinaus ist ein Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen auch dann einzuleiten, wenn sich aus den Angaben des Mitglieds – neben der Information über die letzte Krankenkasse – eine Lücke im Versicherungsverlauf unmittelbar vor dem Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ergibt. In diesem Fall trägt die Meldung dazu bei, die bisherige Krankenkasse in ihren Ermittlungen zur Klärung des durchgehenden Versicherungsschutzes der betroffenen Person (insbesondere der obligatorischen

Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V) zu unterstützen. Dies gilt unabhängig von der Dauer der erklärten Versicherungslücke.

Kein Meldeverfahren im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V wird hingegen eingeleitet, wenn nach Angaben des Mitglieds zuletzt eine Krankenversicherung beziehungsweise eine Absicherung im Krankheitsfall in der PKV, im Ausland oder in einem der Sondersysteme in Deutschland (zum Beispiel freie Heilfürsorge, Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder Krankenhilfe nach SGB XII) bestand. Ein Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V ist ebenfalls nicht einzuleiten, wenn für das Mitglied unmittelbar vor der Begründung der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse eine Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse durchgeführt wurde. Solche Sachverhalte werden im Rahmen der Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze abgewickelt.

Die Fallkonstellationen, in denen das Mitglied von seinem zu Beginn der Versicherungspflicht bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch macht und die zur Meldung verpflichtete Stelle eine wahlersetzende Anmeldung im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V vornimmt, lösen grundsätzlich kein Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V aus, es sei denn, es handelt sich um eine wahlersetzende Anmeldung aus Anlass der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Eine weitere Ausnahme betrifft die Sachverhalte, in denen eine zuletzt in der landwirtschaftlichen Krankenkasse als Mitglied versicherte Person in der allgemeinen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird und von ihrem zu Beginn der Versicherungspflicht bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch macht. Die Krankenkasse, die in einem solchen Fall eine wahlersetzende Anmeldung im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V erhält, informiert die landwirtschaftliche Krankenkasse über den Krankenkassenwechsel im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V.

2.1.4 Meldefristen

Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass sämtliche Meldungen bei der Umsetzung des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V im Allgemeinen unverzüglich erfolgen. Dieser Grundsatz wird bei Bedarf in den nachfolgenden Ausführungen in Abhängigkeit von den Verwaltungsabläufen bei den einzelnen Geschäftsvorfällen entsprechend konkretisiert.

2.2 Ablauf des Meldeverfahrens

2.2.1 Erste Initialmeldung

Das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V wird immer durch die gewählte Krankenkasse ausgelöst (Datensatz „Kassenwahlrecht_Initialmeldung“). Die erste Initialmeldung enthält – unabhängig von der Art der Meldung – immer identische Datenfelder. Hierzu gehören insbesondere die Art der Meldung, Angaben zur Person des Mitglieds, das Datum des Zugangs

der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse" („Datum_Wahlerklärung")[1] und das Datum über den angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse („Beginn_Mitgliedschaft"). Für Zwecke der eindeutigen Zuordnung des gesamten durch diese Initialmeldung ausgelösten Datenaustauschs wird eine Vorgangs-ID vergeben und für alle weiteren Meldungen der beiden beteiligten Krankenkassen bis zur Abschlussmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.7) verwendet.

2.2.2 Erste Rückmeldung

Sind die rechtlichen Voraussetzungen des beabsichtigten Krankenkassenwechsels aus dem angegebenen Anlass erfüllt, antwortet die bisherige Krankenkasse mit einer Rückmeldung (Datensatz „Kassenwahlrecht_Rückmeldung"). Diese beinhaltet dasselbe Kennzeichen zur Art der Meldung, das in der Initialmeldung angegeben wurde. Die Rückmeldung enthält darüber hinaus das Datum, an dem die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet (Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft"). Dies ist nicht zwingend das Datum des Vortages, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse entsprechend der abgegebenen Initialmeldung beginnen sollte; je nach Fallkonstellation gelten unterschiedliche rechtliche Anforderungen.

Sofern die Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse zum Zeitpunkt des angestrebten Krankenkassenwechsels nicht erfüllt sind beziehungsweise die Kündigungsfrist nicht ausreichend berücksichtigt wurde, teilt sie in ihrer Rückmeldung das abweichende Datum mit, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungs- und Kündigungsfristen endet und verwendet hierfür das Datenfeld „Ende_Bindungsfrist".

Stellt die bisherige Krankenkasse ausnahmsweise fest, dass der gemeldete Grund des Krankenkassenwechsels offensichtlich nicht zutreffend und eine Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V notwendig ist (vergleiche Abschnitt 2.1.2), ist in der Rückmeldung als Kennzeichen zur „Art_der_Meldung" = 3 anzugeben. Als Ende der Mitgliedschaft wird in dem Datenfeld „Ende_Bindungsfrist" das Datum mitgeteilt, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungs- und Kündigungsfristen endet (vergleiche Beispiel 1).

Wird mit der ersten Rückmeldung der Krankenkassenwechsel bestätigt, sind hierbei gleichzeitig die nach § 304 SGB V erforderlichen Daten mit einer versicherungsrechtlichen (vergleiche Abschnitt 3.2) und beitragsrechtlichen (vergleiche Abschnitt 3.3) Relevanz zu übermitteln.

Als Reaktion auf eine den Krankenkassenwechsel bestätigende Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse folgt im Regelfall entweder eine Änderungsmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.5)

[1] Einführung zum 1. Juli 2023

oder eine abschließende Initialmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.6) der gewählten Krankenkasse. Im Ausnahmefall kann sich die Notwendigkeit einer zweiten Initialmeldung auf Grund der Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V ergeben (vergleiche Abschnitte 2.1.2 und 2.2.3).

Stellt die bisherige Krankenkasse fest, dass der angestrebte Krankenkassenwechsel aus dem angegebenen Anlass rechtlich nicht zulässig ist oder seitens des Mitglieds nicht weiter angestrebt wird, teilt sie dies der gewählten Krankenkasse (Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“) unter Angabe der Begründung mit. Hierfür stehen – in Abhängigkeit davon, welche Art der Meldung verwendet wurde – folgende Kennzeichen zur Verfügung:

Art der Meldung	Kennzeichen	dem Krankenkassenwechsel entgegenstehender Grund	Kurzbezeichnung
1	1	Bei „Mehrfachversicherten“ begründet ein Hinzutritt beziehungsweise ein Wegfall eines weiteren Versicherungspflichttatbestandes zu/bei einer durchgehend bestehenden (anderweitigen) Pflichtmitgliedschaft kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.	Mehrfachversicherung
2	2	Ist die Vorversicherungszeit alleine aufgrund der der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Informationen nicht erfüllt, begründet der Beginn einer Versicherungsberechtigung nach ihrem Kenntnisstand kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit hat die bisherige Krankenkasse nicht nur die eigenen sondern auch die von den bislang zuständigen Krankenkassen gemeldeten oder anderweitig nachgewiesenen Versicherungszeiten zu berücksichtigen.	VVZ nicht erfüllt
5	3	Das kurzfristige Wahlrecht bei Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung einer Betriebskrankenkasse gilt nicht für betriebsfremde Arbeitnehmer.	Nicht im Betrieb beschäftigt

Art der Meldung	Kennzeichen	dem Krankenkassenwechsel entgegenstehender Grund	Kurzbezeichnung
1, 2, 4 oder 5	4	Das sofortige Wahlrecht aus Anlass des Beginns der Versicherungspflicht oder das kurzfristige Wahlrecht bei Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung einer Betriebskrankenkasse sind nicht zulässig, wenn die hierfür vorgesehene zweiwöchige Frist verstrichen ist. Gleiches gilt, wenn bei der Ausübung des Wahlrechts aus Anlass des Beginns der Versicherungsberechtigung oder der Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse die jeweils relevanten Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung nicht eingehalten werden.	Frist für Wahlerklärung nicht eingehalten[2]
1	5	Haupterwerbslandwirte, die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, haben bei Aufnahme einer abhängigen Nebenbeschäftigung kein Wahlrecht zu Gunsten einer allgemeinen Krankenversicherung. Die Prüfung des Ausschlusstatbestandes obliegt der gewählten Krankenkasse.	§ 5 Absatz 5 SGB V ist zu prüfen
1 bis 3	6	Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat die Pflichtversicherung im Sondersystem der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer oder als mitarbeitender Familienangehöriger) festgestellt.	Kein Wahlrecht zu Gunsten einer all-gemeinen Krankenversicherung

[2] Änderung zum 1. Juli 2023

Art der Meldung	Kennzeichen	dem Krankenkassenwechsel entgegenstehender Grund	Kurzbezeichnung
1 bis 3	7	Für Mitglieder, die innerhalb der Kündigungsfrist beziehungsweise innerhalb der Frist zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer (mehreren) Krankenkasse(n) abgeben und anschließend sich für den Verbleib bei der zuletzt zuständigen Krankenkasse entscheiden, kommt der Krankenkassenwechsel nicht zustande.	Widerruf der Wahlerklärung
1, 2 oder 5	8	Das Kennzeichen ist zu verwenden, wenn andere Gründe dem Krankenkassenwechsel entgegenstehen.	Sonstiges

Verwendet die bisherige Krankenkasse in ihrer Rückmeldung das Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“, enthält diese Rückmeldung grundsätzlich keine versicherungs- und beitragsrechtlichen Daten (vergleiche Abschnitte 3.2. und 3.3). Abweichend hiervon sind die versicherungsrechtlichen Daten gleichwohl zu übermitteln, wenn im Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ das Kennzeichen „2“ (VVZ nicht erfüllt) benutzt wird (vergleiche Erläuterungen hierzu in Abschnitt 2.3.2.2).

Ein ergänzender Informationsaustausch hierzu findet bei Bedarf außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen statt. Als Reaktion auf den Hinweis über die Unzulässigkeit eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass (Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 1, 2 oder 5) innerhalb der allgemeinen Krankenversicherung wird die gewählte Krankenkasse im Regelfall eine Umdeutung der ursprünglichen Meldung in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V (vergleiche Abschnitt 2.1.2) vornehmen und eine zweite Initialmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.3) veranlassen (vergleiche Beispiel 2). Einer Stornierung der bereits gegenseitig ausgetauschten Meldungen bedarf es in diesem Fall nicht. Folgt keine zweite Initialmeldung, ist der Geschäftsprozess hiermit regelmäßig abgeschlossen. Die für den Fall des Widerrufs der Wahlerklärung durch das Mitglied geltenden Besonderheiten (Kennzeichen = 7) werden in Abschnitt 2.4.3 erläutert.

Stellt sich im Einzelfall heraus, dass entgegen der Meldung der bisherigen Krankenkasse über die Unzulässigkeit des Krankenkassenwechsels ein Krankenkassenwechsel aus dem angegebenen Anlass zu dem angestrebten Zeitpunkt dennoch möglich ist, hat die bisherige Krankenkasse ihre

ursprüngliche Rückmeldung zu stornieren und eine erneute Rückmeldung mit der Angabe des Datums des Mitgliedschaftsendes und dem ursprünglichen Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ abzugeben. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft erforderliche Vorversicherungszeit – abweichend von dem Kenntnisstand der bisherigen Krankenkasse – aufgrund der Berücksichtigung von Versicherungszeiten bei anderen Krankenkassen erfüllt ist (vergleiche Abschnitt 2.3.2.2 sowie Beispiel 3).

Eine besondere Verfahrensweise gilt für die Sachverhalte, in denen es sich um eine Abgrenzung zwischen dem besonderen Zweig der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der allgemeinen Krankenversicherung handelt. Vor allem sind die Fälle angesprochen, in denen eine in der Land- oder Forstwirtschaft selbstständig tätige Person eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt (oder einen anderen Versicherungspflichttatbestand in der allgemeinen Krankenversicherung erfüllt) und aus diesem Grund von ihrem Wahlrecht zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung Gebrauch macht („Art_der_Meldung“ = 1). Um sicherzustellen, dass die Ausschlussregelung des § 5 Absatz 5 SGB V geprüft wird, antwortet die landwirtschaftliche Krankenkasse in solchen Fällen auf die Initialmeldung der gewählten Krankenkasse zunächst mit einem allgemeinen Hinweis auf die Notwendigkeit der Prüfung dieses Ausschlusstatbestandes. Hierfür wird das Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ mit dem Kennzeichen „5“ verwendet (vergleiche Tabelle oben). Als Reaktion darauf prüft die gewählte Krankenkasse – sofern noch nicht geschehen – die Voraussetzungen des § 5 Absatz 5 SGB V. Kommt sie zum Ergebnis, dass keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit als Landwirt vorliegt, bestätigt sie dies mit der zweiten Initialmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.3). Ergibt sich aus der Prüfung, dass die Voraussetzungen des Ausschlusstatbestandes vorliegen, bedarf es keiner Antwort der gewählten Krankenkasse. Der Geschäftsprozess ist in diesem Fall mit der Rückmeldung der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgeschlossen; der Krankenkassenwechsel kommt nicht zustande.

Im Gegensatz zum Kennzeichen „5“ bedeutet die Verwendung des Kennzeichens „6“ im Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse die rechtlichen Voraussetzungen eines Krankenkassenwechsels zum System der allgemeinen Krankenversicherung für die betroffene Person in eigener Zuständigkeit geprüft und diese verneint hat. Hierbei dürfte es sich regelmäßig um die Sachverhalte handeln, in denen die Initialmeldung der gewählten Krankenkasse auf den fehlerhaften oder unvollständigen Angaben des Mitglieds beruht. Das Kennzeichen „6“ ist bei der gemeldeten „Art_der_Meldung“ = 1, 2 oder 3 zulässig. Der Geschäftsprozess ist mit der Rückmeldung der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgeschlossen; der Krankenkassenwechsel kommt nicht zustande.

Wird eine Meldung nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V an eine unzuständige Krankenkasse übermittelt, hat diese ihre Unzuständigkeit der gewählten Krankenkasse in der Rückmeldung anzugeben (Datenfeld „Unzustaendig“). Die abgegebene Initialmeldung ist nicht zu stornieren.

Bestand – abweichend von den Angaben des Mitglieds – bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt eine Familienversicherung, teilt die bisherige Krankenkasse dies der gewählten Krankenkasse (Datenfeld „Familienversicherung“) mit. Die abgegebene Initialmeldung ist nicht zu stornieren; die Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze ist nachzuholen. In Abgrenzung hierzu bedarf es dann einer Stornierung der Meldungen nach § 175 Absatz 2 SGB V, wenn die Notwendigkeit des Meldeverfahrens bei Durchführung der Familienversicherung erst im Nachgang zum Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung festgestellt wird (vergleiche Abschnitt 2.2.8).

2.2.3 Zweite Initialmeldung

Eine zweite Initialmeldung dient bei dem Datenaustausch innerhalb der allgemeinen Krankenversicherung der Umdeutung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass, welches sich als unzulässig erweist, in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V (vergleiche Abschnitt 2.1.2). Kenntnis darüber, dass der ursprünglich gemeldete Krankenkassenwechsel nicht möglich ist, erhält die gewählte Krankenkasse entweder im Rahmen der Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse (vergleiche Beispiel 2) oder auf Grundlage der entsprechenden Meldungen der zur Meldung verpflichteten Stelle (vergleiche Beispiele 4 und 5) sowie im Einzelfall auch durch die nachträglichen Hinweise des Mitglieds (vergleiche Beispiel 6).

Die Möglichkeit der Umdeutung eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts in ein Kündigungsverfahren nach § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V wird darüber hinaus auch in den Fällen eingeräumt, in denen zwar eine andere Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen nach dem Eintritt der Versicherungspflicht gewählt wurde, das Mitglied jedoch die zur Meldung verpflichtete Stelle nicht beziehungsweise nicht rechtzeitig über die gewählte Krankenkasse informiert hat und der Krankenkassenwechsel somit nicht rechtswirksam geworden ist (vergleiche Beispiel 7).

Für die zweite Initialmeldung ist hierbei als Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3 zu verwenden. Als Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist ein Datum anzugeben, welches unter Beachtung der Angaben des Mitglieds über die Dauer der Mitgliedschaft und über die möglichen Bindungsfristen bei der letzten Krankenkasse sowie der Einbeziehung von Kündigungsfristen berechnet wird.

Durch die Anknüpfung an die Vorgangs-ID aus der ersten Initialmeldung ist sichergestellt, dass für die Berechnung der Kündigungsfrist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse verwendet wird.

Bei dem Datenaustausch zwischen der allgemeinen und der landwirtschaftlichen Krankenversicherung erfüllt die zweite Initialmeldung einen anderen Zweck. Sie ist als Reaktion auf die erste Rückmeldung der landwirtschaftlichen Krankenkasse mit dem Kennzeichen „5“ im Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ konzipiert und bedeutet die Bestätigung der Rechtmäßigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels. Darüber hinaus ist sie als Aufforderung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zur Übermittlung der notwendigen versicherungs- und beitragsrechtlichen Daten (vergleiche Abschnitt 3.1) zu verstehen, weil diese in der ersten Rückmeldung der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht enthalten sind.

Die zweite Initialmeldung beinhaltet in diesem Fall dasselbe Kennzeichen zur Art der Meldung (hier = „1“) und denselben Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse, die in der ersten Initialmeldung angegeben wurden.

2.2.4 Zweite Rückmeldung

Die zweite Rückmeldung enthält als Reaktion auf die zweite Initialmeldung bei dem Datenaustausch innerhalb der allgemeinen Krankenversicherung als Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3.

Das Datum, an dem die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet, wird mit dem Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ mitgeteilt, wenn die Bindungs- und Kündigungsfrist durch die gewählte Krankenkasse zutreffend berücksichtigt wurden. Ansonsten wird für die Mitteilung des Mitgliedschaftsendes das Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ verwendet. Die zweite Rückmeldung erfolgt bei dem Meldeaustausch innerhalb der allgemeinen Krankenversicherung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der zweiten Initialmeldung.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse verwendet für ihre zweite Rückmeldung das Kennzeichen „1“ zur „Art_der_Meldung“ und das Datum des Vortages, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse entsprechend der abgegebenen Initialmeldung beginnt. Anders als die erste Rückmeldung beinhaltet die zweite Rückmeldung der landwirtschaftlichen Krankenkasse das in den Abschnitten 3.2 und 3.3 definierte Datenpaket.

2.2.5 Änderungsmeldung

Eine Änderungsmeldung ist notwendig, wenn die bisherige Krankenkasse bereits im Rahmen einer Rückmeldung den Krankenkassenwechsel zu dem angestrebten Datum bestätigt hat und sich

anschließend – regelmäßig aus einer entsprechenden Meldung der zur Meldung verpflichteten Stelle – der von dem ursprünglich gemeldeten Datum abweichende Beginn der Mitgliedschaft ergibt. Mit dem Datensatz „Kassenwahlrecht_Aenderungsmeldung“ informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse, zu welchem Zeitpunkt die Mitgliedschaft bei ihr tatsächlich begonnen hat. Kommt eine Änderungsmeldung zum Einsatz, ist die erste Initialmeldung, aus dem sich ein anderes (bei einer nachträglichen Betrachtungsweise falsches) Datum des Krankenkassenwechsels ergibt, nicht zu stornieren (vergleiche Abschnitt 2.2.8).

Demgegenüber ist keine Änderungsmeldung zu erstellen, wenn das geänderte Datum für den Krankenkassenwechsel bereits durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse bekannt gegeben wurde. Einer Stornierung der ersten Initialmeldung bedarf es ebenfalls nicht. Als Antwort auf die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erstellt die gewählte Krankenkasse in diesem Fall eine abschließende Initialmeldung (vergleiche Beispiel 12).

Die Notwendigkeit einer Änderungsmeldung kann sich nur in Zusammenhang mit der Ausübung des sogenannten sofortigen Krankenkassenwahlrechts (Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 1 oder 2) ergeben. Regelmäßig verändert sich hierbei lediglich der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse, ohne dass sich gleichzeitig auch das Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ ändert (vergleiche Beispiele 8, 10 und 11). Sofern im Einzelfall neben einem abweichenden Beginn der Mitgliedschaft auch eine Änderung des versicherungsrechtlichen Status zu berücksichtigen ist, wird in der Änderungsmeldung auch das geänderte Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ angegeben (vergleiche Beispiel 9).

Eine Änderungsmeldung ist nicht erforderlich, wenn sich lediglich der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungspflicht/Beginn der Versicherungsberechtigung) gegenüber der ursprünglichen Initialmeldung verändert, ohne dass der Beginn der Mitgliedschaft von dem ursprünglich gemeldeten Datum abweicht. Bei Erstellung einer abschließenden Initialmeldung ist jedoch das geänderte Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ zu verwenden (vergleiche Beispiele 13 und 14).

Die bisherige Krankenkasse prüft auf Grundlage der Änderungsmeldung, ob sich daraus Auswirkungen auf das letzte Versicherungsverhältnis des Mitglieds bei ihr ergeben und führt bei Bedarf die notwendigen Korrekturen durch.

Mit der Änderungsmeldung fordert die gewählte Krankenkasse zugleich die bisherige Krankenkasse auf, die Leistungs- und sonstigen Daten des Mitglieds (vergleiche Abschnitte 3.4 und 3.5) zu übermitteln. In diesem Sinne ersetzt die Änderungsmeldung die abschließende Initialmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.6).

Ergibt sich im Nachgang zu dem durchgeführten Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung die Notwendigkeit der anderweitigen Korrekturen zu dem ursprünglich geplanten Krankenkassenwechsel, die sich auf die Versicherung bei der bisherigen Krankenkasse auswirken und sich nicht mit einer Änderungsmeldung abbilden lassen, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens mitzuteilen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der angestrebte Krankenkassenwechsel aus Anlass eines sofortigen Wahlrechts wegen fehlerhafter oder unvollständiger Angaben des Mitglieds nicht möglich ist und die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse fortzuführen wäre. Ein ergänzender Informationsaustausch verbindet sich gegebenenfalls mit einer zweiten Initialmeldung.

2.2.6 Abschließende Initialmeldung

Mit der abschließenden Initialmeldung bestätigt die gewählte Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft bei ihr tatsächlich zustande gekommen ist, und fordert die bisherige Krankenkasse auf, die Leistungs- und sonstigen Daten des Mitglieds (vergleiche Abschnitte 3.4 und 3.5) zu übermitteln. Hierfür erstellt die gewählte Krankenkasse die Initialmeldung erneut und teilt der bisherigen Krankenkasse im Datenfeld „Mitgliedschaft_wird_durchgeführt“ mit, dass der Krankenkassenwechsel vollzogen wurde. Die abschließende Initialmeldung ist nur dann abzugeben, wenn keine Änderungsmeldung (vergleiche Abschnitt 2.2.5) abgegeben wurde.

Bei Mitgliedern, die über eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen, setzt die Erstellung einer abschließenden Initialmeldung den Eingang einer entsprechenden – den Krankenkassenwechsel bestätigenden – Anmeldung voraus. Eine vorgezogene Erstellung einer abschließenden Initialmeldung ist vor diesem Hintergrund unzulässig. Das bedeutet im Ergebnis, dass die abschließenden Initialmeldungen in solchen Fällen erst nach dem Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse übermittelt werden. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob es sich um ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht oder um ein Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis handelt.

Demgegenüber werden die abschließenden Initialmeldungen bei Mitgliedern, die über keine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen und ein Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis vollziehen, in Umsetzung der Anforderung der Unverzüglichkeit regelmäßig noch vor dem Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse erstellt. Eine zwingende Fristsetzung für die Erstellung einer abschließenden Initialmeldung noch innerhalb der Kündigungsfrist gilt jedoch nicht. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die ab dem 1. Januar 2021 geltende rechtliche Systematik auf eine schwebende Unwirksamkeit der Kündigung der Mitgliedschaft – jedenfalls solange die betroffene Person ein Mitglied der GKV bleibt – verzichtet. Das rechtmäßige Zustandekommen des Krankenkassenwechsels ist nicht mehr

von einem rechtzeitigen (innerhalb der Kündigungsfrist) Zugang der Information über die neue Krankenkassenzuständigkeit an die zur Meldung verpflichteten Stelle beziehungsweise an die bisherige Krankenkasse abhängig. Sofern es im Einzelfall zu einer verspäteten abschließenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse kommen sollte, vollzieht sich der Krankenkassenwechsel dennoch zum angestrebten Termin.

2.2.7 Abschlussmeldung

Die Abschlussmeldung (Datensatz „Kassenwahlrecht_Abschlussmeldung“) ist verpflichtend und als Reaktion der bisherigen Krankenkasse auf eine Änderungsmeldung oder eine abschließende Initialmeldung der gewählten Krankenkasse konzipiert. Sie dient vorrangig der Übermittlung der angeforderten Leistungs- und sonstigen Daten des Mitglieds (vergleiche Abschnitte 3.4 und 3.5). Eine Abschlussmeldung ist jedoch auch dann notwendig, wenn im Einzelfall keine zu übermittelnden Leistungs- und sonstigen Daten des Mitglieds vorhanden sind.

Die Erstellung einer Abschlussmeldung dient der Sicherstellung, dass der angestrebte gemeldete Krankenkassenwechsel tatsächlich vollzogen wird und das betroffene Mitglied weder seinen Krankenversicherungsschutz verliert (was insbesondere bei Mitgliedern ohne eine zur Meldung verpflichteten Stelle von Bedeutung ist) noch bei mehreren Krankenkassen gleichzeitig als Mitglied versichert wird. Vor diesem Hintergrund hat die bisherige Krankenkasse die gewählte Krankenkasse zur Erstellung einer abschließenden Initialmeldung aufzufordern, wenn sie von ihr ausnahmsweise weder eine Änderungsmeldung noch eine abschließende Initialmeldung erhält und nicht bereits anderweitig bekannt wird, dass der Krankenkassenwechsel nicht stattfindet. Hierfür ist ein Erinnerungsverfahren zu nutzen (vergleiche Abschnitt 2.2.9).

Im Übrigen gilt der Grundsatz, dass die Erstellung einer Abschlussmeldung durch die bisherige Krankenkasse ausschließlich an eine Krankenkasse zulässig ist. Wie diese Anforderung im Falle einer mehrfachen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts realisiert wird, ergibt sich aus den Erläuterungen in Abschnitt 2.4.2).

2.2.8 Stornierung von elektronischen Meldungen

Die Meldungen sind zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten waren oder die Krankenkasse von sich aus feststellt, dass sie inhaltlich falsche Daten (unzutreffende Angaben) gemeldet hat, sofern keine speziellen Festlegungen in der vorliegenden Verfahrensbeschreibung getroffen wurden.

In Abgrenzung zu den Änderungsmeldungen (vergleiche Abschnitt 2.2.5) gilt, dass die nachträglichen Erkenntnisse über die Notwendigkeit einer Korrektur der ursprünglich abgegebenen Initialmeldung dann zu einer Stornierung führen, wenn die gewählte Krankenkasse

zu diesem Zeitpunkt von der bisherigen Krankenkasse noch keine entsprechende Rückmeldung erhalten hat (vergleiche Beispiel 17).

Kein Stornierungsgrund liegt im Allgemeinen vor, wenn sich nach dem durchgeführten Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung herausstellt, dass der angestrebte Krankenkassenwechsel zu den ursprünglich angegebenen rechtlichen Bedingungen und zu dem ursprünglich geplanten Datum nicht zustande kommt. Dies gilt unabhängig davon, ob anschließend – zum Beispiel im Wege einer Umdeutung (vergleiche Abschnitt 2.1.2) oder aus einem anderen Grund (vergleiche Abschnitt 2.5) – ein weiterer Informationsaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen durchgeführt wird.

Demgegenüber sind sämtliche übermittelten Meldungen zu stornieren, wenn nach dem Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung (oder ausnahmsweise auch später) festgestellt wird, dass anstelle des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V ein Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze durchzuführen war. Die Notwendigkeit von Stornierungen ergibt sich bereits im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Argumente aus dem Umstand, dass dem durchgeführten Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen wird. Die beteiligten Krankenkassen unterstützen sich gegenseitig bei der Weitergabe der Informationen über die Notwendigkeit des nachzuholenden Meldeverfahrens nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze (vergleiche Beispiele 15 und 16).

Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist die Meldung mit den ursprünglich übermittelten Daten sowie dem Stornokennzeichen in der aktuellen Version zu übermitteln.

2.2.9 Erinnerungsverfahren

Für den Fall, dass die am Meldeverfahren teilnehmenden Krankenkassen ihre Meldeverpflichtungen ausnahmsweise nicht rechtzeitig erfüllen, ist ein Erinnerungsverfahren[3] vorgesehen. Da das Meldeverfahren im Allgemeinen als Reaktion der bisherigen Krankenkasse auf die jeweilige Meldung der gewählten Krankenkasse konzipiert ist, wird auch das Erinnerungsverfahren regelmäßig durch die gewählte Krankenkasse initiiert. Eine Erinnerungsmeldung darf frühestens 1 Woche nach Ablauf der für eine entsprechende Rückmeldung eingeräumten Mindestfrist erstellt werden. Im Hinblick darauf, dass für verschiedene Fallkonstellationen unterschiedliche Mindestfristen für die Erstellung der jeweils relevanten Rückmeldungen vorgesehen sind, ergeben sich für die Erinnerungsmeldungen in den typischen Fallkonstellationen folgende Fristen:

[3] Einführung zum 1. Juli 2023

- Eine Erinnerung an die ausstehende Rückmeldung beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren darf frühestens 3 Wochen nach der Erstellung der Initialmeldung erfolgen.
- Eine Erinnerung an die ausstehende Rückmeldung beim Krankenkassenwechsel im Rahmen des sofortigen Krankenkassenwahlrechts darf frühestens 9 Wochen nach dem Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse erfolgen.
- Eine Erinnerung an die ausstehende Rückmeldung beim Krankenkassenwechsel aus Anlass des Eintritts der Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse darf frühestens 3 Wochen nach der Erstellung der Initialmeldung erfolgen.
- Eine Erinnerung an die ausstehende Abschlussmeldung darf frühestens 2 Wochen nach der Erstellung der abschließenden Initialmeldung beziehungsweise der Änderungsmeldung erfolgen.

Dem gegenüber kann sich für die bisherige Krankenkasse nur ausnahmsweise eine Notwendigkeit ergeben, ein Erinnerungsverfahren zu initiieren. Dies ist dann der Fall, wenn sie (nach dem Austausch einer Initialmeldung und einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung) von der gewählten Krankenkasse weder eine Änderungsmeldung noch eine abschließende Initialmeldung erhält und nicht anderweitig informiert wird, dass der Krankenkassenwechsel nicht stattfindet (vergleiche Abschnitt 2.2.7). Im Erinnerungsverfahren fordert die bisherige Krankenkasse die gewählte Krankenkasse zur Erstellung einer abschließenden Initialmeldung auf. Eine Erinnerungsmeldung darf frühestens 7 Wochen nach dem angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse und frühestens 1 Woche nach der den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung erstellt werden.

Nach dem Erhalt einer Erinnerungsmeldung hat die betroffene Krankenkasse sicherzustellen, dass die angeforderte Meldung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, erstellt wird. Sofern eine unverzügliche Erstellung einer angeforderten Meldung ausnahmsweise nicht möglich ist (zum Beispiel im Falle einer noch fehlenden Meldung einer zur Meldung verpflichteten Stelle), sind die Gründe für die Verzögerung der angeforderten Meldung außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens zu kommunizieren.

Eine Wiederholung einer Erinnerungsmeldung für denselben Sachverhalt ist nicht vorgesehen. Im Übrigen ergeben sich im Falle einer verspäteten oder fehlenden Rückmeldung der betroffenen Krankenkasse auf eine Erinnerungsmeldung keine rechtlichen Konsequenzen auf das Zustandekommen des angestrebten Krankenkassenwechsels.

Im Rahmen des Erinnerungsverfahrens ist der Datensatz „Kassenwahlrecht_Erinnerung“ unter Angabe des Grundes („Grund_Erinnerung“) „1“ = fehlende Rückmeldung, „2“ = fehlende Abschlussmeldung oder „3“ = fehlende abschließende Initialmeldung zu übermitteln.

Die Identifizierung der Meldung, an deren Beantwortung erinnert wird, erfolgt unter Verwendung der Datensatz-ID der ursprünglichen Anfrage, die im Feld „Datensatz_ID_Ursprungsmeldung“ eingetragen wird. Zusätzlich ist das Erstellungsdatum der ursprünglichen Anfrage im Feld „Datum_Anfrage“ einzutragen. Anhand dieser beiden Angaben und unter Berücksichtigung der Angaben zur Person erfolgt die Identifizierung des Sachverhalts und anschließende Rückmeldung an die erinnernde Krankenkasse.

Als ursprüngliche Anfrage im Sinne des vorangegangenen Absatzes gilt:

- bei einer fehlenden ersten Rückmeldung der bisherigen Krankenasse die erste Initialmeldung der gewählten Krankenkasse
- bei einer fehlenden zweiten Rückmeldung der bisherigen Krankenasse die zweite Initialmeldung der gewählten Krankenkasse
- bei einer fehlenden Abschlussmeldung der bisherigen Krankenasse die Änderungsmeldung oder abschließende Initialmeldung der gewählten Krankenkasse
- bei einer fehlenden abschließenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse.

2.3 Geschäftsvorfälle des Krankenkassenwechsels

2.3.1 Beginn der Versicherungspflicht

2.3.1.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse

Die gewählte Krankenkasse hat aufgrund der Angaben des Mitglieds festzustellen, dass der Krankenkassenwechsel aus Anlass des Eintritts eines Versicherungspflichttatbestandes (mit Ausnahme der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) angestrebt ist und die Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwechsels erfüllt sind. Hierzu gehört auch die Prüfung, ob die Wahlerklärung des Mitglieds bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht abgegeben wurde.

Die Meldung an die bisherige Krankenkasse ist unverzüglich nach dem Zugang der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse und der Feststellung der Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwechsels abzugeben. Als Datum des angestrebten Krankenkassenwechsels ist immer das Datum des Beginns eines neuen Versicherungspflichtverhältnisses anzugeben.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse hat keine Rechtswirkung auf das rechtmäßige Zustandekommen des Krankenkassenwechsels, es sei denn, im Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen wird festgestellt, dass der angestrebte Krankenkassenwechsel aus fehlerhaften beziehungsweise unvollständigen Angaben des Mitglieds resultiert oder die Wahlerklärung des Mitglieds nicht rechtzeitig abgegeben wurde.

2.3.1.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse

2.3.1.2.1 Letztes Versicherungsverhältnis = Versicherungspflicht

Bestand bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt eine Pflichtmitgliedschaft (mit Ausnahme der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V), gegebenenfalls auch einschließlich des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V, dient die Meldung der gewählten Krankenkasse vorrangig dazu, die Prüfung des möglichen Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht durch die bisherige Krankenkasse zu unterstützen und zu beschleunigen. Sie gilt als Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung. Als Meldung in diesem Sinne ist regelmäßig die Abmeldung nach § 8 DEÜV (beziehungsweise nach anderen gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen) für das letzte Pflichtversicherungsverhältnis bei der bisherigen Krankenkasse zu verstehen. Bestand bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten, gilt für die Rückmeldung die zweiwöchige Frist nach Eingang der Initialmeldung der gewählten Krankenkasse.

Die Rückmeldung beinhaltet im Regelfall im Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ das Datum, an dem die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet. Das Datum ergibt sich regelmäßig aus der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle. Der Zeitraum eines eventuell bestehenden nachgehenden Leistungsanspruchs im Sinne des § 19 Absatz 2 SGB V wird nicht gemeldet. Die Informationen zu dem letzten versicherungsrechtlichen Status des Mitglieds ergeben sich aus den ergänzenden Meldeinhalten nach § 304 SGB V (vergleiche Abschnitt 3.2).

Sofern der bisherigen Krankenkasse ausnahmsweise die Informationen bekannt sind, die der sofortigen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts entgegenstehen, hat sie dies der gewählten Krankenkasse mit dem Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ zu melden (vergleiche Abschnitte 2.2.2 und 2.4.3).

Eine Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V durch die bisherige Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 2.1.2) ist in dieser Fallkonstellation nicht möglich.

2.3.1.2.2 Letztes Versicherungsverhältnis = freiwillige Mitgliedschaft beziehungsweise Auffang-Versicherungspflicht

Bestand bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft oder die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, stellt die Meldung der neu zuständigen Krankenkasse die Grundlage für die Beendigung der Mitgliedschaft nach Maßgabe des § 191 Nummer 2 oder § 190 Absatz 13 Satz 1 Nummer 1 SGB V dar.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung. Als Meldung in diesem Sinne ist regelmäßig die Meldung der neu zuständigen Krankenkasse zu verstehen; abweichend hiervon gilt in diesem Sinne insoweit die Abmeldung nach § 8 DEÜV, sofern es sich um einen versicherungsfreien Arbeitnehmer (vergleiche zum Beispiel § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V) handelt.

Die Rückmeldung beinhaltet im Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ das Datum, an dem die letzte Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse nach § 191 Nummer 2 oder § 190 Absatz 13 Satz 1 Nummer 1 SGB V endet. Dies ist das Datum des Vortages, an dem die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt. Im Regelfall übernimmt die bisherige Krankenkasse das durch die gewählte Krankenkasse übermittelte Datum des Beginns der Versicherungspflicht. Ein abweichendes Datum hierzu kann sich aus den eigenen Erkenntnissen der bisherigen Krankenkasse lediglich ausnahmsweise ergeben. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sich aufgrund der absoluten Versicherungsfreiheit, die über den Tag des Beginns des Versicherungspflichttatbestandes fortbesteht, der Eintritt der Versicherungspflicht verschiebt. In diesem Fall meldet die bisherige Krankenkasse das Ende der Mitgliedschaft zu dem Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfreiheit.

Die Informationen zu dem letzten versicherungsrechtlichen Status des Mitglieds ergeben sich aus den ergänzenden Meldeinhalten nach § 304 SGB V (vergleiche Abschnitt 3.2).

2.3.1.2.3 Letztes Versicherungsverhältnis wird zum Zeitpunkt des Eingangs einer Initialmeldung geklärt

Das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen ist unter anderem auch dann vorgeschrieben, wenn sich aus den Angaben des Mitglieds – neben der Information über die letzte Krankenkasse – eine Lücke im Versicherungsverlauf unmittelbar vor dem Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ergibt (vergleiche Abschnitt 2.1.3). Somit können unter Umständen solche Fallkonstellationen auftreten, in denen die Prüfung der Weiterversicherung des Mitglieds

bei der bisherigen Krankenkasse zum Zeitpunkt des Eingangs der Initialmeldung der gewählten Krankenkasse noch nicht abgeschlossen ist.

Ergibt sich aus der Initialmeldung, dass die Unterbrechung zwischen der letzten Pflichtmitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse und der neuen Pflichtmitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse im zeitlichen Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V liegt, bedarf es regelmäßig keiner weiteren Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung bei der bisherigen Krankenkasse. Das Vorliegen eines nachgehenden Leistungsanspruchs ist zu unterstellen, wenn keine Anhaltspunkte dem entgegenstehen. Für die Umsetzung des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen gelten die in Abschnitt 2.3.1.2.1 dargestellten Regelungen.

Übersteigt der Zeitraum zwischen dem Ende der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse und dem voraussichtlichen Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse die Dauer des nachgehenden Leistungsanspruchs, wird die bisherige Krankenkasse alleine durch den Erhalt einer Initialmeldung von ihrer Verpflichtung zur Klärung der Weiterversicherung des Mitglieds während einer möglicherweise entstehenden Versicherungslücke nicht entbunden. Der Umstand, dass ihr ehemaliges Mitglied gegenüber der gewählten Krankenkasse angegeben hatte, zuletzt bei der Empfängerin der Initialmeldung versichert gewesen zu sein, hat eine starke Indizwirkung. Dennoch reicht diese Information alleine nicht dafür aus, um während der ungeklärten Versicherungslücke eine obligatorische Anschlussversicherung zu unterstellen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass das Mitglied gegenüber der neuen Krankenkasse fehlerhafte Angaben gemacht haben könnte und in der Zwischenzeit doch anderweitig abgesichert war. Dies ist insbesondere dann vorstellbar, wenn der Betroffene zwar zwischenzeitlich einen Anspruch auf die Familienversicherung hatte, diesen jedoch gegenüber der zuständigen (in das Meldeverfahren nicht einbezogenen) Krankenkasse nicht angezeigt hat. Die bisherige Krankenkasse muss somit – ungeachtet des Erhalts einer Initialmeldung – ihre Ermittlungen hinsichtlich der Versicherung der betroffenen Person zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen fortsetzen.

Die Notwendigkeit der Fortführung der Ermittlungsaktivitäten durch die bisherige Krankenkasse darf jedoch nicht zu einer Verzögerung des Meldeverfahrens im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V führen. Vor diesem Hintergrund hat die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Initialmeldung, zu erfolgen. Die Rückmeldung beinhaltet hierbei im Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ das Datum, an dem die letzte bekannte versicherungspflichtige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse beendet wurde. Auf dieser Grundlage wird anschließend auch eine Abschlussmeldung unter Berücksichtigung der

allgemein gültigen Meldefristen erstellt, wenn die letzte Versicherung der betroffenen Person bei der bisherigen Krankenkasse bis dahin noch nicht geklärt ist.

Eine abschließende meldetechnische Abwicklung des Sachverhaltes hängt im Einzelnen davon ab, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Ergebnis die bisherige Krankenkasse ihre Ermittlungen hinsichtlich einer zwischenzeitlichen Versicherung des Betroffenen beendet. Stellt die Krankenkasse in der Zeit zwischen der Abgabe der Rück- und Abschlussmeldung fest, dass während der bislang ungeklärten Versicherungslücke eine obligatorische Anschlussversicherung bestand, hat die bisherige Krankenkasse ihre ursprüngliche Rückmeldung zu stornieren und eine erneute Rückmeldung mit einem anderen Datum für das Ende der Mitgliedschaft abzugeben. Demgegenüber ist keine Korrektur der Meldungen notwendig, wenn die Feststellung über das Vorliegen einer obligatorischen Anschlussversicherung erst nach der Abgabe einer Abschlussmeldung vorgenommen wird. Dies ergibt sich aus dem in Abschnitt 3.2 formulierten Grundsatz, wonach eine nachträgliche Korrektur der Versicherungszeiten nach Abgabe einer Abschlussmeldung im Allgemeinen nicht vorgesehen ist.

Kommt die bisherige Krankenkasse zum Ergebnis, dass während der zu klärenden Versicherungslücke eine Familienversicherung (bei einer dritten, im Meldeverfahren nicht beteiligten Krankenkasse) bestand, hat dies zur Folge, dass dem durchgeführten Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen wird und zwei Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze zwischen den jeweils beteiligten Krankenkassen rückwirkend nachzuholen sind. Vor diesem Hintergrund sind sämtliche nach Maßgabe des § 175 Absatz 2 SGB V erstellten Meldungen zu stornieren; die bisherige Krankenkasse informiert die gewählte Krankenkasse darüber. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob die Informationen über die zwischenzeitlich bestandene Familienversicherung bereits nach der Abgabe einer Rückmeldung oder erst nach der Abgabe einer Abschlussmeldung bekannt werden.

2.3.2 Beginn der Versicherungsberechtigung

2.3.2.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse

Die gewählte Krankenkasse hat aufgrund der Angaben des Mitglieds festzustellen, dass der Krankenkassenwechsel aus Anlass des Eintritts der Versicherungsberechtigung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angestrebt ist und die Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwechsels grundsätzlich erfüllt sind. Hierzu gehört unter anderem die Prüfung, ob die Wahlerklärung des Mitglieds bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem beitrittsbegründenden Ereignis abgegeben wurde. Ergänzend hat die gewählte Krankenkasse aufgrund der Angaben des Mitglieds zu prüfen, ob die Vorversicherungszeit erfüllt ist, sofern es sich um eine freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V handelt. Die

Nachweise über die Vorversicherungszeit müssen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vom Mitglied angefordert werden; als abschließender Nachweis gelten im Regelfall die Informationen über die Vorversicherungszeit (vergleiche Abschnitt 3.2), die im Rahmen der Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse übermittelt werden.

Ist nach alledem ein Krankenkassenwechsel möglich, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds. Als Datum über den angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist stets das Datum des Beginns der Versicherungsberechtigung anzugeben.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse hat keine Rechtswirkung auf das rechtmäßige Zustandekommen des Krankenkassenwechsels, es sei denn, im Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen wird festgestellt, dass der angestrebte Krankenkassenwechsel aus fehlerhaften Angaben des Mitglieds resultiert beziehungsweise die Wahlerklärung des Mitglieds nicht rechtzeitig abgegeben wurde.

2.3.2.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse

In dieser Sachverhaltskonstellation ist das Mitglied bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt nahtlos bis zum Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse als Pflichtmitglied versichert. Die Meldung der gewählten Krankenkasse dient vorrangig dazu, die Prüfung des möglichen Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht durch die bisherige Krankenkasse zu unterstützen und zu beschleunigen. Sie gilt als Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung. Als Meldung in diesem Sinne ist regelmäßig die Abmeldung nach § 8 DEÜV (beziehungsweise nach anderen gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen) für das letzte Pflichtversicherungsverhältnis bei der bisherigen Krankenkasse zu verstehen. Bestand bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten, gilt für die Rückmeldung die zweiwöchige Frist nach Eingang der Initialmeldung der gewählten Krankenkasse. Erkennt die bisherige Krankenkasse im Einzelfall bereits unmittelbar nach Eingang der Meldung der gewählten Krankenkasse, dass die rechtlichen Voraussetzungen für ein sofortiges Krankenkassenwahlecht nicht gegeben sind, ist die Rückmeldung ebenfalls spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang dieser Meldung zu erstatten.

Die Rückmeldung beinhaltet im Regelfall im Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ das Datum, an dem die letzte Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet. Das Datum ergibt sich

regelmäßig aus der maßgeblichen Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle. Eine Unterbrechung zwischen dem Ende der Versicherungspflicht bei der bisherigen Krankenkasse und dem angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beziehungsweise eine Überscheidung dieser Zeiten ist ausgeschlossen; gegebenenfalls hat die gewählte Krankenkasse den Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu verschieben. Die Informationen zu dem letzten versicherungsrechtlichen Status des Mitglieds ergeben sich aus den ergänzenden Meldeinhalten nach § 304 SGB V (vergleiche Abschnitt 3.2).

Bestand bei der bisherigen Krankenkasse (abweichend von den Angaben des Mitglieds) zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft, sind die rechtlichen Voraussetzungen für ein sofortiges Krankenkassenwahlecht nicht gegeben. Die bisherige Krankenkasse deutet die Meldung der gewählten Krankenkasse in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um (vergleiche Abschnitt 2.1.2). Die Rückmeldung beinhaltet in diesem Fall – abweichend zur Initialmeldung – das Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3. Als Ende der Mitgliedschaft wird mit dem Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ das Datum mitgeteilt, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungs- und Kündigungsfristen endet (vergleiche Beispiel 1). Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist hierbei das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse relevant.

Ist die Vorversicherungszeit alleine aufgrund der bei der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Informationen nicht erfüllt (gegebenenfalls abweichend von den Angaben des Mitglieds), ist die gewählte Krankenkasse darüber im Rahmen der elektronischen Rückmeldung mit dem Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ zu informieren (vergleiche Abschnitt 2.2.2 sowie Beispiele 2 und 3). Die Übermittlung der Versicherungszeiten nach Maßgabe des § 304 SGB V (vergleiche Abschnitt 3.2) bleibt dennoch unberührt, weil die verbindliche Prüfung der Vorversicherungszeiten der gewählten Krankenkasse obliegt und die Vorversicherungszeit für die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V unter Umständen auch anderweitig erfüllt sein könnte beziehungsweise für die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V keine Vorversicherungszeit zu erfüllen ist. Der Sachverhalt wird zwischen den Krankenkassen zunächst bei Bedarf außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens geklärt und anschließend elektronisch abgewickelt (vergleiche Abschnitt 2.2.3 sowie Beispiel 2 oder Abschnitt 2.2.2 sowie Beispiel 3).

Ergibt sich ausnahmsweise, dass die bisherige Krankenkasse zum Zeitpunkt des Eingangs der Initialmeldung der gewählten Krankenkasse die Prüfung der Weiterversicherung des Mitglieds noch nicht abgeschlossen hat, ist eine abschließende rechtliche Bewertung der Zulässigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels noch nicht möglich. Die bisherige Krankenkasse informiert die gewählte Krankenkasse darüber unverzüglich außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens

und führt ihre Ermittlungsaktivitäten fort. Eine abschließende rechtliche und meldetechnische Abwicklung des Sachverhaltes ist unverzüglich nachzuholen, sobald die Ermittlungen hinsichtlich einer zwischenzeitlichen Versicherung des Betroffenen beendet sind.

2.3.3 Kündigung beziehungsweise Sonderkündigung

2.3.3.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse

Mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3 wird ein Krankenkassenwechsel bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis

- im Rahmen eines Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V nach Ablauf der Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse oder
- im Rahmen eines Sonderkündigungsrechts aufgrund der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes durch die bisherige Krankenkasse

abgebildet. Die gewählte Krankenkasse hat aufgrund der Angaben des Mitglieds festzustellen, welche der beiden Optionen zutrifft. Im Falle des Sonderkündigungsrechts ist ergänzend zu prüfen, ob dem Sonderkündigungsrecht entgegenstehende Gründe vorliegen (insbesondere die Teilnahme des Mitglieds an einem Wahltarif für Krankengeld nach § 53 Absatz 6 SGB V oder der Beginn der Mitgliedschaft nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung beziehungsweise der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes beziehungsweise nach dem Tag deren Bekanntgabe). Das Prüfverfahren und die Meldeabläufe sind bei Pflichtmitgliedern und freiwillig versicherten Personen identisch.

Die Meldung an die bisherige Krankenkasse ist unverzüglich nach dem Zugang der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse und der Feststellung der Voraussetzungen des Krankenkassenwechsels abzugeben. Als Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist ein Datum anzugeben, welches sich unter Berücksichtigung der relevanten Sachverhaltskonstellation und der insofern maßgeblichen rechtlichen Voraussetzungen als frühestmöglicher Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ergibt.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse ist für die verbindliche Bestimmung des maßgeblichen Datums des Krankenkassenwechsels ausschlaggebend, weil damit die Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V und gegebenenfalls der besonderen Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen nach § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V beziehungsweise das Vorliegen der Voraussetzungen des Sonderkündigungsrechts bestätigt wird.

2.3.3.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse

Die Meldung der gewählten Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts hat die Funktion, die Kündigungserklärung des Mitglieds bei der bisherigen Krankenkasse zu ersetzen (vergleiche

§ 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V oder § 175 Absatz 4 Satz 6 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Satz 4 SGB V). Die Kündigungsfrist berechnet sich ausgehend von dem Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse. Sofern die gewählte Krankenkasse ausnahmsweise zunächst fehlerhaft den Krankenkassenwechsel aus Anlass eines sofortigen Wahlrechts gemeldet und anschließend ihre erste Initialmeldung storniert hat, bevor die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erstellt wurde, ist für die Berechnung der Kündigungsfrist das bereits in der ersten Initialmeldung angegebene Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse ausschlaggebend. Meldetechnisch wird dies sichergestellt, indem für die neu zu erstellende Initialmeldung mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3 die gleiche Vorgangs-ID verwendet wird, die bei der stornierten Initialmeldung vergeben wurde (vergleiche Beispiel 17).

Erfolgt die Kündigung in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes durch die bisherige Krankenkasse, hat sie vorrangig zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts vorliegen. Kommt die bisherige Krankenkasse zum Ergebnis, dass die Voraussetzungen des Sonderkündigungsrechts nicht erfüllt sind, hat sie anschließend zu prüfen, zu welchem Datum eine „reguläre“ Kündigung gegebenenfalls unter Beachtung der allgemeinen 12-monatigen Bindungsfrist und der besonderen Bindungsfristen für die Wahltarife möglich ist.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung. Als Meldung in diesem Sinne ist die Meldung der gewählten Krankenkasse zu verstehen.

Die Rückmeldung beinhaltet das Datum, an dem die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet (Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“). Dieses Datenfeld ist zu nutzen, wenn die Mitgliedschaft zu dem angestrebten Zeitpunkt beendet wird. Sofern die Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse zum Zeitpunkt des angestrebten Krankenkassenwechsels nicht erfüllt sind beziehungsweise die Kündigungsfrist nicht ausreichend berücksichtigt wurde, teilt sie in ihrer Rückmeldung das abweichende Datum mit, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungsfristen und Kündigungsfristen endet und verwendet hierfür das Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ (vergleiche Beispiel 18).

Sofern die bisherige Krankenkasse das Vorliegen eines Sonderkündigungsrechts zunächst verneint und sich nachträglich herausstellt, dass diese Entscheidung fehlerhaft ist, hat sie ihre ursprüngliche Rückmeldung mit dem Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ zu stornieren und eine erneute Rückmeldung mit dem Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ zu veranlassen und hierbei das Datum mitzuteilen, an dem die Mitgliedschaft nach Maßgabe des Sonderkündigungsrechts endet.

Die Fallkonstellationen, in denen im Nachgang zu einem bereits durchgeführten Meldeverfahren noch während der Kündigungsfrist ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht entsteht, werden in Abschnitt 2.5 erläutert.

Ergibt sich ausnahmsweise, dass die bisherige Krankenkasse zum Zeitpunkt des Eingangs der Initialmeldung der gewählten Krankenkasse die Prüfung der Weiterversicherung des Mitglieds noch nicht abgeschlossen hat, ist eine abschließende rechtliche Bewertung der Zulässigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels noch nicht möglich. Die bisherige Krankenkasse informiert die gewählte Krankenkasse darüber unverzüglich außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens und führt ihre Ermittlungsaktivitäten fort. Eine abschließende rechtliche und meldetechnische Abwicklung des Sachverhaltes ist unverzüglich nachzuholen, sobald die Ermittlungen hinsichtlich einer zwischenzeitlichen Versicherung des Betroffenen beendet sind.

2.3.4 Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse

2.3.4.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse

Die gewählte Krankenkasse hat aufgrund der Angaben des Mitglieds festzustellen, dass der Krankenkassenwechsel bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis aus Anlass der Schließung beziehungsweise der Insolvenz der bisherigen Krankenkasse angestrebt ist und die Voraussetzungen des Krankenkassenwechsels dem Grunde nach erfüllt sind. Hierzu gehört unter anderem die Prüfung, ob die Wahlerklärung des Mitglieds bis zum Ablauf der rechtlich jeweils relevanten Fristen, die sich bei Pflichtmitgliedern und freiwillig versicherten Personen unterscheiden, abgegeben wurde.

Die Meldung an die bisherige Krankenkasse ist unverzüglich nach dem Zugang der Wahlerklärung des Mitglieds von der gewählten Krankenkasse abzugeben. Als Datum über den angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist im Schließungsfall stets der Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung der bisherigen Krankenkasse anzugeben. Bei Stellung eines Insolvenzantrags ist der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse nach Maßgabe des § 175 Absatz 3a Satz 3 SGB V zu berechnen und in der Meldung anzugeben.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse hat keine Rechtswirkung auf das rechtmäßige Zustandekommen des angestrebten Krankenkassenwechsels, es sei denn, im Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen wird festgestellt, dass die Wahlerklärung des Mitglieds nicht rechtzeitig abgegeben wurde.

Übt ein versicherungspflichtiges Mitglied einer zu schließenden beziehungsweise insolventen Krankenkasse aktiv kein Wahlrecht aus, obliegt die Verpflichtung zur Abgabe einer Initialmeldung der Krankenkasse, die für dieses Mitglied eine wahlersetzende Anmeldung nach § 175 Absatz 3a

Satz 2 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 2 SGB V erhalten hat. Die Meldung an die bisherige Krankenkasse ist unverzüglich nach Erhalt der wahlersetzenden Anmeldung zu erstatten. Die zu schließende beziehungsweise insolvente Krankenkasse erkennt solche Sachverhalte daran, dass das Datenfeld „Wahlersetzende_Anmeldung“[4] für dieses Mitglied mit „J“ befüllt ist.

2.3.4.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse

Aus Sicht der zu schließenden beziehungsweise insolventen Krankenkasse dient die Meldung der gewählten Krankenkasse der Sicherstellung, dass der Mitgliederübergang von der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer anderen Krankenkasse lückenlos vollzogen wird.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich.

Die Rückmeldung beinhaltet das Datum, an dem die Mitgliedschaft bei der zu schließenden beziehungsweise insolventen Krankenkasse endet. Dieses korrespondiert mit dem in der Meldung der gewählten Krankenkasse angegebenen Datum über den Beginn der dortigen Mitgliedschaft.

Wird die Krankenkasse trotz Insolvenzantrags nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse für alle Mitglieder, die auf der Rechtsgrundlage des § 175 Absatz 3a SGB V den Krankenkassenwahlrecht ausgeübt haben, bestehen; es bedarf jedoch keiner Stornierung der Meldungen im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V.

2.3.5 Errichtung/Ausdehnung einer Betriebskrankenkasse

2.3.5.1 Meldevorgang bei der gewählten Krankenkasse

Die gewählte Krankenkasse hat aufgrund der Angaben des Mitglieds festzustellen, dass es sich um ein im Trägerbetrieb der Betriebskrankenkasse beschäftigtes Pflichtmitglied handelt, der Krankenkassenwechsel bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis aus Anlass der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung einer Betriebskrankenkasse angestrebt ist und demnach die Voraussetzungen eines kurzfristigen Krankenkassenwechsels dem Grunde nach erfüllt sind. Hierzu gehört unter anderem die Prüfung, ob die Wahlerklärung des Mitglieds bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung gegenüber dieser Betriebskrankenkasse abgegeben wurde.

Die Meldung an die bisherige Krankenkasse ist unverzüglich nach dem Zugang der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse abzugeben. Als Datum über den angestrebten Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist stets der Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung anzugeben.

[4] Einführung zum 1. Juli 2023

2.3.5.2 Meldevorgang bei der bisherigen Krankenkasse

Die Meldung der gewählten Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts hat die Funktion, die Kündigungserklärung des Mitglieds bei der bisherigen Krankenkasse zu ersetzen (§ 175 Absatz 5 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 2 und Absatz 4 Satz 4 SGB V).).

Die bisherige Krankenkasse prüft neben der fristgerechten Abgabe der Wahlerklärung, ob das betroffene Mitglied den nach § 175 Absatz 5 SGB V begünstigten Personenkreis angehört.

Die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse erfolgt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung. Als Meldung in diesem Sinne ist die Meldung der gewählten Krankenkasse zu verstehen.

Die Rückmeldung beinhaltet folgende Angaben (alternativ):

- Datum der Beendigung der Mitgliedschaft (am Vortag der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung)
- Angabe, dass ein Krankenkassenwechsel nicht möglich ist, einschließlich der Angabe der Gründe (vergleiche Abschnitt 2.2.2).

2.4 Verfahren bei Widerruf/Rücknahme der Wahlerklärung beziehungsweise bei mehrfacher Ausübung des Wahlrechts

2.4.1 Allgemeines

Nach Maßgabe der Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes „Krankenkassenwahlrecht“ in der aktuell geltenden Fassung wird den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Absatz 4 SGB V (beim Ablauf der Bindungsfristen oder bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts) Gebrauch machen, bis zum Ende der Kündigungsfrist das Recht eingeräumt, ihre Wahlerklärungen durch den Widerruf einer beziehungsweise mehrerer Wahlerklärung(en) zu „korrigieren“. Eines förmlichen Widerrufes der Wahlerklärungen bedarf es hierbei nicht. Sollte das Wahlrecht mehrfach ausgeübt worden sein, gilt die Krankenkasse als gewählt, die der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber benennt. Sofern bei freiwillig oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherten keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, ist der Versicherte zu befragen.

Mitglieder, die bei unverändertem Versicherungsverhältnis zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer oder mehreren Krankenkasse(n) abgegeben haben und anschließend gleichwohl bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen, haben ihre Entscheidung formlos der bisherigen Krankenkasse mitzuteilen. Anschließend übernimmt die bisherige Krankenkasse in ihrer Funktion als „wiedergewählte“ Krankenkasse die Verpflichtung, die andere(n) betroffene(n)

Krankenkasse(n) über die geänderte Wahlentscheidung des Mitglieds im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V zu informieren. Ein Widerruf der Wahlerklärung(en) gegenüber der(n) zunächst gewählten Krankenkasse(n) durch das Mitglied ist nicht notwendig.

Ein identisches Verfahren gilt auch im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht.

Weitere Details zu den rechtlichen Vorgaben ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Krankenkassenwahlrecht“ in der jeweils geltenden Fassung. Die daraus für das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V im Einzelnen ergebenden Konsequenzen werden in den Abschnitten 2.4.2 und 2.4.3 dargestellt.

2.4.2 Mehrfache Ausübung des Wahlrechts

Aufgrund der mehrfachen Ausübung des Wahlrechts durch ein Mitglied wird die bisherige Krankenkasse zwei oder mehrere Meldungen nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V von den verschiedenen Krankenkassen mit demselben Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ und im Regelfall demselben Beginn der Mitgliedschaft bei jeder der gewählten Krankenkasse erhalten. Die bisherige Krankenkasse gibt identische Rückmeldungen mit dem gleichen Datum der Beendigung der Mitgliedschaft auf alle eingegangenen Meldungen. Das Datum für das Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse im Falle der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren ergibt sich aus dem Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der erstgewählten Krankenkasse. Entscheidet sich das Mitglied noch innerhalb der so gebildeten Kündigungsfrist, aber erst im Folgemonat oder auch im letzten Monat der Kündigungsfrist, für eine andere Krankenkasse, wird der Krankenkassenwechsel zu dem ursprünglich angestrebten Datum vollzogen (vergleiche Beispiele 19 und 20).

Das ursprünglich angestrebte Datum des Krankenkassenwechsels im Kündigungsverfahren bleibt selbst dann unverändert, wenn das Mitglied zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer Krankenkasse abgibt, anschließend sich für den Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse entscheidet und letztendlich innerhalb der Kündigungsfrist erneut seine Wahl zugunsten der erstgewählten Krankenkasse bekräftigt oder sich für eine dritte Krankenkasse entscheidet. Meldetechnisch wird die erneute Wahl der erstgewählten Krankenkasse abgebildet, indem die gewählte Krankenkasse als Reaktion auf die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse mit dem Kennzeichen „7“ (Widerruf der Wahlerklärung) ihre erste Initialmeldung mit den ursprünglichen Angaben und unter Verwendung derselben Vorgangs-ID auf den Weg bringt.

Nach dem Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung überwacht jede der gewählten Krankenkassen jeweils für sich die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle und erlangt

auf diesem Wege Kenntnis darüber, ob die Mitgliedschaft bei ihr tatsächlich zustande gekommen ist. Ein maschineller Informationsaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen (einschließlich der zuletzt zuständigen Krankenkasse) ist insoweit nicht vorgesehen. Ungeachtet dessen, welche Krankenkasse sich letztendlich als zuständig erweist, bedarf es keiner Stornierung der abgegebenen Meldungen durch keine der beteiligten Krankenkassen. Eine abschließende Initialmeldung, mit der die Leistungs- und sonstige Daten angefordert werden (vergleiche Abschnitt 2.2.6) wird jedoch nur durch die Krankenkasse versendet, bei der die Mitgliedschaft auf Grundlage einer Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle tatsächlich zustande kommt.

Bei Mitgliedern ohne eine zur Meldung verpflichteten Stelle gilt im Falle einer mehrfachen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Absatz 4 SGB V der Grundsatz, dass der Versicherte zu befragen ist. Sofern das Mitglied von sich aus (ohne Verpflichtung hierzu) seine Wahlerklärungen gegenüber allen zunächst gewählten Krankenkassen – mit Ausnahme einer – widerruft, gestaltet sich der Meldeaustausch unproblematisch. Eine abschließende Initialmeldung wird in diesem Fall auch nur durch eine Krankenkasse versendet.

Werden vom Mitglied ohne eine zur Meldung verpflichteten Stelle keine Wahlerklärungen widerrufen, erhält die bisherige Krankenkasse von jeder der gewählten Krankenkasse je eine abschließende Initialmeldung. In diesem Fall ist die bisherige Krankenkasse verpflichtet, das Mitglied zu befragen, welche der gewählten Krankenkassen letztendlich zuständig geworden ist. Anschließend übermittelt die bisherige Krankenkasse an diese Krankenkasse – sofern noch nicht geschehen – eine Abschlussmeldung. Darüber hinaus trifft die bisherige Krankenkasse die Verpflichtung, alle anderen beteiligten Krankenkassen außerhalb des Meldeverfahrens darüber zu informieren, dass sich das Mitglied für eine andere Krankenkasse entschieden hat. Einer Stornierung der bereits gegenseitig ausgetauschten Meldungen bedarf es zwar nicht, die betroffenen Krankenkassen sind jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen verpflichtet, die nach § 304 SGB V übermittelten Informationen (gegebenenfalls auch die bereits übermittelten Leistungsdaten) zu löschen.

Sofern ausnahmsweise im Falle einer mehrfachen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Absatz 4 SGB V durch ein Mitglied ohne eine zur Meldung verpflichteten Stelle von keiner der beteiligten Krankenkassen eine abschließende Initialmeldung erstellt wird, kommt kein Krankenkassenwechsel zustande. Die Mitgliedschaft wird bei der bisherigen Krankenkasse fortgeführt.

2.4.3 Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse

Mitglieder, die aus Anlass des Eintritts eines neuen Versicherungspflichttatbestandes zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer oder mehreren Krankenkasse(n) abgegeben haben und

anschließend gleichwohl bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen, werden der zur Meldung verpflichteten Stelle diese Krankenkasse als zuständig benennen. Kenntnis darüber erlangt die bisherige Krankenkasse regelmäßig durch die Anmeldung nach § 6 DEÜV (beziehungsweise nach anderen gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen). Gleichzeitig erhält die zuletzt zuständige Krankenkasse eine oder mehrere Initialmeldung(en) der zunächst gewählten Krankenkasse(n), die aufgrund einer geänderten Wahlentscheidung des Mitglieds zwischenzeitlich überholt ist (sind). In Abhängigkeit davon, zu welchem Zeitpunkt die zuletzt zuständige Krankenkasse Kenntnis über die geänderte Wahlentscheidung des Mitglieds erhält, stellt sich die meldetechnische Abwicklung des Sachverhaltes unterschiedlich dar. Sofern diese Informationen noch vor der Abgabe der Rückmeldung nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V vorliegen, wird mit dem Datensatz „Kassenwahlrecht_Rückmeldung“ mitgeteilt, dass ein Krankenkassenwechsel nicht zustande kommt. Hierzu steht für das Datenfeld „Kassenwechsel_nicht_moeglich“ ein Kennzeichen „7“ zur Verfügung. Sofern hingegen die maßgebliche Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle erst nach der Abgabe einer den Krankenkassenwechsel bestätigenden Rückmeldung bekannt wird, hat die zuletzt zuständige Krankenkasse ihre ursprüngliche Rückmeldung unverzüglich zu stornieren und gleichzeitig eine erneute Rückmeldung mit dem Hinweis auf das Nichtzustandekommen des Krankenkassenwechsels abzugeben.

Ein vergleichbares Verfahren gilt auch für Mitglieder, die beim unveränderten Versicherungsverhältnis („Art_der_Meldung“ = 3) eine Wahlerklärung gegenüber einer oder mehreren Krankenkasse(n) abgegeben haben, jedoch bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen. Aufgrund der (innerhalb der Kündigungsfrist herbeigeführten) Entscheidung des Mitglieds, bei der bisherigen Krankenkasse zu verbleiben, übernimmt diese in ihrer Funktion als „wiedergewählte“ Krankenkasse die Verpflichtung, die andere(n) betroffene(n) Krankenkasse(n) über die geänderte Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren. Die Vorgaben zur meldetechnischen Umsetzung des Sachverhaltes in dem vorangegangenen Absatz gelten entsprechend. Ein Widerruf der Wahlerklärung(en) gegenüber der(n) zunächst gewählten Krankenkasse(n) durch das Mitglied ist nicht notwendig.

2.5 Verfahren bei Entstehung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts während der Kündigungsfrist

Sofern im Nachgang zum Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung aus Anlass des Ablaufs der Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse oder der Ausübung des Sonderkündigungsrechts noch während der Kündigungsfrist die Möglichkeit eines sofortigen Krankenkassenwahlrecht entsteht, steht dem Mitglied die Möglichkeit zu, es entweder bei dem Krankenkassenwechsel zu dem ursprünglich geplanten Datum zu belassen oder vom sofortigen Wahlrecht Gebrauch zu machen.

Entscheidet sich das Mitglied für einen sofortigen Krankenkassenwechsel, entfällt dadurch die Grundlage für das bereits durchgeführte Meldeverfahren. Die gewählte Krankenkasse veranlasst eine erneute Initialmeldung mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 1 oder 2. Die bisherige Krankenkasse antwortet mit einer Rückmeldung unter Verwendung desselben Kennzeichens zur „Art_der_Meldung“. Anders als in dem Verfahren der Umdeutung eines (sich nachträglich als unzulässig erwiesenen) sofortigen Wahlrechts in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V (vergleiche Abschnitt 2.2.3) ist für die erneute Initialmeldung eine andere Vorgangs-ID zu verwenden als für die erste Initialmeldung. Einer Stornierung der bereits abgegebenen Meldungen bedarf es in diesem Fall nicht (vergleiche Beispiel 21).

Die vorstehenden Grundsätze für die Ausgestaltung der Meldeprozesse gelten unabhängig davon, ob sich der Krankenkassenwechsel zu einem anderen als ursprünglich gemeldeten Datum vollzieht oder sich die Veränderung der Rechtsgrundlage für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts ausnahmsweise zu demselben Datum ergibt (vergleiche Beispiel 22).

Die entsprechenden Regelungen sind auch dann anzuwenden, wenn sich das Mitglied im Rahmen des sofortigen Wahlrechts für eine andere Krankenkasse entscheidet als ursprünglich geplant.

3 Ergänzende Meldeinhalte nach Maßgabe des § 304 SGB V

3.1 Allgemeines

Der Meldedialog zwischen den Krankenkassen im Sinne des § 175 Absatz 2 SGB V wird durch die Übermittlung der nach § 304 SGB V erforderlichen Daten ergänzt. Hierbei wird bei der Beurteilung, welche Daten zu welchem Zeitpunkt übermittelt werden, danach differenziert, ob die Daten zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses, zur Feststellung der Beitragspflicht, zur Erbringung der Leistungen oder aus einem sonstigen Grund erforderlich sind.

Danach werden die Daten mit einer versicherungsrechtlichen (vergleiche Abschnitt 3.2) und beitragsrechtlichen (vergleiche Abschnitt 3.3) Relevanz bereits in die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V integriert. Die zur Erbringung der Leistungen erforderlichen Daten (vergleiche Abschnitt 3.4) und sonstige Daten (vergleiche Abschnitt 3.5) werden dagegen erst in einem zweiten Schritt durch die bisherige Krankenkasse mit dem Datensatz „Kassenwahlrecht_Abschlussmeldung“ als Antwort auf die Bestätigung der gewählten Krankenkasse über einen vollzogenen Krankenkassenwechsel übermittelt.

3.2 Übermittlung von Daten zur Führung des Versichertenverzeichnisses

Nach § 304 Absatz 2 SGB V ist die bisher zuständige Krankenkasse gegenüber der gewählten Krankenkasse zur Übermittlung der zur Fortführung des Versichertenverzeichnisses nach § 288 SGB V erforderlichen Angaben verpflichtet. Ausweislich der Gesetzesbegründung (vergleiche Bundestags-Drucksache 19/14871, Seite 109) ist hiermit insbesondere eine generelle Übermittlung aller der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Versicherungszeiten gemeint. Dies dient der Zielsetzung, unter anderem eine vollständige und lückenlose Ermittlung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund hat jede Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V – sofern dem Krankenkassenwechsel nicht widersprochen wurde – neben den aus den Anforderungen des § 175 SGB V resultierenden Inhalten die Angaben zu den Versicherungszeiten zu enthalten. Die Versicherungszeiten sind außerdem in den Fallkonstellationen zu übermitteln, in denen der Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns der Versicherungsberechtigung (Art der Meldung „2“) initiiert wird und die Vorversicherungszeit jedenfalls alleine aufgrund der der bisherigen Krankenkasse vorliegenden Informationen nicht erfüllt ist (vergleiche Abschnitt 2.3.2.2 letzter Absatz).

Im Einzelnen sind folgende Angaben zu übermitteln:

- sämtliche Krankenversicherungszeiten (im Format: von – bis, differenziert nach Pflichtmitgliedschaft einschließlich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung) bei der die Meldung abgebenden Krankenkasse
- sämtliche Krankenversicherungszeiten (im Format: von – bis, differenziert nach Pflichtmitgliedschaft einschließlich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung und unter Angabe der jeweils zuständigen Krankenkasse), die der die Meldung abgebenden Krankenkasse im Rahmen der vorherigen Fälle des Krankenkassenwechsels von anderen Krankenkassen übermittelt oder durch Versicherte anderweitig nachgewiesen wurden
- nachgewiesene Krankenversicherungszeiten im Ausland, die nach dem über- oder zwischenstaatlichen Recht den deutschen Versicherungszeiten gleichgestellt sind (im Format: von – bis und unter Angabe des jeweils zuständigen Staates).

Einzelne Mitgliedschaftsabschnitte, die auf unterschiedlichen Versicherungspflichttatbeständen beruhen und sich nahtlos aneinander anschließen, sind bei der Datenübermittlung grundsätzlich kumuliert darzustellen. Die Entscheidung darüber, ob die auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen beruhenden Mitgliedschaften (zum Beispiel die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1

SGB V und anschließend nahtlos die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V) jeweils getrennt oder kumuliert dargestellt werden, bleibt den Krankenkassen überlassen.

Eine elektronische Übermittlung der nachgewiesenen Versicherungszeiten im Ausland wird zum 1. Januar 2023 eingeführt. Die die Meldung abgebende Krankenkasse hat hierbei grundsätzlich alle ihr bekannten ausländischen Versicherungszeiten in diese Übermittlung einzubeziehen unabhängig davon, ob das Mitglied die entsprechenden Versicherungszeiten bereits vor oder erst ab dem 1. Januar 2023 nachgewiesen hat beziehungsweise nachweist. Eine Einschränkung ergibt sich jedoch aus der Anforderung, bei dem Datentransfer an die gewählte Krankenkasse das Land, in dem die entsprechenden Versicherungszeiten erworben wurden, zwingend zu benennen. Bislang haben einige Krankenkassen die nachgewiesenen ausländischen Versicherungszeiten in dem Mitgliederdatenbestand ohne Landesangabe erfasst und die Ursprungsnachweise anderweitig archiviert. Im Hinblick auf einen nicht zu vertretenden Verwaltungsaufwand besteht für die betroffenen Krankenkassen keine Verpflichtung, den aktuellen Mitgliederdatenbestand um die künftig notwendigen Angaben zu vervollständigen. Infolgedessen haben die betroffenen Krankenkassen bei der Erstellung einer Rückmeldung nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V die bislang ohne Landesangabe erfassten Versicherungszeiten unberücksichtigt zu lassen. Sie haben jedoch sicherzustellen, dass sie spätestens für die ab dem 1. Januar 2023 nachgewiesenen Versicherungszeiten eine vorgeschriebene Datenmeldung umsetzen. Für alle anderen Krankenkassen gilt der vorgenannte Grundsatz, wonach auch die in der Vergangenheit nachgewiesenen Versicherungszeiten in die Meldung nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V einzubeziehen sind.

Eine nachträgliche Korrektur der Versicherungszeiten nach Abgabe einer Abschlussmeldung ist nicht vorgesehen. Dagegen ist eine Korrektur der gemeldeten Versicherungszeiten notwendig, wenn sich die entsprechenden Veränderungen in der Zeit zwischen der Abgabe der Rück- und Abschlussmeldung ergeben (vergleiche Beispiele 10 und 11).

Wenn der angestrebte Krankenkassenwechsel im Nachgang zu der Übermittlung der Vorversicherungszeiten dennoch nicht zustande kommt, ist die betroffene Krankenkasse aus datenschutzrechtlichen Gründen zur Löschung dieser Daten verpflichtet, ungeachtet des Umstandes, dass keine Stornierung der Meldungen nach § 175 Absatz 2 SGB V vorgesehen ist.

Versicherungszeiten, die eine Krankenkasse im Rahmen eines Krankenkassenwechsels von der zuletzt zuständigen Krankenkasse erhalten hat, werden im Falle eines weiteren Krankenkassenwechsels grundsätzlich ohne weitere Prüfung unverändert sowie ergänzt durch eigene Versicherungszeiten an die nunmehr zuständige Krankenkasse weitergemeldet. Sollten jedoch in den zu übermittelnden Versicherungszeiten auch frühere Versicherungszeiten dieser

Krankenkasse enthalten sein (weil sie in einem bestimmten Zeitraum in der Vergangenheit bereits zuständig war), sind diese einer Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Ergeben sich im Einzelfall Abweichungen gegenüber dem eigenen Datenbestand sind die Versicherungszeiten aus dem eigenen Datenbestand zu übernehmen und zusammen mit den übrigen Versicherungszeiten weiterzugeben.

Die im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V übermittelten Versicherungszeiten gelten als verbindlich nachgewiesen und bedürfen daher keiner anderweitigen Nachweisführung durch das Mitglied, soweit sie für die krankenversicherungsrechtlichen Statusentscheidungen tatbestandlich relevant sind (zum Beispiel gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 5 Absatz 1 Nummer 11 SGB V).

Neben der Übermittlung von Versicherungszeiten hat die bisherige Krankenkasse an die gewählte Krankenkasse die Informationen darüber weiterzugeben, ob die betroffene Person unmittelbar vor dem angestrebten Krankenkassenwechsel selbstständig tätig ist[5]. Dies gilt unabhängig davon, ob die selbstständige Tätigkeit bislang haupt- oder nebenberuflich ausgeübt wurde. Die Daten werden im Format gemeldet: selbstständige Tätigkeit (ja/nein). Diese Erkenntnis ist für die gewählte Krankenkasse insbesondere bei der Ausübung eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass des Beginns der Versicherungspflicht von Bedeutung, um die Notwendigkeit der Prüfung des Ausschlusstatbestandes nach § 5 Absatz 5 SGB V festzustellen. Sofern ein Mitglied bei Aufnahme einer dem Grunde nach versicherungspflichtigen Beschäftigung seine bislang ausgeübte selbstständige Tätigkeit fortführt, ist der Eintritt der Versicherungspflicht und ein damit einhergehendes sofortiges Krankenkassenwahlrecht ausgeschlossen, wenn die selbstständige Tätigkeit (weiterhin) hauptberuflich ausgeübt wird. Die gewählte Krankenkasse wird durch die Angaben der bisherigen Krankenkasse in die Lage versetzt, die Prüfung des Ausschlusstatbestandes nach § 5 Absatz 5 SGB V bei Bedarf zu initiieren, alle noch fehlenden aktuellen Informationen bei dem Versicherten anzufordern und die aus dieser Prüfung resultierenden mitgliedschaftsrechtlichen Konsequenzen umzusetzen.

3.3 Übermittlung von Daten zur Feststellung der Beitragspflicht

Neben der Übermittlung der Versicherungszeiten hat die bisherige Krankenkasse folgende Angaben zu übermitteln, die eine beitragsrechtliche Relevanz für die Durchführung des aktuellen Versicherungsverhältnisses haben:

- Befreiung von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung (im Format: Rechtsgrundlage, Beginn der Befreiung)

[5] Einführung zum 1. Januar 2023

- Anspruch auf Beihilfe/hälftiger Beitragssatz in der Pflegeversicherung
- Beitragszuschlag für Kinderlose (im Format: ja/nein/unbekannt)
- Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 SGB V (optionales Datenfeld mit den alternativen Angaben, ob eine Wahlerklärung nach Nummer 2 oder 3 vorliegt und bejahendenfalls ab wann der Anspruch auf ein sogenanntes Optionskrankengeld besteht)[5]
- Im Anwendungsbereich des § 240 SGB V: einmalige beitragspflichtige Einnahmen mit der zukunftsbezogenen zeitlichen Zuordnung nach § 5 Absatz 3 bis 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler (im Format: ja[6], falls vorhanden)
- Sachverhalte der Anwendung der 120-Monate-Regelung nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V, sofern diese nicht bereits in dem aktuellen maschinellen KV-KV-Meldeverfahren nach § 201 SGB V gemeldet werden
- laufender Versorgungsbezug beziehungsweise Bezug einer gesetzlichen Rente aus dem Ausland, sofern diese Daten nicht bereits in dem aktuellen maschinellen KV-KV-Meldeverfahren nach § 201 SGB V gemeldet werden.

Der Hinweis über die Löschung der übermittelten Daten in Abschnitt 3.2 gilt entsprechend.

Die gewählte Krankenkasse ist von der Verpflichtung einer erneuten Erhebung der im Rahmen des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V übermittelten Daten, die durch die bisherige(n) Krankenkasse(n) bereits verbindlich festgestellt wurden und weiterhin Bestand haben (zum Beispiel die Nachweisführung der Elterneigenschaft), entbunden.

3.4 Übermittlung von Leistungsdaten

3.4.1 Leistungsdaten der Krankenkassen

Gemäß § 304 Absatz 2 SGB V ist die bisher zuständige Krankenkasse im Falle des Wechsels der Krankenkasse verpflichtet, den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 IRegG an die neue Krankenkasse sowie die zur Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 SGB V der neuen Krankenkasse elektronisch zu übermitteln. Eine elektronische Übermittlung der Leistungsdaten wird zum 1. Juli 2023 eingeführt.

Im Sinne des § 292 SGB V sind dies Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, zu denen insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation,

[6] Weitere Angaben werden außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens übermittelt.

zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen und die Diagnosen im Falle der Arbeitsunfähigkeit gehören.

Eine Auflistung der Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung durch die gewählte Krankenkasse notwendig sind, ist den gesetzlichen Regelungen nur exemplarisch zu entnehmen. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben daher die Angaben über Leistungen definiert und präzisiert, zu deren automatischer Übermittlung die vorherige Krankenkasse verpflichtet ist, um die Versicherten hinsichtlich des Nachweises gegenüber der neu gewählten Krankenkasse zu entlasten. Neben dem Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 IRegG gehören Angaben der folgenden Leistungen dazu[7]:

- Ruhen des Anspruchs nach § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V (laufend)
- Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V (laufend und aus den letzten 3 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V (laufend und aus den letzten 4 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter gemäß § 24 SGB V (laufend und aus den letzten 4 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V (grundsätzlich oder laufend)
- Leistungen bei künstlicher Befruchtung nach § 27a SGB V (laufend)
- Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V (laufend und aus aktuellem Kalenderjahr)
- Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (laufend und aus aktuellem Kalenderjahr)
- Vollstationäre und stationsäquivalente Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (laufend und aus aktuellem Kalenderjahr)
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V (laufend und aus den letzten 4 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (laufend und aus den letzten 4 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V (grundsätzlich oder laufend)
- Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V (grundsätzlich oder laufend und ausgeschöpfte Anspruchstage laufendes Kalenderjahr)
- Dauer des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V (alle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vor Krankenkassenwechsel)
- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nach § 51 SGB V (aus den letzten 6 Monaten vor Krankenkassenwechsel)

[7] Die konkreten Daten der zu übermittelnden Leistungen werden in den Feldbeschreibungen definiert.

- Leistungsanspruch Zahnersatz nach § 55 SGB V (aus den letzten 2 Jahren vor Krankenkassenwechsel)
- Belastungsgrenze nach § 62 SGB V (aus aktuellem Kalenderjahr)

Eine nachträgliche Korrektur der Leistungsdaten nach Abgabe einer Abschlussmeldung ist nicht vorgesehen.

3.4.2 Leistungsdaten der Pflegekassen

Gemäß § 107 Absatz 2 SGB XI ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach §§ 99 und 102 SGB XI der neuen Pflegekasse mitzuteilen. Wie bereits in Abschnitt 1 dargestellt, wird aufgrund der in der Vergangenheit gleichlautenden Regelung des § 304 Absatz 2 SGB V und dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ davon ausgegangen, dass auch die erforderlichen Angaben nach §§ 99 und 102 SGB XI verpflichtend zu übermitteln sind. Eine elektronische Übermittlung der Leistungsdaten wird zum 1. Juli 2023 eingeführt.

Gemäß § 102 SGB XI handelt es sich um Angaben, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, zu denen insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen gehören. Um welche Leistungen es sich im Einzelnen handelt, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung durch die gewählte Pflegekasse notwendig sind, als auch die Leistungen, die laufend bezogen werden und von der neuen Pflegekasse weiter zu gewähren sind, ist der gesetzlichen Regelung des § 102 SGB XI nicht zu entnehmen. Die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben daher die Angaben über Leistungen definiert und präzisiert, zu deren automatischer Übermittlung die vorherige Pflegekasse verpflichtet ist, um die Versicherten hinsichtlich des Nachweises gegenüber der neu gewählten Pflegekasse zu entlasten. Zu den erforderlichen Angaben gehören[8]:

- Leistungsbeginn nach § 33 SGB XI
- Befristungen nach § 33 Absatz 1 Satz 4 SGB XI
- Angaben Betreuer/ Bevollmächtigter
- Angabe bestehender Pflegegrad
- Bestehender Anspruch auf Beihilfe
- Bestehende Informationen zur Überleitung im Rahmen des PSG II
- Ruhen des Anspruchs nach § 34 SGB XI
- Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI bei laufendem Bezug

[8] Die konkreten Daten der zu übermittelnden Leistungen werden in den Feldbeschreibungen definiert.

- Pflegegeld nach § 37 SGB XI bei laufendem Bezug
- Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI des laufenden Kalenderjahres
- Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI bei laufendem Bezug
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI im laufenden Kalenderjahr
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI
- Digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI und ergänzende Unterstützungsleistungen nach § 39a SGB XI
- Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI bei laufendem Bezug
- Kurzzeitpflege im laufenden Kalenderjahr nach § 42 SGB XI
- Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI bei laufendem Bezug
- Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI bei laufendem Bezug
- Pauschalleistung für Pflege von Menschen mit Behinderungen nach § 43a SGB XI bei laufendem Bezug
- Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a Absatz 1 SGB XI
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI des laufenden und vorherigen Kalenderjahres
- Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI bei laufendem Bezug
- Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI

Für die Zurverfügungstellung des aktuellen Gutachtens des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die abgebende Pflegekasse an die neu gewählte Pflegekasse ist § 69 Absatz 1 in Verbindung mit § 76 Absatz 2 SGB X zu beachten. Demnach ist eine Weiterleitung nur zulässig, wenn die betroffene Person der Weiterleitung nicht widerspricht. Es empfiehlt sich daher, dass die abgebende Pflegekasse ihre Versicherten bei Bekanntwerden des Kassenwechsels über die beabsichtigte Weiterleitung des Pflegegutachtens informiert und eine angemessene Frist zum Widerspruch einräumt. Gutachten sollten nur übermittelt werden, wenn sie nicht älter als 5 Jahre, bei Kindern unter 12 Jahren nicht älter als 2 Jahre, sind.

Eine nachträgliche Korrektur der Leistungsdaten nach Abgabe einer Abschlussmeldung ist nicht vorgesehen.

3.4.3 Andere Leistungsdaten

Sowohl bei der Verpflichtung zur Übermittlung der Leistungsdaten gemäß § 304 Absatz 2 SGB V durch die Krankenkassen als auch bei der für die Pflegekassen nach § 107 Absatz 2 SGB XI

handelt es sich um spezielle Normen mit sozialdatenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnissen. Sollten darüber hinaus von den gewählten Kranken- und Pflegekassen abweichend von den unter den Abschnitten 3.4.1 und 3.4.2 vorgegebenen noch weitere Leistungsdaten benötigt werden, können diese im Einzelfall nach § 69 SGB X angefordert werden.

3.5 Übermittlung von sonstigen Daten

Unter sonstige Daten sind solche Informationen zu verstehen, die sich von den beitrags- und leistungsrechtlichen Informationen abgrenzen. Dazu zählt zum Beispiel die Kennzeichnung Im Datenfeld „Vitalstatus“, mit der die gewählte Krankenkasse von der bisherigen Krankenkasse darüber informiert werden soll, das sie zukünftig für das neue Mitglied eine Meldung über den Vitalstatus an das Implantateregister erzeugen und übermitteln muss.

Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren - Kassenwahlrecht (KV - KV) gemäß § 175 SGB V - Initialmeldung der gewählten Krankenkasse

Stand:	02.12.2022
Gültig ab:	01.07.2023
Version:	2.0.0

Inhaltsverzeichnis

1 Zeichendarstellung 3
2 Kassenwahlrecht_Initialmeldung 4

1 Zeichendarstellung

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

m = Mussangabe unter Bedingungen

M = Mussangabe

C = Choice (entweder/oder-Auswahl)

Die Datenübertagung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

2 Kassenwahlrecht_Initialmeldung

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
1	**1**					**Kassenwahlrecht_Initialmeldung**	**Datenfeldgruppe - Feldliste**	**M**		
2		2				Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **1.0.0 - 9.9.9**	M	an	005
3		**2**				**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
4			3			Absendernummer	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn**	M	an	008
5			3			Empfaengernummer	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn**	M	an	008
6			3			Datum_Erstellung	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum) **Thh:mm:ss** (Uhrzeit)	M	an	019
7			3			Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	M	an	032
8			3			Vorgangs_ID	Die Vorgangs-ID ist ein für die meldende Stelle eindeutiges Zuordnungskriterium für den Meldevorgang, welches unverändert auch für mögliche Stornierungen und Neumeldungen innerhalb des Meldevorgangs verwendet wird. (Die Vorgangs_ID setzt sich in den ersten 8 Stellen aus der Absendernummer und in den letzten 24 Stellen aus beliebigen Zeichen zusammen)	M	an	032

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
9			**3**			**Stornierung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
10				4		Stornokennzeichen	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung: **J** = Stornierung	M	an	001
11				4		Daten-satz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
12		**2**				**Angaben_zum_Mitglied**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
13			**3**			**Name_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
14				**4**		**Grundangaben_Name**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
15					5	Geschlecht	Geschlecht des Mitgliedes **M** = männlich **W** = weiblich **X** = unbestimmt **D** = divers	M	an	001
16					5	Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
17					5	Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
18					5	Vorsatzwort	Vorsatzwort des Mitgliedes gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Vorsatzwort im Namen enthalten ist, ist das Vorsatzwort anzugeben.*	m	an	020
19					5	Namenszusatz	Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Namenszusatz im Namen enthalten ist, ist der Namenszusatz anzugeben*	m	an	020
20					5	Namenstitel	Titel (z.B. Dr., Prof.) des Mitgliedes *Besteht ein Titel und soll dieser in Dokumenten abgebildet werden, ist dieser anzugeben. Andernfalls ist keine Angabe erforderlich.*	m	an	020
21				**4**		**Namensergaenzungen**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
22					5	Geburtsdatum	Geburtsdatum des Mitgliedes im Format: **jhjj-mm-tt**	M	an	010

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
23					5	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: **bbttmmjjassp** *Ist eine Versicherungsnummer vorhanden, ist diese anzugeben.*	m	an	012
24			**3**			**Anschrift_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
25				4		Strasse	Straße des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
26				4		Hausnummer	Hausnummer des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
27				4		Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Mitgliedes *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040
28				4		Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	m	an	010
29				**4**		**Ort**	**Wohnort des Mitgliedes**	**M**	**an**	**034**
30				4		Laenderschluessel	Länderschlüssel des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	M	an	003
31			3			KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen) *Ist eine Krankenversichertennummer vorhanden, ist diese anzugeben.*	m	an	010
32		2				Art_der_Meldung	Auslösendes Ereignis:	M	n	001

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
							1 = Beginn der Versicherungspflicht **2** = Beginn der Versicherungsberechtigung **3** = Kündigung / Sonderkündigung **4** = Schließung/Insolvenz **5** = Errichtung/Ausdehnung BKK			
33		2				Mitgliedschaft_wird_durchgefuehrt	Die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse wird durchgeführt: **J** = Ja Mit dieser Information können die Daten zu den leistungsrechtlichen Angaben in der Abschlussmeldung angefordert werden.	m	an	001
34		2				Beginn_Mitgliedschaft	Tag des Beginns der Mitgliedschaft in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
35		2				Datum_Wahlerklaerung	Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse **jhjj-mm-tt** (Datum)	C	an	010
36		2				Wahlersetzende_Anmeldung	Für dieses Mitglied liegt eine wahlersetzende Anmeldung nach § 175 Absatz 3a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 2 SGB V vor: **J** = Ja	C	an	001

Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren - Kassenwahlrecht (KV - KV) gemäß § 175 SGB V - Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse

Stand:	02.12.2022
Gültig ab:	01.07.2023
Version:	2.1.0

Inhaltsverzeichnis

1 Zeichendarstellung 3
2 Kassenwahlrecht_Rueckmeldung 4

1 Zeichendarstellung

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

C = Choice (entweder/oder-Auswahl)

Die Datenübertagung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

2 Kassenwahlrecht_Rueckmeldung

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
1	**1**					**Kassenwahlrecht_Rueckmeldung**	**Datenfeldgruppe - Feldliste**	**M**		
2		2				Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **1.0.0 - 9.9.9**	M	an	005
3		**2**				**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
4			3			Absendernummer	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn**	M	an	008
5			3			Empfaengernummer	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn**	M	an	008
6			3			Datum_Erstellung	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum) **Thh:mm:ss** (Uhrzeit)	M	an	019
7			3			Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	M	an	032
8			3			Vorgangs_ID	Die Vorgangs-ID ist ein für die meldende Stelle eindeutiges Zuordnungskriterium für den Meldevorgang, welches unverändert auch für mögliche Stornierungen und Neumeldungen innerhalb des Meldevorgangs verwendet wird. (Die Vorgangs_ID setzt sich in den ersten 8 Stellen aus der Absendernummer und in den letzten 24 Stellen aus beliebigen Zeichen zusammen)	M	an	032

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
9			**3**			**Stornierung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
10				4		Stornokennzeichen	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung: **J** = Stornierung	M	an	001
11				4		Daten-satz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
12		**2**				**Angaben_zum_Mitglied**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
13			**3**			**Name_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
14				**4**		**Grundangaben_Name**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
15					5	Geschlecht	Geschlecht des Mitgliedes **M** = männlich **W** = weiblich **X** = unbestimmt **D** = divers	M	an	001
16					5	Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
17					5	Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
18					5	Vorsatzwort	Vorsatzwort des Mitgliedes gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Vorsatzwort im Namen enthalten ist, ist das Vorsatzwort anzugeben.*	m	an	020
19					5	Namenszusatz	Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Namenszusatz im Namen enthalten ist, ist der Namenszusatz anzugeben.*	m	an	020
20					5	Namenstitel	Titel (z.B. Dr., Prof.) des Mitgliedes *Besteht ein Titel und soll dieser in Dokumenten abgebildet werden, ist dieser anzugeben. Andernfalls ist keine Angabe erforderlich.*	m	an	020
21				**4**		**Namensergaenzungen**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
22					5	Geburtsdatum	Geburtsdatum des Mitgliedes im Format: **jhjj-mm-tt**	M	an	010

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
23					5	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: **bbttmmjjassp** *Ist eine Versicherungsnummer vorhanden, ist diese anzugeben.*	m	an	012
24			**3**			**Anschrift_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
25				4		Strasse	Straße des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
26				4		Hausnummer	Hausnummer des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
27				4		Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Mitgliedes *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040
28				4		Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	m	an	010
29				4		Ort	Wohnort des Mitgliedes	M	an	034
30				4		Laenderschluessel	Länderschlüssel des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	M	an	003
31			3			KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen) *Ist eine Krankenversichertennummer vorhanden, ist diese anzugeben.*	m	an	010
32		2				Art_der_Meldung	Auslösendes Ereignis:	M	n	001

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
							1 = Beginn der Versicherungspflicht **2** = Beginn der Versicherungsberechtigung **3** = Kündigung / Sonderkündigung **4** = Schließung/Insolvenz **5** = Errichtung/Ausdehnung BKK			
33		**2**				**Kassenwechsel_erfolgt**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
34			3			Ende_Mitgliedschaft	Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse in der Form **jhjj-mm-tt** (Datum)	C	an	010
35			3			Ende_Bindungsfrist	Ende der Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse in der Form **jhjj-mm-tt** (Datum)	C	an	010
36			**3**			**Meldung_Versicherungszeit**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
37				4		Versicherungszeiten	Datenfeldgruppe Übermittlung der Versicherungszeiten der bisherigen Krankenkasse	M		
38					5	Art_Versicherungszeit	Art der Versicherungszeit im Bestand der bisherigen Krankenkasse **1** = Pflichtversicherung **2** = Freiwillige Versicherung **3** = Familienversicherung **4** = Versicherung im Ausland	M	n	001
39					5	BBNR_KK	Betriebsnummer der Krankenkasse, die die Versicherungszeit gemeldet hat (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen)	C	n	008
40					5	Laenderschluessel	Länderschlüssel des Landes, in dem die Versicherungszeiten erworben wurden, gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn** Angabe des Länderschlüssels ausschließlich bei Art der Versicherungszeit **= 4**	C	an	003

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
41					5	Beginn	Beginn der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
42					5	Ende	Ende der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
43			**3**			**Beitragsrechtliche_Angaben**	**Hauptdatenfeldgruppe** Beitragsrechtliche Angaben zum Mitglied	**M**		
44				**4**		**Befreiung_Versicherungspflicht_PV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
45					5	Rechtsgrundlage	Rechtsgrundlage der Befreiung **1** = § 22 SGB XI **2** = Artikel 41 PflegeVG **3** = Artikel 42 PflegeVG	M	n	001
46					5	Beginn_Befreiung	Beginn der Befreiung in der Form **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
47				4		Anspruch_Beihilfe	Anspruch auf Beihilfe liegt vor **J** = Ja	m	an	001
48				4		Beitragszuschlag_Kinderlose	Information über den Beitragszuschlag **1** = Ja **2** = nein **3** = unbekannt	M	n	001
49				**4**		**Optionskrankengeld**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
50					5	WE_Nr_2	Angabe, ob eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V vorliegt **J** = Ja	C	an	001
51					5	WE_Nr_3	Angabe, ob eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V vorliegt **J** = Ja	C	an	001
52					5	Beginn	Beginn des Krankengeldanspruchs in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
53				4		Angabe_240_SGBV	Es liegen Angaben über eine zukunftbezogene Zuordnung von einmaligen beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 5 Abs. 3 bis 5 der Beitragsverfahrensgrundsätze vor **J** = Ja	m	an	001
54				4		Kapitalisierung_VB	Es liegen ein oder mehrere kapitalisierte Versorgungsbezüge vor **J** = Ja	m	an	001
55				**4**		**Versorgungsbezug**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
56					5	Zahlstellennummer	Zahlstellennummer der Zahlstelle	M	an	008
57				**4**		**Rente_Ausland**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
58					5	Name_Leistungstraeger	Name des Leistungsträgers des Versicherten im Ausland	M	an	030
59				4		Selbststaendige_Taetigkeit	Angabe, ob die betroffene Person unmittelbar vor dem angestrebten Krankenkassenwechsel selbstständig (haupt- oder nebenberuflich) tätig ist **J** = Ja **N** = Nein	M	an	001
60		2				Unzustaendig	Die Meldung erfolgte an eine unzuständige Krankenkasse **J** = Ja	m	an	001
61		2				Familienversicherung	Es liegt eine Familienversicherung vor. Bitte Meldung im Fami-Meldeverfahren erstellen **J** = Ja	m	an	001
62		**2**				**Kassenwechsel_nicht_moeglich**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
63			3			Kennzeichen	Kennzeichen, warum der Kassenwechsel nicht möglich ist **1** = Mehrfachversicherung **2** = VVZ nicht erfüllt **3** = Nicht im Betrieb beschäftigt **4** = Frist für Wahlerklärung nicht eingehalten **5** = § 5 Abs. 5 SGB V ist zu prüfen **6** = Kein Wahlrecht zu Gunsten einer allgemeinen Krankenversicherung	M	n	001

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
							7 = Widerruf der Wahlerklärung **8** = Sonstiges			
64			**3**			**Meldung_Versicherungszeit**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
65				**4**		**Versicherungszeiten**	**Datenfeldgruppe** Übermittlung der Versicherungszeiten der bisherigen Krankenkasse	**M**		
66					5	Art_Versicherungszeit	Art der Versicherungszeit im Bestand der bisherigen Krankenkasse **1** = Pflichtversicherung **2** = Freiwillige Versicherung **3** = Familienversicherung **4** = Versicherung im Ausland	M	n	001
67					5	BBNR_KK	Betriebsnummer der Krankenkasse, die die Versicherungszeit gemeldet hat (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen)	C	n	008
68					5	Laenderschluessel	Länderschlüssel des Landes, in dem die Versicherungszeiten erworben wurden, gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn** Angabe des Länderschlüssels ausschließlich bei Art der Versicherungszeit **= 4**	C	an	003
69					5	Beginn	Beginn der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
70					5	Ende	Ende der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010

Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren - Kassenwahlrecht (KV - KV) gemäß § 175 SGB V - Änderungsmeldung der gewählten Krankenkasse

Stand:	02.12.2022
Gültig ab:	01.07.2023
Version:	1.1.0

Inhaltsverzeichnis

1 Zeichendarstellung 3
2 Kassenwahlrecht_Aenderungsmeldung 4

1 Zeichendarstellung

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

m = Mussangabe unter Bedingungen

M = Mussangabe

C = Choice (entweder/oder-Auswahl)

Die Datenübertagung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

2 Kassenwahlrecht_Aenderungsmeldung

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
1	**1**					**Kassenwahlrecht_Aenderungsmeldung**	**Datenfeldgruppe - Feldliste**	**M**		
2		2				Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **1.0.0 - 9.9.9**	M	an	005
3		**2**				**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
4			3			Absendernummer	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn**	M	an	008
5			3			Empfaengernummer	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn**	M	an	008
6			3			Datum_Erstellung	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **Jhjj-mm-tt** (Datum) **Thh:mm:ss** (Uhrzeit)	M	an	019
7			3			Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	M	an	032
8			3			Vorgangs_ID	Die Vorgangs-ID ist ein für die meldende Stelle eindeutiges Zuordnungskriterium für den Meldevorgang, welches unverändert auch für mögliche Stornierungen und Neumeldungen innerhalb des Meldevorgangs verwendet wird. (Die Vorgangs_ID setzt sich in den ersten 8 Stellen aus der Absendernummer und in den letzten 24 Stellen aus beliebigen Zeichen zusammen)	M	an	032

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
9			**3**			**Stornierung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
10				4		Stornokennzeichen	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung: **J** = Stornierung	M	an	001
11				4		Daten-satz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
12		**2**				**Angaben_zum_Mitglied**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
13			**3**			**Name_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
14				**4**		**Grundangaben_Name**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
15					5	Geschlecht	Geschlecht des Mitgliedes **M** = männlich **W** = weiblich **X** = unbestimmt **D** = divers	M	an	001
16					5	Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
17					5	Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
18					5	Vorsatzwort	Vorsatzwort des Mitgliedes gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Vorsatzwort im Namen enthalten ist, ist das Vorsatzwort anzugeben.*	m	an	020
19					5	Namenszusatz	Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Namenszusatz im Namen enthalten ist, ist der Namenszusatz anzugeben.*	m	an	020
20					5	Namenstitel	Titel (z.B. Dr., Prof.) des Mitgliedes *Besteht ein Titel und soll dieser in Dokumenten abgebildet werden, ist dieser anzugeben. Andernfalls ist keine Angabe erforderlich.*	m	an	020
21				**4**		**Namensergaenzungen**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
22					5	Geburtsdatum	Geburtsdatum des Mitgliedes im Format:	M	an	010

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
							jhjj-mm-tt			
23					5	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: **bbttmmjjassp**	M	an	012
24			**3**			**Anschrift_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
25				4		Strasse	Straße des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
26				4		Hausnummer	Hausnummer des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
27				4		Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Mitgliedes *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040
28				4		Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	m	an	010
29				4		Ort	Wohnort des Mitgliedes	M	an	034
30				4		Laenderschluessel	Länderschlüssel des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	M	an	003
31			3			KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen)	M	an	010
32		2				Art_der_Meldung	Auslösendes Ereignis: **1** = Beginn der Versicherungspflicht **2** = Beginn der Versicherungsberechtigung	M	n	001

Zeile	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
33	2	Beginn_Mitgliedschaft_tatsaechlich	Tatsächlicher Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse in der Form **jhjj-mm-tt** (Datum) Mit dieser Information können die Daten zu den leistungsrechtlichen Angaben in der Abschlussmeldung angefordert werden.	M	an	010

Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren - Kassenwahlrecht (KV - KV) gemäß § 175 SGB V - Abschlussmeldung der bisherigen Krankenkasse

Stand:	02.12.2022
Gültig ab:	01.07.2023
Version:	3.0.0

Inhaltsverzeichnis

1 Zeichendarstellung 3
2 Kassenwahlrecht_Abschlussmeldung 4

1 Zeichendarstellung

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

m = Mussangabe unter Bedingungen

M = Mussangabe

C = Choice (entweder/oder-Auswahl)

Die Datenübertragung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

2 Kassenwahlrecht_Abschlussmeldung

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
1	**1**							**Kassenwahlrecht_Abschlussmeldung**	**Datenfeldgruppe - Feldliste**	**M**		
2		2						Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **1.0.0 - 9.9.9**	M	an	005
3		**2**						**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
4			3					Absendernummer	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn**	M	an	008
5			3					Empfaengernummer	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn**	M	an	008
6			3					Datum_Erstellung	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum) **Thh:mm:ss** (Uhrzeit)	M	an	019
7			3					Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	M	an	032
8			3					Vorgangs_ID	Die Vorgangs-ID ist ein für die meldende Stelle eindeutiges Zuordnungskriterium für den Meldevorgang, welches unverändert auch für mögliche Stornierungen und Neumeldungen innerhalb des Meldevorgangs verwendet wird. (Die Vorgangs_ID setzt sich in den ersten 8 Stellen aus der Absendernummer und in den letzten 24 Stellen aus beliebigen Zeichen zusammen)	M	an	032

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
9			**3**					**Stornierung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
10				4				Stornokennzeichen	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung: **J** = Stornierung	M	an	001
11				4				Datensatz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
12		**2**						**Angaben_zum_Mitglied**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
13			**3**					**Name_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
14				**4**				**Grundangaben_Name**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
15					5			Geschlecht	Geschlecht des Mitgliedes **M** = männlich **W** = weiblich **X** = unbestimmt **D** = divers	M	an	001
16					5			Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
17					5			Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
18					5			Vorsatzwort	Vorsatzwort des Mitgliedes gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Vorsatzwort im Namen enthalten ist, ist das Vorsatzwort anzugeben.*	m	an	020
19					5			Namenszusatz	Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" *Sofern ein Namenszusatz im Namen enthalten ist, ist der Namenszusatz anzugeben.*	m	an	020
20					5			Namenstitel	Titel (z.B. Dr., Prof.) des Mitgliedes *Besteht ein Titel und soll dieser in Dokumenten abgebildet werden, ist dieser anzugeben. Andernfalls ist keine Angabe erforderlich.*	m	an	020
21				**4**				**Namensergaenzungen**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
22					5			Geburtsdatum	Geburtsdatum des Mitgliedes im Format:	M	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									jhjj-mm-tt			
23					5			Versicherungsnummer	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: **bbttmmjjassp**	M	an	012
24			**3**					**Anschrift_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
25				4				Strasse	Straße des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
26				4				Hausnummer	Hausnummer des Mitgliedes *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
27				4				Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Mitgliedes *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040
28				4				Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	m	an	010
29				4				Ort	Wohnort des Mitgliedes	M	an	034
30				4				Laenderschluessel	Länderschlüssel des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	M	an	003
31			3					KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen)	M	an	010
32		2						Ende_Mitgliedschaft	Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse in der Form **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
33		**2**						**Korrektur_Meldung_Versicherungszeit**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
34			**3**					**Versicherungszeiten**	**Datenfeldgruppe** Übermittlung der Versicherungszeiten der bisherigen Krankenkasse	**M**		
35				4				Art_Versicherungszeit	Art der Versicherungszeit im Bestand der bisherigen Krankenkasse **1** = Pflichtversicherung **2** = Freiwillige Versicherung **3** = Familienversicherung **4** = Versicherung im Ausland	M	n	001
36				4				BBNR_KK	Betriebsnummer der Krankenkasse, die die Versicherungszeit gemeldet hat (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen)	C	n	008
37				4				Laenderschluessel	Länderschlüssel des Landes, in dem die Versicherungszeiten erworben wurden, gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn** Angabe des Länderschlüssels ausschließlich bei Art der Versicherungszeit **= 4**	C	an	003
38				4				Beginn	Beginn der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
39				4				Ende	Ende der Versicherungszeit in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
40		**2**						**Sonstige_Angaben**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
41			3					Vitalstatus	Übermittlung Vitalstatus an das Implantate Register **J** = Ja	m	an	001
42		**2**						**Leistungsrecht**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
43			**3**					**Pflegedaten**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
44				4				Beginn_Leistung	Beginn der Pflegeleistung in der Form:	M	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									jhjj-mm-tt (Datum)			
45				4				Befristung_Leistung	Ende der Befristung in der Form: **jhjj-mm-tt (**Datum)	m	an	010
46				4				Pflegegrad	Es liegt folgender Pflegegrad vor: **0** = Pflege beantragt **1** = Geringe Beeinträchtigung **2** = Erhebliche Beeinträchtigung **3** = Schwere Beeinträchtigung **4** = Schwerste Beeinträchtigung **5** = Schwerste Beeinträchtigung	M	an	001
47				4				Befristung_Pflegegrad	Ende der Befristung in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
48				4				PV_Nummer	Pflegeversichertennummer nach § 101 SGB XI	M	an	010
49				4				Pflegenummer_Pflegebiografienummer	Übermittlung der 15-stelligen Pflegenummer entsprechend der Vorgaben für die PG5-Statistik	M	an	015
50				**4**				**Betreuer_Bevollmaechtigter**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
51					5			Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
52					5			Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
53					5			Strasse	Straße des Bevollmächtigten *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
54					5			Hausnummer	Hausnummer des Bevollmächtigten *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
55					5			Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Bevollmöchtigten *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
56					5			Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Bevollmächtigten (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	m	an	010
57					5			Ort	Wohnort des Mitgliedes	M	an	034
58				**4**				**Ueberleitung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
59					5			Pflegestufe	Es lag am 31.12.2016 folgende Pflegestufe vor: **1** = Erhebliche Pflegebedürftige **2** = Schwerpflegebedürftige **3** = Schwerstpflegebedürftige	C	n	001
60					5			Alltagskompetenz	Es lag am 31:12:2016 eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor. **J** = Ja	C	an	001
61					5			Besitzstandsschutz	Liegt ein Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI vor **J** = Ja	m	an	001
62				**4**				**Ambulante_Leistung_141_Abs2_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
63					5			Zuschusshoehe	Zuschusshöhe in der Form: **nnnnn.nn**	M	an	007
64					5			Erhoehter_Entlastungsbetrag	Erhöhter Entlastungsbetrag in der Form: **nnnnn.nn**	m	an	007
65				**4**				**Ruhen_34_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
66					5			Beginn	Beginn des Ruhens in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
67					5			Grund	Grund des Ruhens in der Form: **1** = Auslandsaufenthalt Abs. 1 Nr. 1 **2** = Bezug von Entschädigungsleistungen Abs. 1 Nr. 2	M	n	001

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
68				**4**				**Pflegesachleistungen_laufend_36_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
69					5			Leistungsbezug	Es werden Pflegesachleistungen bezogen: **J** = Ja	M	an	001
70					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhj**	m	an	007
71					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
72				**4**				**Pflegegeld_laufend_37_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
73					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhj**	m	an	007
74					5			Leistungshoehe	Höhe der zuletzt gezahlten Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
75				**4**				**Beratungsbesuch_37_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
76					5			Letzter_Besuch	Letzter Beratungsbesuch am **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
77				**4**				**Kombileistung_38_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
78					5			Leistungshoehe_Pflegesachleistung	Höhe der zuletzt gezahlten Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
79					5			Leistungshoehe_Pflegegeld	Höhe der zuletzt gezahlten Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
80					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhj**	m	an	007
81					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
82				**4**				**Verhinderungspflege_39_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
83					5			Uebertrag_Leistungsbetrag_Kurzzeitpflege	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
84					5			Restanspruch_Leistungsbetrag	Restanspruch im laufenden Kalenderjahr in folgender Höhe: **nnnnn.nn**	M	an	007

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
85					5			Restanspruch Leistungstage	Restanspruch im laufenden Kalenderjahr in folgender Anzahl **nn**	M	n	002
86				**4**				**Pflegehilfsmittel_40_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
87					5			Beginn	Beginn der Leistung. **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
88					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
89					5			Datum_Bewilligung	Datum der Bewilligung in der Form: **jhjj-mm-tt**	M	an	010
90					5			Pflegehilfsmittel	Hilfsmittelnummer **nn.nn.nn.nnnn**	M	an	013
91					5			Bewilligte_Kosten	Höhe der bewilligten Kosten **nnnnn.nn**	M	an	007
92					5			Versorgungsform	Art der Versorgung aus der Anlage 3 zur Regelung des Datenträgeraustausches gem. § 105 Abs. 1 SGB XI **00** = Neulieferung **01** = Reparatur **02** = Wiedereinsatz **03** = Miete **04** = Nachlieferung **05** = Zurichtung **06** = Abgabe eines abweichenden, höherwertigen Pflegehilfsmittels **07** = nicht besetzt **08** = Vergütungspauschale **09** = Folgevergütungspauschale **10** = Folgeversorgung **11** = Ersatzbeschaffung **12** = Zubehör **13** = Reparaturpauschale **14** = Wartung **15** = Wartungspauschale **16** = Auslieferung **17** = Aussonderung **18** = Rückholung **19** = Abbruch **20** = Erprobung **21** = Miete (Quartal)	M	an	001

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									22 = Miete (Tag)			
93					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Hilfsmittellieferanten **nnnnnnnnn**	m	an	009
94					5			Bewilligungsbescheid	Bewilligungsbescheid als PDF	m	an	nnn
95				**4**				**Wohnumfeldverbesserung_40_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
96					5			Bezeichnung	Bezeichnung der Maßnahme	M	an	9999
97					5			Inhalt	Beschreibung der durchgeführten Maßnahme	M	an	9999
98					5			Datum_Bewilligung	Datum der Bewilligung in der Form: **jhjj-mm-tt**	M	an	010
99					5			Zuschusshoehe	Zuschusshöhe in der Form: **nnnnn.nn**	M	an	007
100					5			Datum_Zuschusszahlung	Datum der Zuschusszahlung **jhjj-mm-tt**	M	an	010
101					5			Bewilligungsbescheid	Bewilligungsbescheid als PDF	m	an	nnn
102				**4**				**Digitale_Pflegeanwendungen**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
103					**5**			**Digitale_Pflegeanwendung_40a_SGVXI**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
104						6		Bezeichnung_digitale_Pflegeanwendung	Name der digitalen Pflegeanwendung	M	an	9999
105						6		Leistungshoehe	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
106						6		Befristung	Ende der Befristung in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
107						6		Pruefung_Befristung	Prüfung der Entfristung bereits erfolgt **J** = Ja	m	an	001
108						6		Ergebnis_Pruefung_Befristung	Entfristung **J** = Ja	m	an	001
109						**6**		**Ergaenzende_Unterstuetzungsleistungen_39a_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
110							7	Leistungshoehe	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
111							7	Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form:	m	an	007

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									mm-jhjj			
112							7	IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
113					5			Gesamtsumme	Summe der Leistungshöhe aus allen ergänzenden Unterstützungsleistungen nach § 39a SGB XI in der Form: **nnnnnn.nn**	m	an	008
114				**4**				**Tages_Nacht-pflege_41_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
115					5			Leistungsbezug	Es werden Leistungen der Tages- und Nachtpflege bezogen: **J** = Ja	M	an	001
116					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhjj**	m	an	007
117					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
118				**4**				**Kurzzeitpflege_42_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
119					5			Uebertrag_Leistungsbetrag_Verhinderungspflege	Höhe der Leistung: **nnnnn.nn**	M	an	007
120					5			Restanspruch_Leistungsbetrag	Restanspruch im laufenden Kalenderjahr in folgender Höhe **nnnnn.nn**	M	an	007
121					5			Restanspruch_Leistungstage	Restanspruch im laufenden Kalenderjahr in folgender Anzahl **nn**	M	n	002
122					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
123				**4**				**Vollstat_Pflege_43_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
124					5			Bezugsdauer_gesamt	Anzahl der Monate, in denen die pflegebedürftige Person Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten hat (letzter Monat der vorherigen Pflegekasse zählt mit) **nnn**	M	n	003

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
125					5			Leistungshoehe	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
126					5			Zuschlag_Eigenanteil	Höhe der Leistung in Prozent: **00** = 5% **01** = 25% **02** = 45% **03** = 70%	M	an	002
127					5			Nachste_Erhoehung_Leistungszuschlag	Datum der nächsten Erhöhung: **jhjj-mm-tt**	m	an	010
128					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhjj**	m	an	007
129					5			IK_Leistungserbringer	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
130				**4**				**Pauschalleistung_43a_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
131					5			Leistungshoehe	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
132					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhjj**	m	an	007
133					5			Aktenzeichen_Traeger_Eingliederungshilfe	Aktenzeichen des Trägers der Eingliederungshilfe	m	an	030
134					**5**			**Traeger_Eingliederungshilfe**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
135						6		Name_Traeger_Eingliederungshilfe	Name des Eingliederungsträgers	M	an	050
136						6		IK_Leistungserbringer_Eingliederungshilfe	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers **nnnnnnnnn**	m	an	009
137				**4**				**Pflegeperson**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
138					5			Besitzstandsschutz	Liegt ein Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 4 SGB XI vor **J** = Ja	m	an	001
139					5			Umfang_der_Pflegetaetigkeit	Angabe Stunden **nn**	m	n	002
140					5			Additionspflege	Additionspflege liegt vor **J** = Ja	m	an	001
141					5			Familienname	Familienname	M	an	030
142					5			Vorname	Vorname	M	an	030
143					5			Geburtsdatum	Geburtsdatum in der Form:	M	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									jhjj-mm-tt (Datum)			
144					5			Geburtsort	Geburtsort des Arbeitnehmers	m	an	034
145					5			Geburtsland	Geburtsland der betreffenden Person. Anzugeben ist der Staatsangehörigkeitsschlüssel gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	m	an	003
146					5			VSNR	Versicherungsnummer des Arbeitnehmers in der Form: **bbttmmjjassp**	M	an	012
147					5			Staatsangehoerigkeit	Staatsangehörigkeitsschlüssel der betreffenden Person gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	m	an	003
148					5			ALV_Pflicht	Es liegt eine ALV-Pflicht der Pflegeperson vor **J** = Ja	m	an	001
149					**5**			**Anschrift**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
150						6		STRASSE	Straße *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
151						6		Hausnummer	Hausnummer *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
152						6		Adresszusatz	Anschriftenzusatz *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040
153						6		POSTLEITZAHL	Postleitzahl *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	M	n	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
154						6		ORT	Ort	M	an	032
155				**4**				**Zusaetzliche_Leistung_Pflegezeit_44a_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
156					5			Beginn	Beginn der Leistung. **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
157					5			Zuschusshoehe	Zuschusshöhe in der Form: **nnnnn.nn**	M	an	007
158					**5**			**Angehoeriger**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
159						6		FAMILIENNAME	Familienname	M	an	030
160						6		VORNAME	Vorname	M	an	030
161						6		GEBURTSDATUM	Geburtsdatum in der Form: **jhjj-mm-tt**	M	an	010
162						6		Geburtsort	Geburtsort des Arbeitnehmers	m	an	034
163						6		Geburtsland	Geburtsland des Arbeitnehmers. Anzugeben ist der Staatsangehörigkeitsschlüssel gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	m	an	003
164						6		VSNR	Versicherungsnummer in der Form: **bbttmmjjassp**	m	an	012
165						6		STAATSANGEHOERIGKEIT	Staatsangehörigkeitsschlüssel gemäß Anlage 8 **nnn**	m	an	003
166						**6**		**Anschrift**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
167							7	STRASSE	Straße *Sofern in der Anschrift eine Straße enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	033
168							7	Hausnummer	Hausnummer *Sofern in der Anschrift eine Hausnummer enthalten ist, ist diese anzugeben.*	m	an	009
169							7	Adresszusatz	Anschriftenzusatz *Sofern ein Anschriftenzusatz enthalten ist, ist der Anschriftenzusatz anzugeben.*	m	an	040

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
170							7	POSTLEITZAHL	Postleitzahl *Sofern eine PLZ vorhanden ist, ist diese anzugeben.*	M	n	010
171							7	ORT	Ort	M	an	032
172				**4**				**Entlastungsbetrag_45b_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
173					5			Leistungsbezug	Der Entlastungsbetrag wurde in Anspruch genommen: **J** = Ja	M	an	001
174					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhj**	m	an	007
175					5			Restanspruch_lfd	Höhe des Restanspruches im laufenden Kalenderjahr **nnnnn.nn**	m	an	007
176					5			Restanspruch_Vorjahr	Höhe des Restanspruches aus dem Vorjahr **nnnnn.nn**	m	an	007
177				**4**				**Wohngruppenzuschlag_38a_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
178					5			Leistungsbezug	Es wird ein Wohngruppenzuschlag bezogen: **J** = Ja	M	an	001
179					5			Letzter_Abrechnungsmonat	Letzter Abrechnungsmonat in der Form: **mm-jhj**	m	an	007
180				**4**				**Anschubfinanzierung_45e_SGBXI**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
181					5			Leistungshoehe	Höhe der Leistung **nnnnn.nn**	M	an	007
182			**3**					**KV_Leistungen**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
183				**4**				**Ruhen_Leistungen_16_Abs.3a_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
184					5			Beginn	Beginn des Ruhens **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
185				**4**				**Vorsorge_23_Abs_2_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
186					5			Beginn	Beginn der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
187					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
188					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt:	M	an	005

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig) • Bei noch nicht zum Zeitpunkt der Datenübermittlung abgeschlossenen Fällen sollen die ersten drei Beginn-/Aufnahme-Diagnosen in ICD-Klassifikation übermittelt werden • Aus bereits abgeschlossenen Fällen die ersten drei End-/Entlassungsdiagnosen (ICD)			
189				**4**				**Vorsorge_23_Abs_4_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
190					5			Beginn	Beginn der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
191					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
192					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt: Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig) • Bei noch nicht zum Zeitpunkt der Datenübermittlung abgeschlossenen Fällen sollen die ersten drei Beginn-/Aufnahme-Diagnosen in ICD-Klassifikation übermittelt werden • Aus bereits abgeschlossenen Fällen die ersten drei End-/Entlassungsdiagnosen (ICD)	M	an	005

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
193				**4**				**Vorsorge_24_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
194					5			Beginn	Beginn der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
195					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
196					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt: Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig) • Bei noch nicht zum Zeitpunkt der Datenübermittlung abgeschlossenen Fällen sollen die ersten drei Beginn-/Aufnahme-Diagnosen in ICD-Klassifikation übermittelt werden • Aus bereits abgeschlossenen Fällen die ersten drei End-/Entlassungsdiagnosen (ICD)	M	an	005
197				**4**				**KB_27a_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
198					5			Art	Welche Art der künstlichen Befruchtung wurde bewilligt: **1** - Insemination im Spontanzyklus, **2** - Insemination nach hormoneller Stimulation **3** - In-vitro-Fertilisation **4** - intratubaren Gameten-Transfer **5** - Intracytoplasmatischen Spermieninjektion	M	an	001
199					5			Versuche	Anzahl der genehmigten Versuche gemäß Behandlungsplan: **n**	M	n	001
200					5			Bewilligung	Bewilligung der Leistung (Behandlungsplan) **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
201				**4**				**HKP_37_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
202					5			Leistungsart	**1** – Behandlungspflege **2** – Grundpflege **3** – hauswirtschaftliche Versorgung	M	n	001
203					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig)	m	an	005
204					5			Restanspruch	Restanspruch des Krankheitsfalls bei § 37 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V in der Form: **nn**	m	n	002
205					5			Beginn	Beginn der Leistung **jhjj-mm-tt (**Datum)	M	an	010
206					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
207				**4**				**Intensivpflege_37c_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
208					5			Beginn	Beginn der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
209					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
210					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig)	m	an	005
211				**4**				**KHB_39_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
212					5			Art	Art der Leistung **1** = vollstationär **2** = stationsäquivalent	M	an	001
213					5			Beginn	Beginn der Krankenhausbehandlung **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
214					5			Ende	Ende der Krankenhausbehandlung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
215					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt: Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig)	M	an	005

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									Bei einem noch nicht abgeschlossenen Fall soll die Hauptaufnahmediagnose gemeldet werden und falls bereits abgeschlossen die Hauptentlassungsdiagnose.			
216					5			Zuzahltage	Anzahl der Zuzahltage in der Form: **nn**	M	n	002
217				**4**				**Reha_40_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
218					5			Art	Art der Leistung **1** = ambulant **2** = stationär	M	an	001
219					5			Beginn	Beginn der Leistung. **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
220					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
221					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt: Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig) • Bei noch nicht zum Zeitpunkt der Datenübermittlung abgeschlossenen Fällen sollen die ersten drei Beginn-/Aufnahme-Diagnosen in ICD-Klassifikation übermittelt werden • Aus bereits abgeschlossenen Fällen die ersten drei End-/Entlassungsdiagnosen (ICD)	M	an	005
222				**4**				**Reha_41_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
223					5			Beginn	Beginn der Leistung. **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
224					5			Ende	Ende der Leistung **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
225					5			ICD	Fünfstellig ohne Punkt:	M	an	005

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig) • Bei noch nicht zum Zeitpunkt der Datenübermittlung abgeschlossenen Fällen sollen die ersten drei Beginn-/Aufnahme-Diagnosen in ICD-Klassifikation übermittelt werden • Aus bereits abgeschlossenen Fällen die ersten drei End-/Entlassungsdiagnosen (ICD)			
226				**4**				**EEL_Ende_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
227					5			MUG_24i_SGBV	Am letzten Tag der Mitgliedschaft bestand ein grundsätzlicher Mutterschaftsgeldanspruch (gezahlt oder nicht gezahlt wegen bspw. Leistungsruhen): **J** = Ja	C	an	001
228					5			KG_44_SGBV	Am letzten Tag der Mitgliedschaft bestand ein grundsätzlicher Krankengeldanspruch (gezahlt oder nicht gezahlt wegen bspw. Leistungsruhen) **J** = Ja	C	an	001
229					5			KiKG_45_SGBV	Am letzten Tag der Mitgliedschaft bestand ein grundsätzlicher Kinderkrankengeldanspruch (gezahlt oder nicht gezahlt wegen bspw. Leistungsruhen): **J** = Ja	C	an	001
230				**4**				**KiKG_45_SGBV_KJ**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**m**		
231					**5**			**Angaben_Kind**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
232						6		Familienname	Familienname des Kindes	M	an	030
233						6		Vorname	Vorname des Kindes	M	an	030

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
234						6		Geburtsdatum	Geburtsdatum des Kindes **jhjj-mm-tt**	M	an	010
235						6		KV_Nummer_Kind	Angabe der Krankenversichertennummer des Kindes	M	an	010
236						6		Ausgeschoepfte_Anspruchstage	Anzahl der (durch eigene Inanspruchnahme oder Übertragung auf den anderen Elternteil) ausgeschöpften Anspruchstage im lfd. Kalenderjahr: **nn**	M	an	002
237					5			BezFreist_Jahr	Anzahl bezahlter Freistellungstage im Jahr **nn**	m	n	002
238				**4**				**KG_48_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
239					5			EEL_Ende	Wurde das Ende des Krankengeldbezugs schon berechnet und beschieden, dann ist hier das Ende der Entgeltersatzleistung anzugeben **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
240					5			AU_ab	Beginn der Arbeitsunfähigkeit **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
241					5			AU_bis	Ende der Arbeitsunfähigkeit **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
242					**5**			**Angaben_ICD**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
243						6		ICD	Fünfstellig ohne Punkt Bei geringerer Ausprägung (ICD = 4 stellig)	M	an	005
244						6		Seitenlokalisation	Zulässig sind nur die Werte: "R","L", "B"	m	an	001
245						6		Diagnosesicherheit	Zulässig sind nur die Werte: "A","V","Z","G"	m	an	001
246				**4**				**Teilhabe_51_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
247					5			Aufforderung_am	Aufforderung am j**hjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
248					5			Antragsstellung_am	Antragsstellung am	m	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
									jhjj-mm-tt (Datum)			
249					5			Einschraenkung_Dispositions-recht_am	Aufforderung am in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	m	an	010
250				**4**				**Zahnersatz_55_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
251					5			Eingliederungsdatum	Eingliederung des Zahnersatzes am **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010
252					5			Zahn_oder_Gebietsbezeich-nung	Angabe des versorgten Zahnes oder Zahngebietes. Zahn-/ Gebietsbezeichnung siehe Anhang 2, Abschnitt 4 zur TA - Schlüsselverzeichnisse (Bei zahnbezogenen Befunden erfolgt die Angabe mit einem Komma getrennt.) Bei Befundnummern, die je Gesamtbefund abgerechnet werden, wird als Gebietsbezeichnung der Oberkiefer und Unterkiefer „OK,UK“ eingetragen	M	an	095
253					5			Festzuschuss	Angabe der Befundnummer entsprechend Teil B der Festzuschuss-Richtlinie **n.n - n.n.n**	M	an	005
254					5			Zahnarzt_Zahnaerztin	Name und Anschrift des Zahnarztes oder der Zahnärztin	M	an	100
255				**4**				**Belastungs-grenze_62_SGBV**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
256					5			Art_Belastungsgrenze	Art der Belastungsgrenze **1** = 1 % **2** = 2 %	M	n	001
257					5			Muster55_ausgestellt_im_KJ	Angabe, in welchem Kalenderjahr letztmalig das Muster 55 ausgestellt wurde, in der Form: **jhjj**	m	n	004
258					5			Ausstellungsdatum	Ausstellungsdatum der Befreiung **jhjj-mm-tt**	m	an	010

Zeile	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
259					5			Befreiung_fuer_das_kommende_KJ	Angabe, ob für das Folgejahr eine Befreiung ausgesprochen wurde (Vorauszahlung) **J** = Ja **N** = Nein	m	an	001
260					5			Art_Belastungsgrenze_fuer_das_kommende_KJ	Art der Belastungsgrenze für das Folgejahr **1** = 1 % **2** = 2 %	m	an	001

Feldbeschreibungen zum elektronischen Meldeverfahren - Kassenwahlrecht (KV - KV) gemäß § 175 SGB V - Erinnerung an fehlende Meldungen

Stand:	22.02.2022
Gültig ab:	01.07.2023
Version:	1.0.0

Inhaltsverzeichnis

1 Zeichendarstellung 3
2 Kassenwahlrecht_Erinnerung 4

1 Zeichendarstellung

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld

n = numerisches Feld

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

Die Datenübertagung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

2 Kassenwahlrecht_Erinnerung

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
1	**1**					**Kassenwahlrecht_Erinnerung**	**Datenfeldgruppe - Feldliste**	**M**		
2		2				Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **1.0.0 - 9.9.9**	M	an	005
3		**2**				**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
4			3			Absendernummer	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn**	M	an	008
5			3			Empfaengernummer	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn**	M	an	008
6			3			Datum_Erstellung	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum) **Thh:mm:ss** (Uhrzeit)	M	an	019
7			3			Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	M	an	032
8			3			Vorgangs_ID	Die Vorgangs-ID ist ein für die meldende Stelle eindeutiges Zuordnungskriterium für den Meldevorgang, welches unverändert auch für mögliche Stornierungen und Neumeldungen innerhalb des Meldevorgangs verwendet wird. (Die Vorgangs_ID setzt sich in den ersten 8 Stellen aus der Absendernummer und in den letzten 24 Stellen aus beliebigen Zeichen zusammen)	M	an	032

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
9			**3**			**Stornierung**	**Datenfeldgruppe**	**m**		
10				4		Stornokennzeichen	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung: **J** = Stornierung	M	an	001
11				4		Daten-satz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
12		**2**				**Angaben_zum_Mitglied**	**Hauptdatenfeldgruppe**	**M**		
13			**3**			**Name_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
14				**4**		**Grundangaben_Name**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
15					5	Geschlecht	Geschlecht des Mitgliedes **M** = männlich **W** = weiblich **X** = unbestimmt **D** = divers	M	an	001
16					5	Vorname	Vorname des Mitgliedes	M	an	030
17					5	Familienname	Familienname des Mitgliedes	M	an	030
18					5	Vorsatzwort	Vorsatzwort des Mitgliedes gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung"	m	an	020
19					5	Namenszusatz	Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung"	m	an	020
20					5	Namenstitel	Titel (z.B. Dr., Prof.) des Mitgliedes	m	an	020
21				**4**		**Namensergaenzungen**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
22					5	Geburtsdatum	Geburtsdatum des Mitgliedes im Format: **jhjj-mm-tt**	M	an	010
23					5	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: **bbttmmjjassp**	m	an	012
24			**3**			**Anschrift_Mitglied**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
25				4		Strasse	Straße des Mitgliedes	m	an	033
26				4		Hausnummer	Hausnummer des Mitgliedes	m	an	009
27				4		Adresszusatz	Anschriftenzusatz des Mitgliedes	m	an	040

Zeile	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	Art	Typ	Länge
28				4		Postleitzahl	Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein)	m	an	010
29				4		Ort	Wohnort des Mitgliedes	M	an	034
30				4		Laenderschluessel	Länderschlüssel des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" **nnn**	M	an	003
31			3			KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen)	m	an	010
32		**2**				**Erinnerung**	**Datenfeldgruppe**	**M**		
33			3			Grund_Erinnerung	Grund, an welche Meldung erinnert werden soll: **1** = fehlende Rückmeldung **2** = fehlende Abschlussmeldung **3** = fehlende abschließende Initialmeldung	M	n	001
34			3			Datensatz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes einzutragen.	M	an	032
35			3			Datum_Anfrage	Es ist das Datum_Erstellung der zu erinnernden Ursprungsmeldung anzugeben, in der Form: **jhjj-mm-tt** (Datum)	M	an	010

Spitzenverband

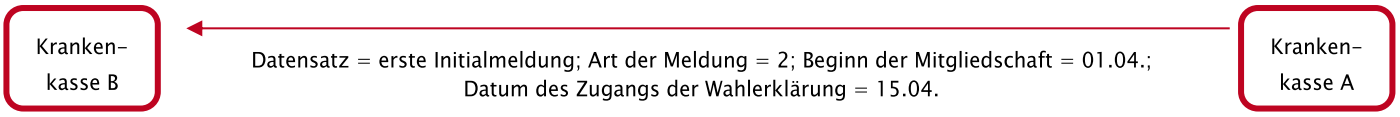
Anlage 6 zur Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels

Beispiele (Umsetzung ab dem 1. Juli 2023)

Beispiel 1

Ausgangslage bei der gewählten Krankenkasse A:

Der Versicherte ist bei der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit davon ausgegangen, dass er bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt als krankenversicherungspflichtiger Arbeitnehmer versichert war. Es wird daher ein Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungsberechtigung angestrebt.

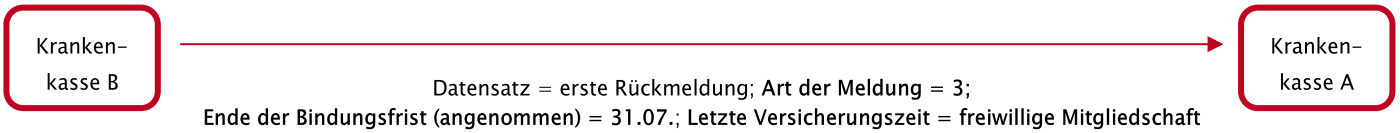


Erkenntnisse bei der bisherigen Krankenkasse B:

Das Mitglied war zuletzt – entgegen seiner Annahme – als Arbeitnehmer nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei.

Lösung für die Krankenkasse B:

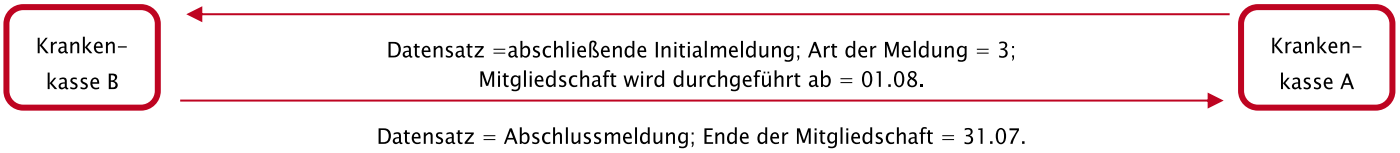
Die Krankenkasse B stellt auf Grundlage der ihr vorliegenden Informationen fest, dass der gemeldete Grund des Krankenkassenwechsels offensichtlich nicht zutreffend ist. Die rechtlichen Voraussetzungen für ein sofortiges Krankenkassenwahlecht sind nicht gegeben. Die bisherige Krankenkasse trifft ausnahmsweise die Pflicht zur Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 15.04.) relevant.



Lösung für die Krankenkasse A:

Da die Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren bereits umgesetzt ist, bedarf es seitens der Krankenkasse A lediglich einer abschließenden Initialmeldung.

Abschluss des Meldeverfahrens:



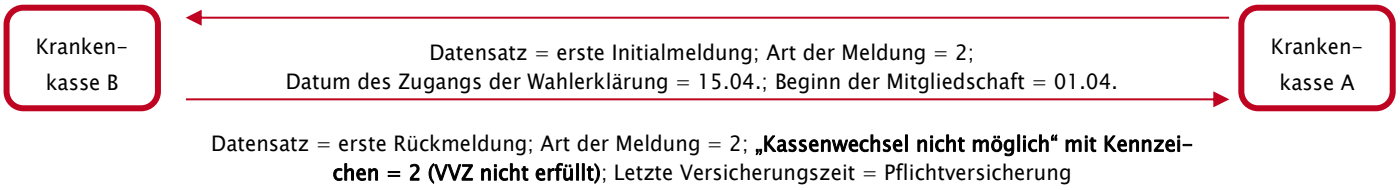
Beispiel 2

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungsberechtigung.

Das Mitglied gibt zunächst an, die notwendige Vorversicherungszeit zu erfüllen. Durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse wird jedoch bekannt, dass die Vorversicherungszeit – jedenfalls laut dort vorliegenden Informationen – nicht erfüllt ist.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



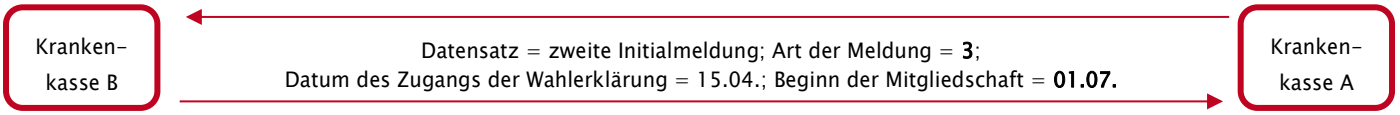
Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 2; **„Kassenwechsel nicht möglich" mit Kennzeichen = 2 (VVZ nicht erfüllt)**; Letzte Versicherungszeit = Pflichtversicherung

Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Abweichend von den ursprünglichen Angaben kann das Mitglied die anderweitigen Vorversicherungszeiten nicht nachweisen. Es möchte dennoch Mitglied der Krankenkasse A werden.

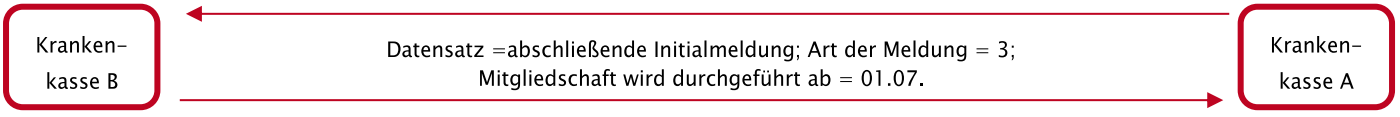
Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht erweist sich aufgrund der nicht nachgewiesenen Vorversicherungszeit als unzulässig. Die Krankenkasse A deutet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 15.04.) relevant; die Bindungsfrist bei der Krankenkasse B ist nicht zu beachten. Da die betroffene Person bereits freiwilliges Mitglied der Krankenkasse B geworden ist, ist die Erfüllung der Vorversicherungszeit für den Wechsel zur Krankenkasse A irrelevant. Für die zweite Initialmeldung ist dieselbe Vorgangs-ID zu verwenden wie für die erste Initialmeldung.



Datensatz = zweite Rückmeldung; Art der Meldung = 3; Ende der Mitgliedschaft = 30.06.
Letzte Versicherungszeit = freiwillige Mitgliedschaft

Abschluss des Meldeverfahrens:



Datensatz = Abschlussmeldung; Ende der Mitgliedschaft = 30.06.

Abwandlung:

Wenn keine Umdeutung des Meldegrundes (aufgrund einer Entscheidung des Mitglieds) vorgenommen wird, ist der Geschäftsprozess nach der ersten Rückmeldung der Krankenkasse B abgeschlossen. Die Krankenkasse B führt die obligatorische Anschlussversicherung für das Mitglied bis auf Weiteres fort.

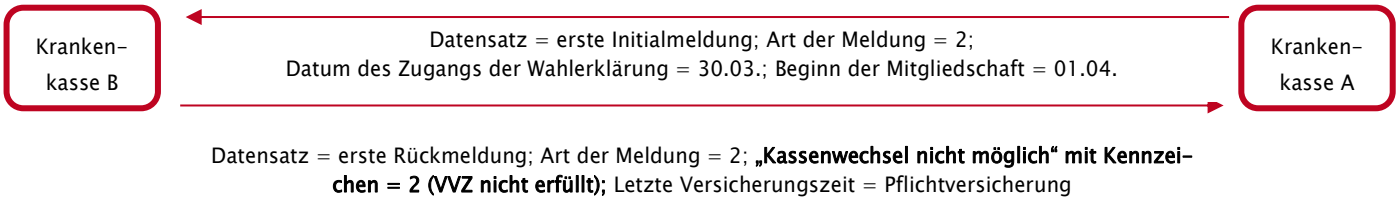
Beispiel 3

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungsberechtigung.

Das Mitglied gibt an, die notwendige Vorversicherungszeit zu erfüllen. Durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse wird bekannt, dass die Vorversicherungszeit – jedenfalls laut dort vorliegenden Informationen – nicht erfüllt sei.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



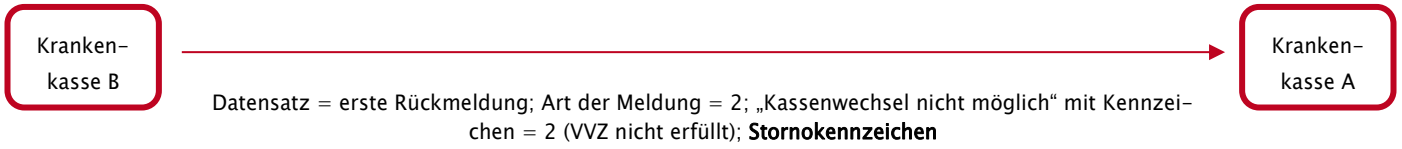
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A: Die für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft erforderliche Vorversicherungszeit ist – abweichend von dem Kenntnisstand der bisherigen Krankenkasse – durch die ergänzende Berücksichtigung von Versicherungszeiten aufgrund einer vorangegangen Familienversicherung bei der Krankenkasse C erfüllt.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein Krankenkassenwechsel aus dem angegebenen Anlass und zu dem angestrebten Zeitpunkt ist möglich. Die Krankenkasse A fordert die Krankenkasse B außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens auf, ihre ursprüngliche Rückmeldung zu stornieren und eine erneute – den Krankenkassenwechsel bestätigende – Rückmeldung abzugeben.

Lösung für die Krankenkasse B:

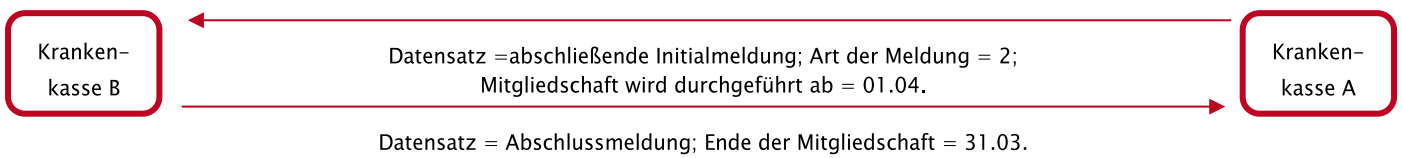
1. Stornierung der ersten Rückmeldung:



2. Erstellung einer neuen ersten Rückmeldung (mit derselben Vorgangs-ID):



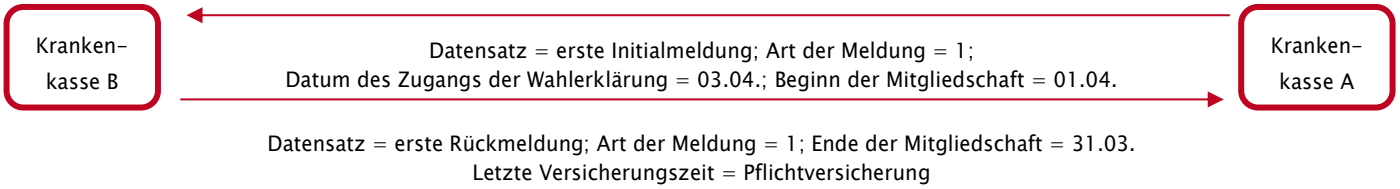
Abschluss des Meldeverfahrens:



Beispiel 4

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).
Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



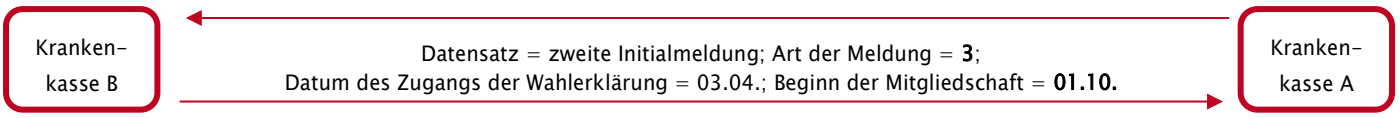
Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 1; Ende der Mitgliedschaft = 31.03.
Letzte Versicherungszeit = Pflichtversicherung

Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass der Beginn der Versicherungspflicht um wenige Tage (auf den 29.03.) vorgezogen wird.

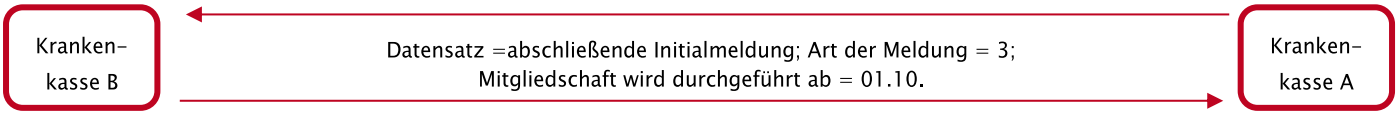
Lösung für die Krankenkasse A:

Es entsteht ein Zeitraum des Mehrfachversicherungsverhältnisses (= 29.03. bis 31.03.). Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht erweist sich aus diesem Grund nachträglich als unzulässig. Die Krankenkasse A deutet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 03.04.) relevant; die Bindungsfrist bei der Krankenkasse B ist zu beachten (angenommen: bis 30.09.). Für die zweite Initialmeldung ist dieselbe Vorgangs-ID zu verwenden wie für die erste Initialmeldung.



Datensatz = zweite Rückmeldung; Art der Meldung = 3; Ende der Mitgliedschaft = 30.09.
Letzte Versicherungszeit = Pflichtversicherung

Abschluss des Meldeverfahrens:



Datensatz = Abschlussmeldung; Ende der Mitgliedschaft = 30.09.

Abwandlung:

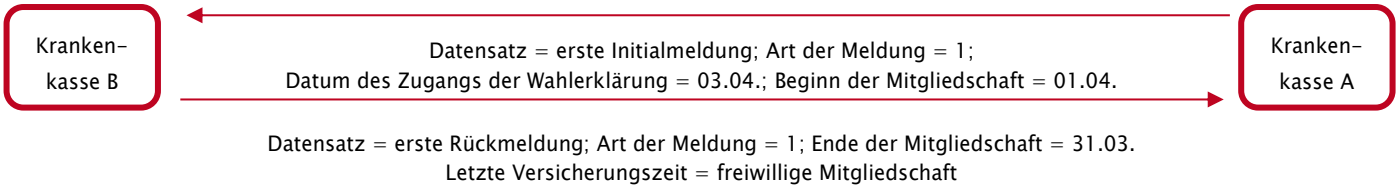
Wenn keine Umdeutung des Meldegrundes (aufgrund einer Entscheidung des Mitglieds) vorgenommen wird, hat die Krankenkasse A die Krankenkasse B außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens darüber zu informieren, dass der Krankenkassenwechsel nicht stattfindet. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Die Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenkasse B besteht bis auf Weiteres fort.

Beispiel 5

Ausgangslage:

Der Versicherte ist bei der Aufnahme einer Beschäftigung davon ausgegangen, dass er als Arbeitnehmer krankenversicherungspflichtig wird. Bei der bisherigen Krankenkasse bestand zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft. Es wird daher ein Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungspflicht angestrebt.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



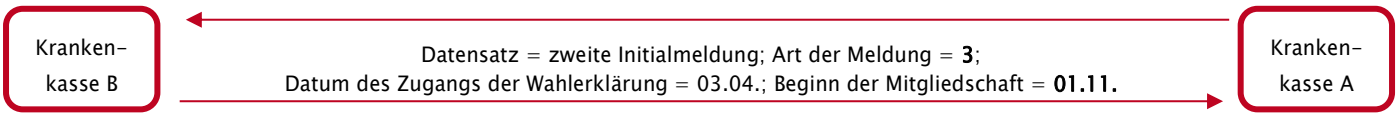
Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 1; Ende der Mitgliedschaft = 31.03.
Letzte Versicherungszeit = freiwillige Mitgliedschaft

Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass die Beschäftigung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegt.

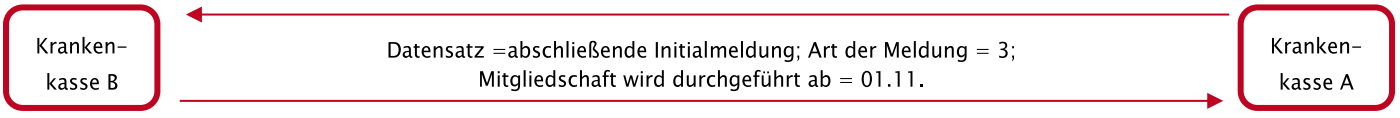
Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht erweist sich nachträglich als unzulässig. Die Krankenkasse A deutet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 03.04.) relevant; die Bindungsfrist bei der Krankenkasse B ist zu beachten (angenommen: bis 31.10.). Für die zweite Initialmeldung ist dieselbe Vorgangs-ID zu verwenden wie für die erste Initialmeldung.



Datensatz = zweite Rückmeldung; Art der Meldung = 3; Ende der Mitgliedschaft = 31.10.
Letzte Versicherungszeit = freiwillige Mitgliedschaft

Abschluss des Meldeverfahrens:



Datensatz = Abschlussmeldung; Ende der Mitgliedschaft = 31.10.

Abwandlung:

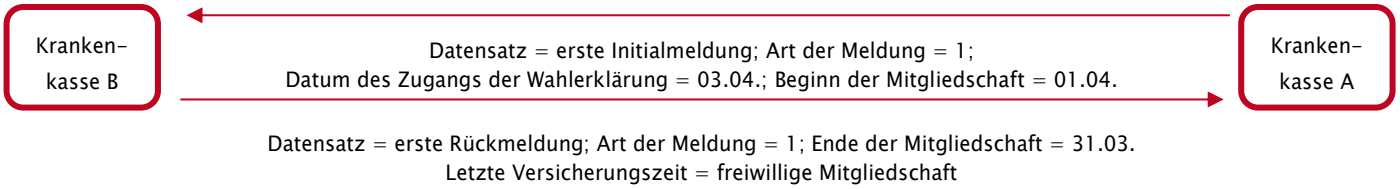
Wenn keine Umdeutung des Meldegrundes (aufgrund einer Entscheidung des Mitglieds) vorgenommen wird, hat die Krankenkasse A die Krankenkasse B außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens darüber zu informieren, dass der Krankenkassenwechsel nicht stattfindet. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Die freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B besteht bis auf Weiteres fort.

Beispiel 6

Ausgangslage:

Das Mitglied plant die Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung. Bei der bisherigen Krankenkasse bestand zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft. Es wird daher ein Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungspflicht angestrebt.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



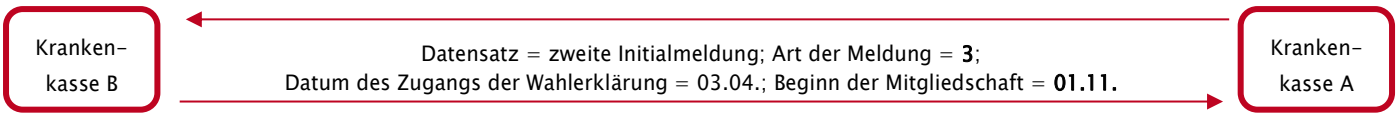
Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 1; Ende der Mitgliedschaft = 31.03.
Letzte Versicherungszeit = freiwillige Mitgliedschaft

Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Das Mitglied teilt mit, dass sein Beschäftigungsverhältnis nicht zustande gekommen ist.

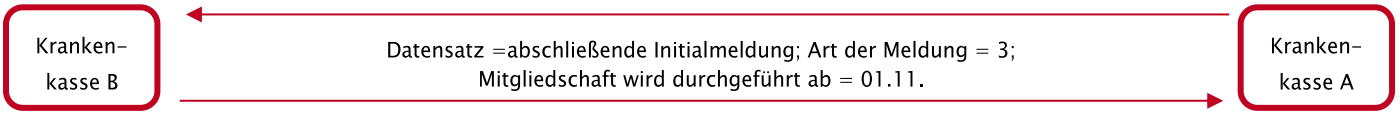
Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht erweist sich nachträglich als unzulässig. Die Krankenkasse A deutet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 03.04.) relevant; die Bindungsfrist bei der Krankenkasse B ist zu beachten (angenommen: bis 31.10.). Für die zweite Initialmeldung ist dieselbe Vorgangs-ID zu verwenden wie für die erste Initialmeldung.



Datensatz = zweite Rückmeldung; Art der Meldung = 3; Ende der Mitgliedschaft = 31.10.
Letzte Versicherungszeit = freiwillige Mitgliedschaft

Abschluss des Meldeverfahrens:



Datensatz = Abschlussmeldung; Ende der Mitgliedschaft = 31.10.

Abwandlung:

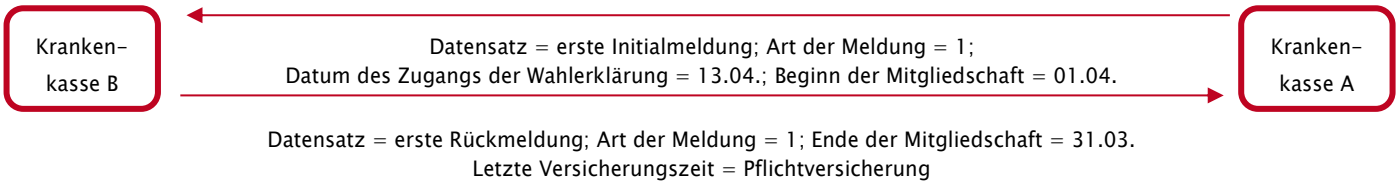
Wenn keine Umdeutung des Meldegrundes (aufgrund einer Entscheidung des Mitglieds) vorgenommen wird, hat die Krankenkasse A die Krankenkasse B außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens darüber zu informieren, dass der Krankenkassenwechsel nicht stattfindet. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren. Die freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B besteht bis auf Weiteres fort.

Beispiel 7

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse B:

Die Krankenkasse B erhält die DEÜV-Anmeldung des neuen Arbeitgebers über den Beginn der Versicherungspflicht ab dem 01.04. Aus der Rücksprache mit dem Arbeitgeber ergibt sich, dass das Mitglied die zur Meldung verpflichtete Stelle zu spät über die Wahl der Krankenkasse A informiert hat.

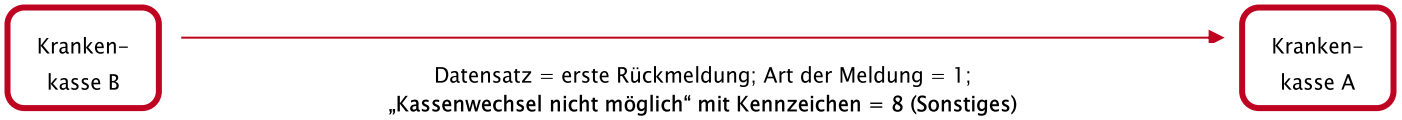
Lösung für die Krankenkasse B:

Der angestrebte Krankenkassenwechsel ist nicht rechtswirksam zustande gekommen. Es bedarf einer Korrektur der abgegebenen Rückmeldung.

1. Stornierung der ersten Rückmeldung:



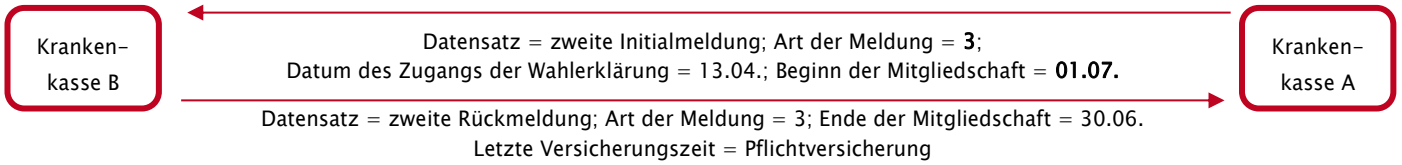
2. Erstellung einer neuen ersten Rückmeldung (mit derselben Vorgangs-ID):



3. Bei Bedarf ein Informationsaustausch mit der Krankenkasse A außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens

Lösung für die Krankenkasse A:

Die Krankenkasse A deutet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V um. Die erste Initialmeldung ist nicht zu stornieren. Für die Berechnung der Kündigungsfrist ist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 13.04.) relevant; die Bindungsfrist bei der Krankenkasse B ist nicht zu beachten. Für die zweite Initialmeldung ist dieselbe Vorgangs-ID zu verwenden wie für die erste Initialmeldung.



Abschluss des Meldeverfahrens:

Austausch einer abschließenden Initialmeldung und einer Abschlussmeldung (hier nicht abgebildet).

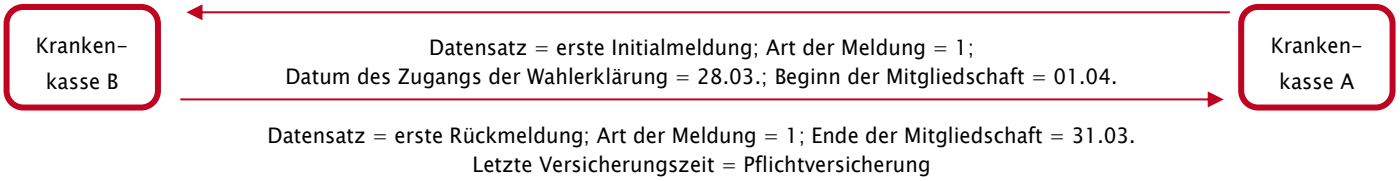
Abwandlung: Die Krankenkasse A kann eine Umdeutung des Meldegrundes auch ohne eine vorangegangene Meldung der Krankenkasse B mit Kennzeichen = „8“ vornehmen, wenn sie als erste (zum Beispiel direkt vom Mitglied) über das Nichtzustandekommen des Krankenkassenwechsels informiert wird.

Beispiel 8

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



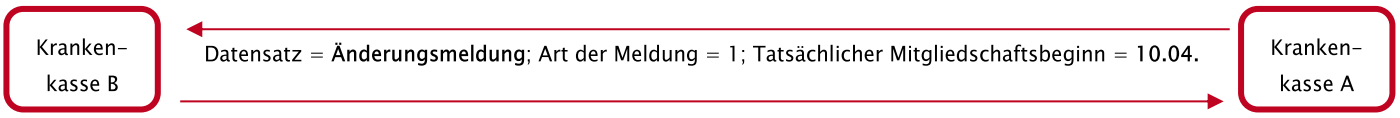
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht um wenige Tage (auf den 10.04.) verschiebt. In der Zwischenzeit besteht ein nachgehender Leistungsanspruch.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungspflicht) bleibt unverändert. Der Beginn der Mitgliedschaft weicht von dem ursprünglich gemeldeten Datum ab. Die gewählte Krankenkasse hat die Informationen über ein abweichendes Datum des Beginns der Versicherungspflicht erst erhalten, nachdem bereits eine Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse vorlag. Die bisherigen Meldungen sind daher nicht zu stornieren. Die gewählte Krankenkasse hat eine Änderungsmeldung zu erstellen.

Abschluss des Meldeverfahrens:

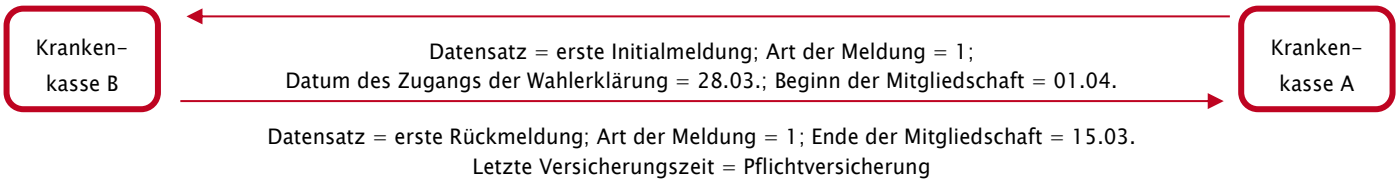


Beispiel 9

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht) nach einer Unterbrechung im zeitlichen Rahmen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



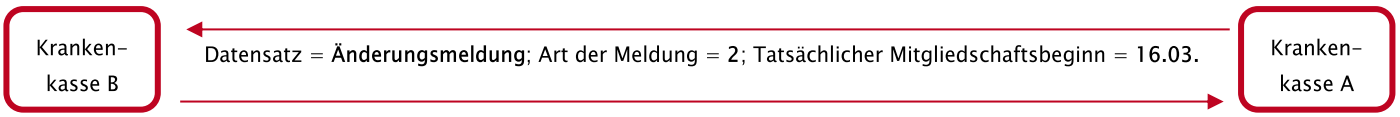
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht um wenige Tage (auf den 20.04.) verschiebt. Der Zeitraum eines nachgehenden Leistungsanspruchs wird dadurch überschritten. Für die Dauer der Unterbrechung wünscht die betroffene Person eine freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A. Die Vorversicherungszeit ist erfüllt.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Der Beginn der Mitgliedschaft sowie der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungsberechtigung) weichen von den ursprünglich gemeldeten Daten ab. Die gewählte Krankenkasse hat die Informationen über ein abweichendes Datum des Beginns der Mitgliedschaft erst erhalten, nachdem bereits eine Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse vorlag. Die bisherigen Meldungen sind daher nicht zu stornieren. Die gewählte Krankenkasse hat eine Änderungsmeldung zu erstellen.

Abschluss des Meldeverfahrens:

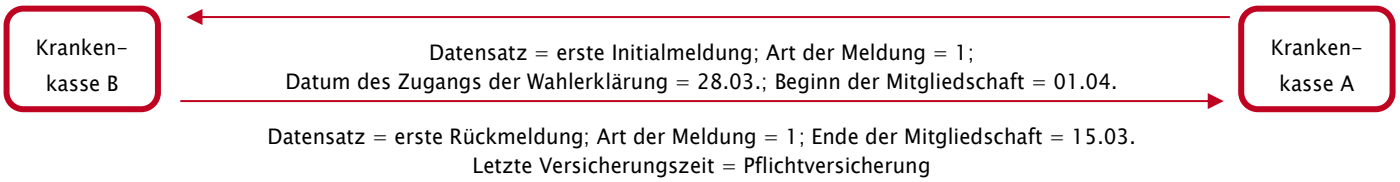


Beispiel 10 (Abwandlung des Beispiels 9)

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht) nach einer Unterbrechung im zeitlichen Rahmen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:

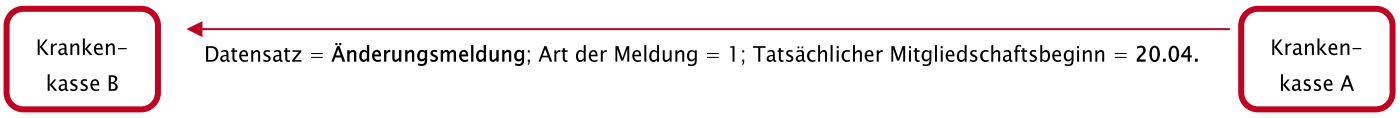


Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht um wenige Tage (auf den 20.04.) verschiebt. Der Zeitraum eines nachgehenden Leistungsanspruchs wird dadurch überschritten. Eine freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A für die Dauer der Unterbrechung ist nicht möglich (Vorversicherungszeit ist nicht erfüllt) oder nicht gewünscht.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungspflicht) bleibt unverändert. Der Beginn der Mitgliedschaft weicht von dem ursprünglich gemeldeten Datum ab. Die gewählte Krankenkasse hat die Informationen über ein abweichendes Datum des Beginns der Mitgliedschaft erst erhalten, nachdem bereits eine Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse vorlag. Die bisherigen Meldungen sind daher nicht zu stornieren. Die gewählte Krankenkasse hat eine Änderungsmeldung zu erstellen.



Lösung für die Krankenkasse B:

Für die Dauer der Unterbrechung zwischen der letzten Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenkasse B und der neuen Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenkasse A hat die Krankenkasse B eine freiwillige Mitgliedschaft durchzuführen. Bei Erstellung einer Abschlussmeldung sind die gemeldeten Versicherungszeiten zu korrigieren, weil sich die entsprechenden Veränderungen in der Zeit zwischen der Abgabe der Rück- und Abschlussmeldung ergaben.

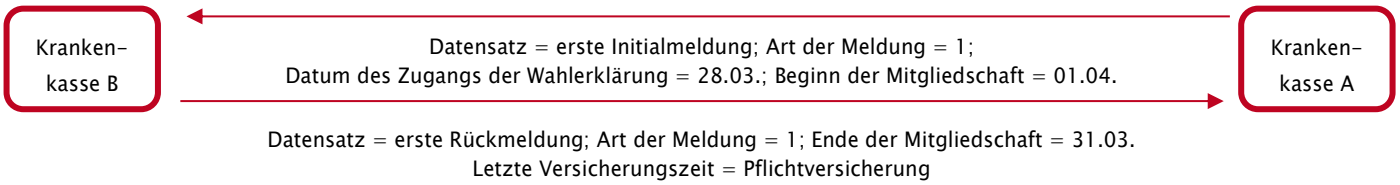


Beispiel 11

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Anschluss an die Auffang-Versicherungspflicht.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:

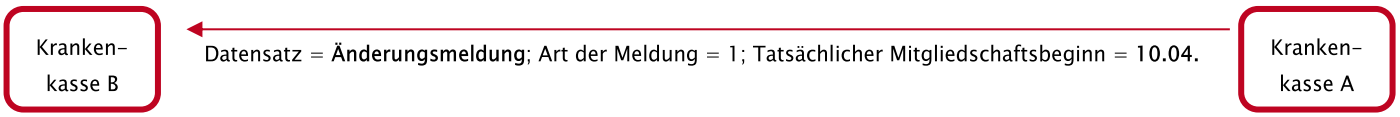


Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht um wenige Tage (auf den 10.04.) verschiebt. Der zeitliche Rahmen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V wäre dadurch jedenfalls nicht überschritten. (Der Krankenkasse A ist unter Umständen nicht bekannt, dass die betroffene Person zuletzt nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtig war und ein nachgehender Leistungsanspruch hierbei nicht in Frage kommt).

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungspflicht) bleibt unverändert. Der Beginn der Mitgliedschaft weicht von dem ursprünglich gemeldeten Datum ab. Die gewählte Krankenkasse hat die Informationen über ein abweichendes Datum des Beginns der Versicherungspflicht erst erhalten, nachdem bereits eine Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse vorlag. Die bisherigen Meldungen sind daher nicht zu stornieren. Die gewählte Krankenkasse hat eine Änderungsmeldung zu erstellen.



Lösung für die Krankenkasse B:

Die Krankenkasse B hat die Auffang-Versicherungspflicht bis zum Vortag der Aufnahme der Beschäftigung durchzuführen. Bei Erstellung einer Abschlussmeldung sind die gemeldeten Versicherungszeiten zu korrigieren, weil sich die entsprechenden Veränderungen in der Zeit zwischen der Abgabe der Rück- und Abschlussmeldung ergaben.

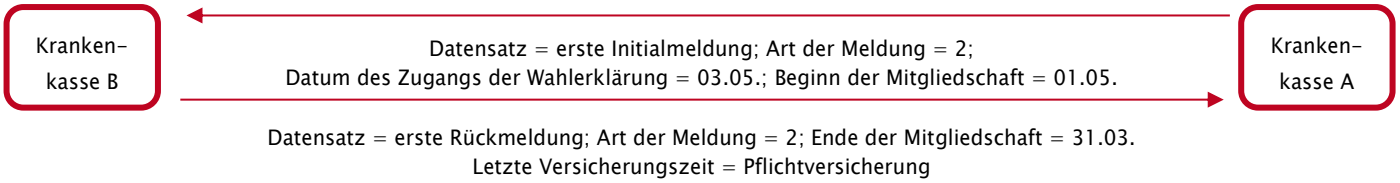


Beispiel 12

Ausgangslage:

Das Mitglied ist bei der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit davon ausgegangen, dass es bei der bisherigen Krankenkasse zuletzt als krankenversicherungspflichtiges Mitglied bis zum 30.04. versichert war. Es wird daher ein Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns einer Versicherungsberechtigung zum 01.05. angestrebt. Durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse wird jedoch bekannt, dass die Versicherungspflicht bereits zum 31.03. endete.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



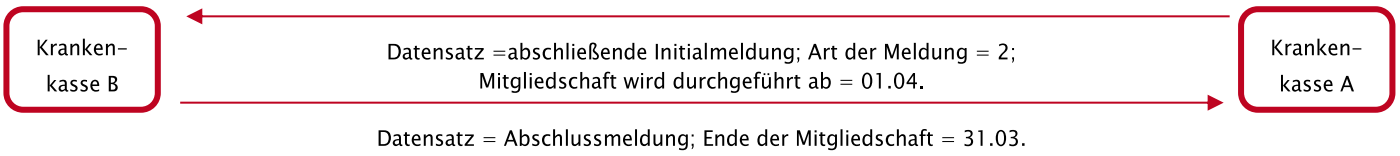
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Durch die Rückmeldung der Krankenkasse B erlangt die Krankenkasse A Kenntnis darüber, dass die freiwillige Mitgliedschaft am 01.04. beginnt und somit ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht zu diesem Zeitpunkt besteht.

Lösung für die Krankenkasse A:

Es ist keine Änderungsmeldung zu erstellen, weil das geänderte Datum für den Krankenkassenwechsel bereits durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse bekannt gegeben wurde. Einer Stornierung der ersten Initialmeldung bedarf es ebenfalls nicht.

Abschluss des Meldeverfahrens:

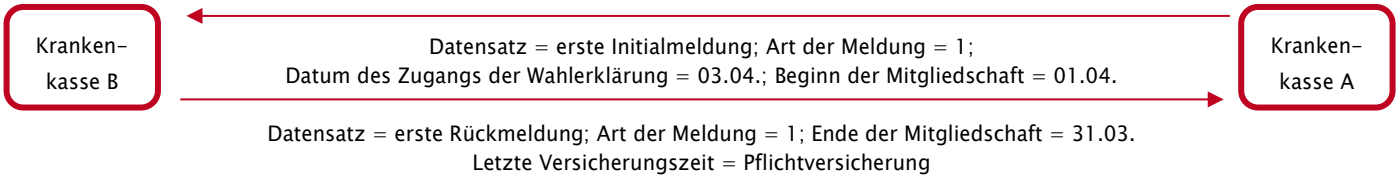


Beispiel 13

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



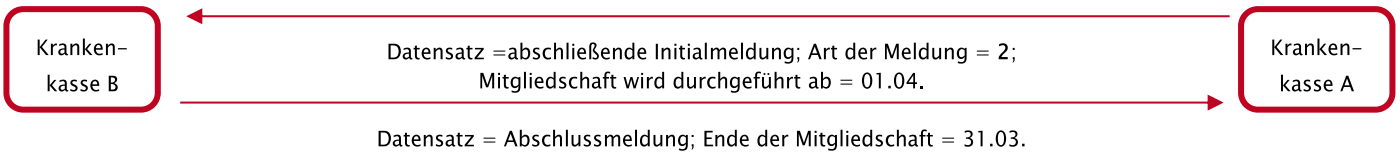
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass die am 01.04. begonnene Beschäftigung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V unterliegt.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht zum 01.04. ist zulässig, wenngleich aus einem anderen Grund (Beginn der Versicherungsberechtigung). Die Erfüllung der Vorversicherungszeit wurde hierbei der Rückmeldung der Krankenkasse B entnommen. Eine Änderungsmeldung ist nicht erforderlich, weil sich lediglich der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungspflicht/Beginn der Versicherungsberechtigung) gegenüber der ursprünglichen Initialmeldung verändert hat, ohne dass der Beginn der Mitgliedschaft von dem ursprünglich gemeldeten Datum abweicht. Bei Erstellung einer abschließenden Initialmeldung ist jedoch das geänderte Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ zu verwenden. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren.

Abschluss des Meldeverfahrens:

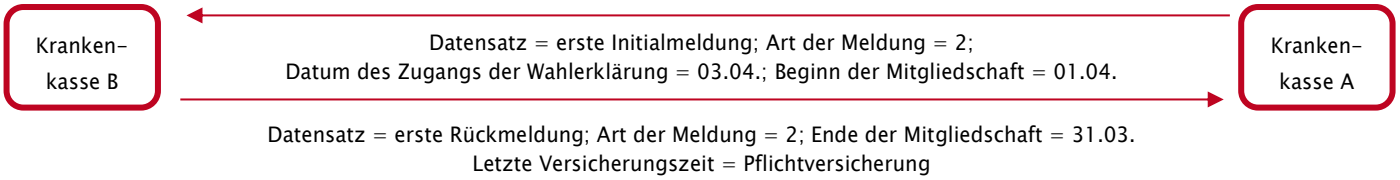


Beispiel 14

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels. Nach Angaben des Mitglieds soll bei der Krankenkasse A eine freiwillige Mitgliedschaft begründet werden, während bei der Krankenkasse B zuletzt die Versicherungspflicht bestand. Die Vorversicherungszeit wäre erfüllt (so das Mitglied).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



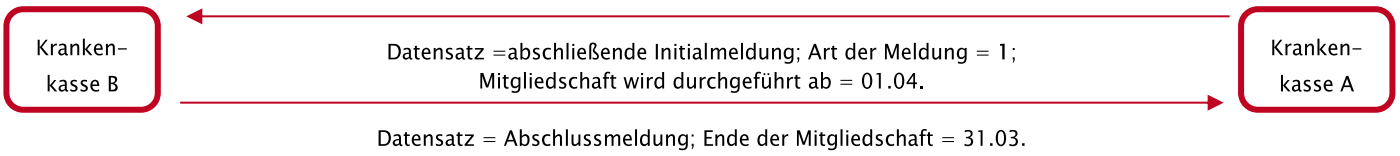
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass die am 01.04. begonnene Beschäftigung der Versicherungspflicht unterliegt.

Lösung für die Krankenkasse A:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht zum 01.04. ist zulässig, wenngleich aus einem anderen Grund (Beginn der Versicherungspflicht). Eine Änderungsmeldung ist nicht erforderlich, weil sich lediglich der versicherungsrechtliche Status (Beginn der Versicherungsberechtigung/Beginn der Versicherungspflicht) gegenüber der ursprünglichen Initialmeldung verändert hat, ohne dass der Beginn der Mitgliedschaft von dem ursprünglich gemeldeten Datum abweicht. Bei Erstellung einer abschließenden Initialmeldung ist jedoch das geänderte Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ zu verwenden. Die bisherigen Meldungen sind nicht zu stornieren.

Abschluss des Meldeverfahrens:

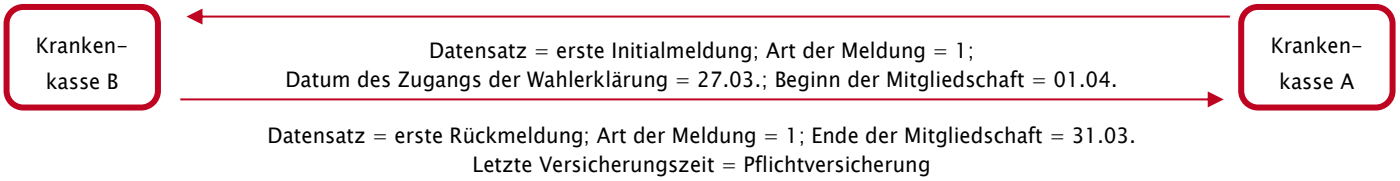


Beispiel 15

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



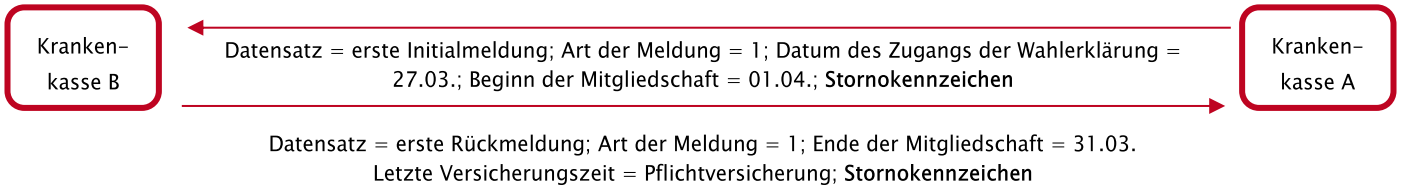
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht auf den 09.05. verschiebt. In der Zwischenzeit besteht eine Familienversicherung bei der Krankenkasse A.

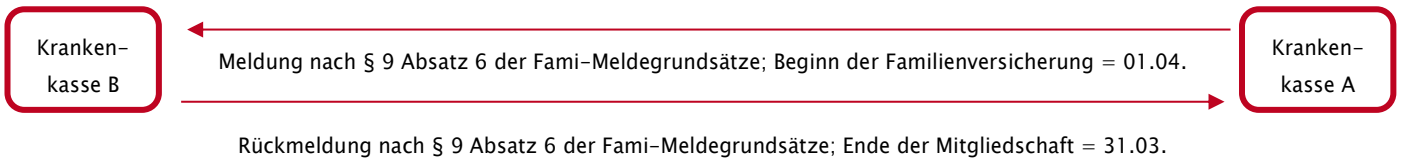
Lösung für die Krankenkassen A und B:

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Jedoch wird dem eingeleiteten Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen. Die Meldungen nach § 175 Absatz 2 SGB V sind zu stornieren; das Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze ist nachzuholen.

1. Stornierung von sämtlichen Meldungen nach § 175 Absatz 2 SGB V:



2. Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze:

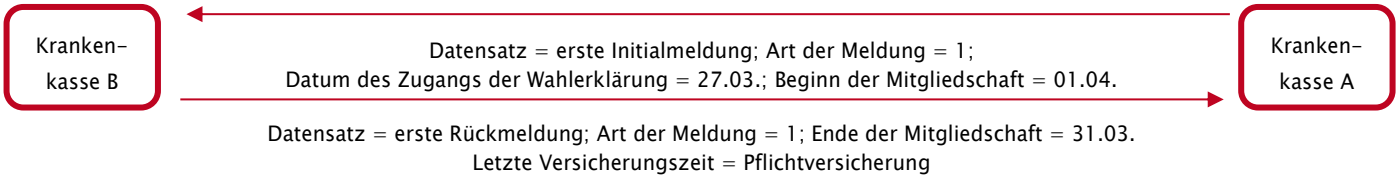


Beispiel 16 (Abwandlung des Beispiels 15)

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel aus Anlass eines nahtlosen Arbeitgeberwechsels (Versicherungspflicht).

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:

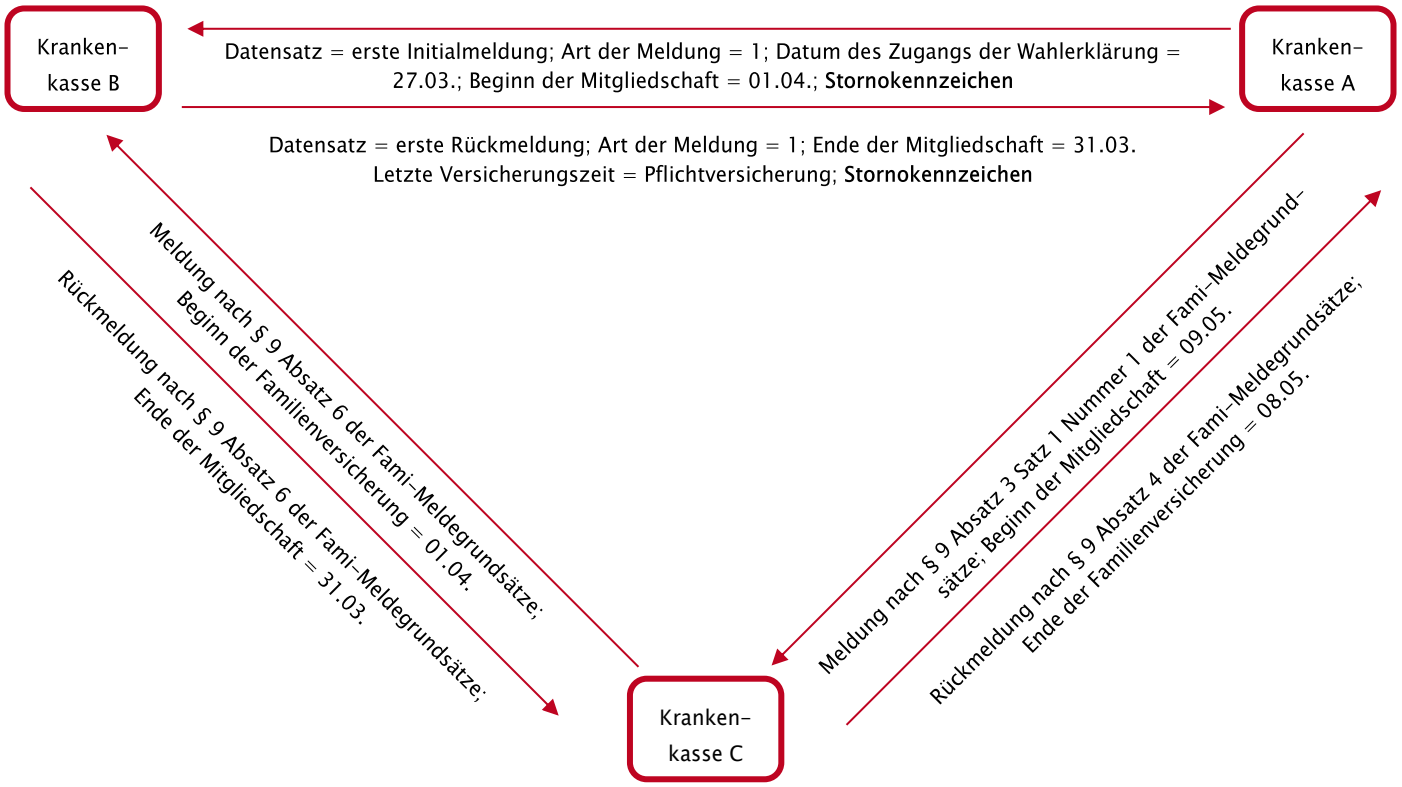


Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Aus der DEÜV-Anmeldung des Arbeitgebers geht hervor, dass sich der Beginn der Versicherungspflicht auf den 09.05. verschiebt. In der Zwischenzeit besteht eine Familienversicherung bei der Krankenkasse C.

Meldungen zwischen den Krankenkassen A, B und C:

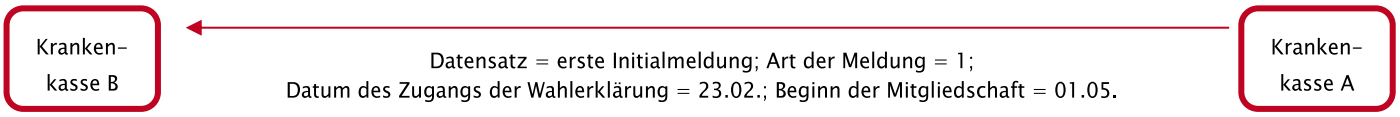
Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bleibt unberührt. Jedoch wird dem eingeleiteten Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen. Die Meldungen nach § 175 Absatz 2 SGB V sind zu stornieren. Darüber hinaus informiert die Krankenkasse A die Krankenkasse B außerhalb des elektronischen Meldeverfahrens darüber, dass zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften die Familienversicherung bei der Krankenkasse C besteht. Das Meldeverfahren nach § 9 der Fami-Meldegrundsätze (zwischen den Krankenkassen C und B sowie zwischen den Krankenkassen A und C ist nachzuholen.



Beispiel 17

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V zum 01.05. Die gewählte Krankenkasse hat jedoch am 25.02. fälschlicherweise den Krankenkassenwechsel aus Anlass eines sofortigen Wahlrechts gemeldet.

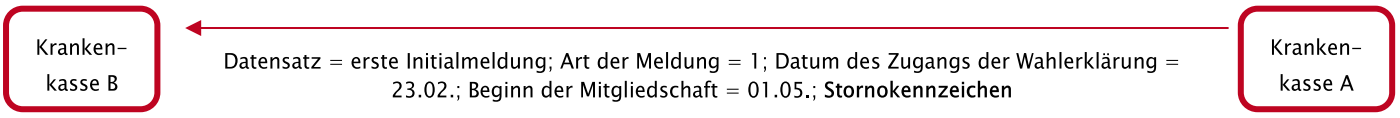


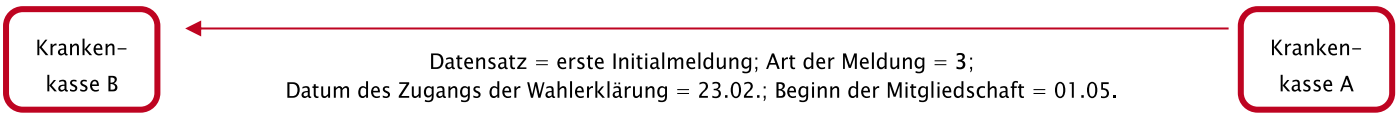
Nachträgliche Erkenntnisse bei der Krankenkasse A:

Am 15.03. wird bei einer internen Überwachung des Vorgangs der Fehler bei der Erstellung der ersten Initialmeldung festgestellt.

Lösung für die Krankenkasse A:

Die nachträglichen Erkenntnisse über die Notwendigkeit einer Korrektur der ursprünglich abgegebenen Initialmeldung wurden gewonnen, bevor die gewählte Krankenkasse von der bisherigen Krankenkasse eine Rückmeldung erhalten hat. Daraus folgt, dass keine Änderungsmeldung zu erstellen ist. Vielmehr ist die erste Initialmeldung zu stornieren und eine neue erste Initialmeldung mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 3 zu erstellen. Hierbei ist die gleiche Vorgangs-ID zu verwenden, die bei der stornierten Initialmeldung vergeben wurde. Damit wird sichergestellt, dass für die Berechnung der Kündigungsfrist das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der Krankenkasse A (hier: 23.02.) berücksichtigt wird.





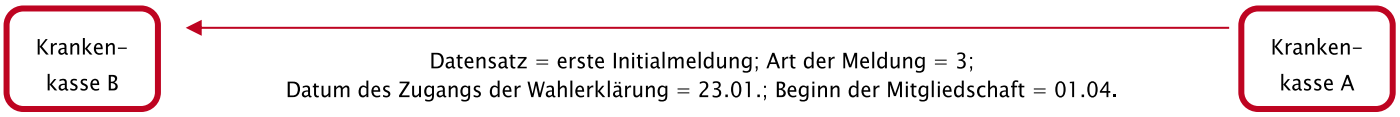
Abschluss des Meldeverfahrens:

Austausch einer ersten Rückmeldung, einer abschließenden Initialmeldung und einer Abschlussmeldung (hier nicht abgebildet).

Beispiel 18

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V. Das Datum des Krankenkassenwechsels wurde auf Grundlage der Angaben des Mitglieds bestimmt, dass seine Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse zum 31.03. endet.

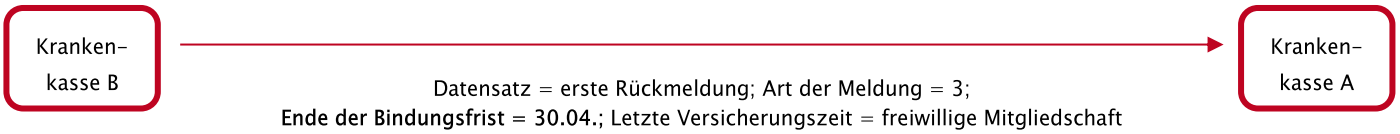


Erkenntnisse bei der Krankenkasse B:

Die Bindungsfrist endet zum 30.04.

Lösung für die Krankenkasse B:

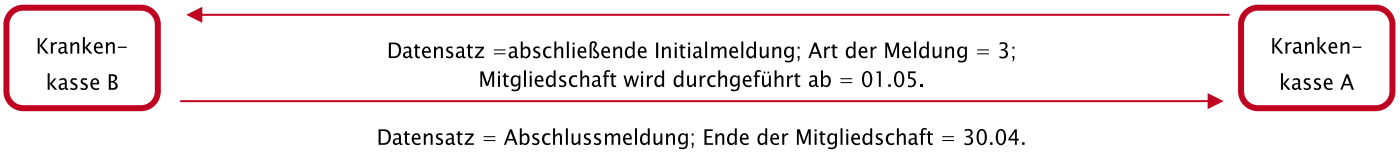
Da die Bindungsfrist zum Zeitpunkt des angestrebten Krankenkassenwechsels noch nicht erfüllt ist, teilt die Krankenkasse B in ihrer Rückmeldung das abweichende Datum mit, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungsfrist und Kündigungsfrist endet. Hierfür ist das Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ zu verwenden.



Lösung für die Krankenkasse A:

Das geänderte Datum für den Krankenkassenwechsel wurde bereits durch die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse bekannt gegeben. Einer Stornierung der ersten Initialmeldung seitens der gewählten Krankenkasse bedarf es daher nicht. Eine Änderungsmeldung kommt bei Verwendung des Kennzeichens zur „Art_der_Meldung“ = 3 per se nicht in Frage. Die Krankenkasse A hat lediglich eine abschließende Initialmeldung zu erstellen.

Abschluss des Meldeverfahrens:

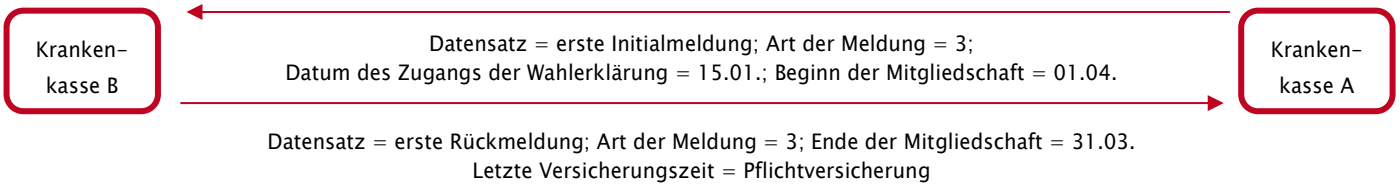


Beispiel 19

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V. Wahl der Krankenkasse A am 15.01. zum 01.04.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



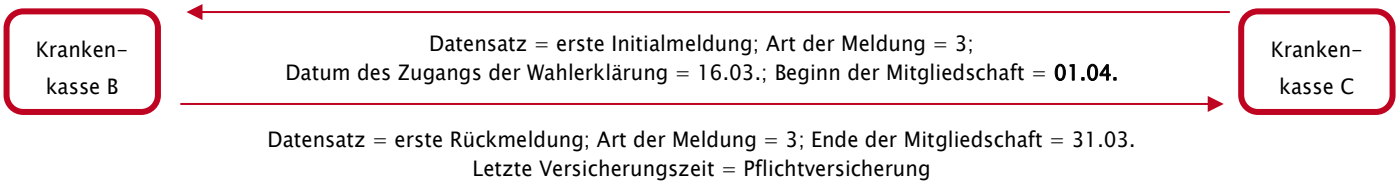
Nachträgliche Veränderung (Wahl der Krankenkasse C):

Am 16.03. wählt das Mitglied im Kündigungsverfahren die Krankenkasse C und informiert sie hierbei, dass es ursprünglich bereits im Januar eine andere Krankenkasse gewählt hatte, sich jedoch nun anders entschieden hat.

Lösung für die Krankenkasse C:

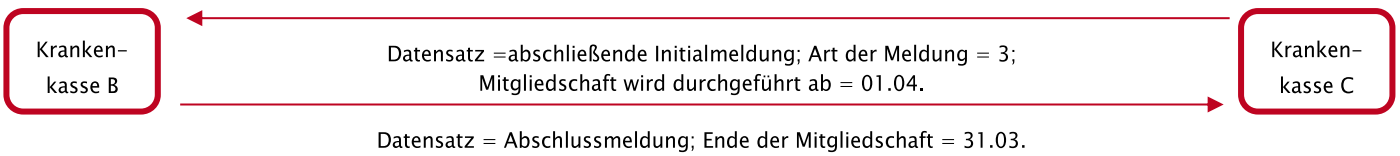
Es liegt eine mehrfache Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren vor. Das Datum für das Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse ergibt sich aus dem Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der erstgewählten Krankenkasse A (hier: 31.03.). Da die neue Wahlerklärung noch innerhalb der so gebildeten Kündigungsfrist abgegeben wurde, ist diese wirksam.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



Abschluss des Meldeverfahrens

Der Versicherte hat gegenüber seinem Arbeitgeber angegeben, dass er zum 01.04. das Mitglied der Krankenkasse C geworden ist. Die Krankenkasse C hat auf Grundlage der Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle eine abschließende Initialmeldung zu erstellen. Als Antwort darauf hat die Krankenkasse B eine Abschlussmeldung zu übermitteln. Die zwischen den Krankenkassen A und B ausgetauschten Meldungen sind nicht zu stornieren. Die Krankenkasse A erlangt anderweitig Kenntnis darüber, dass der Krankenkassenwechsel zur ihr nicht zustande gekommen ist.

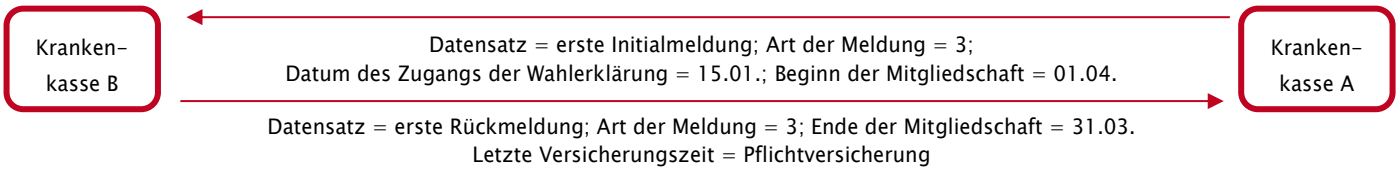


Beispiel 20 (Abwandlung des Beispiels 19)

Ausgangslage:

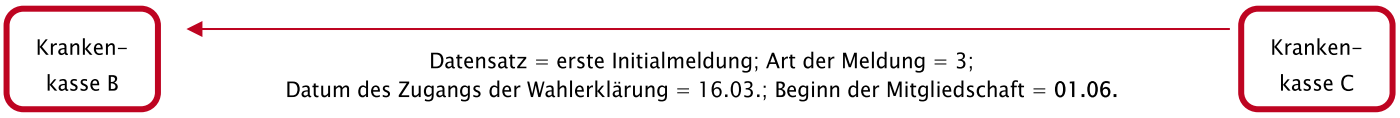
Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V. Wahl der Krankenkasse A am 15.01. zum 01.04.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



Nachträgliche Veränderung (Wahl der Krankenkasse C):

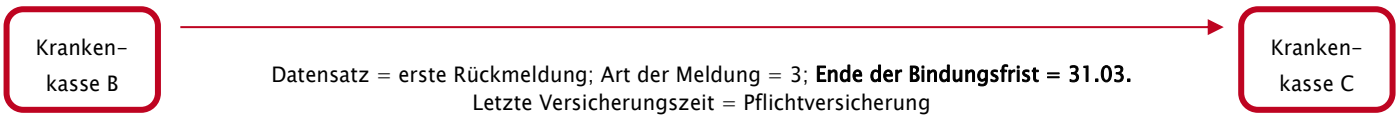
Am 16.03. wählt das Mitglied im Kündigungsverfahren die Krankenkasse C. Hierbei informiert es die Krankenkasse C nicht darüber, dass es ursprünglich bereits im Januar eine andere Krankenkasse gewählt hatte, sich jedoch nun anders entschieden hat.



Lösung für die Krankenkasse B:

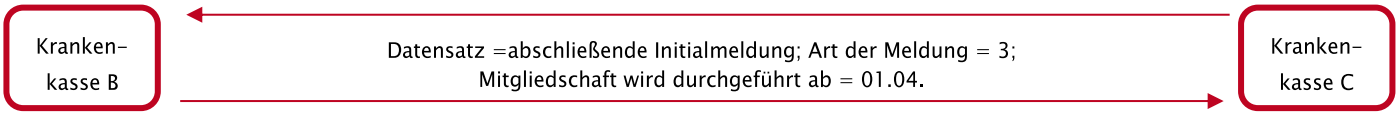
Die bisherige Krankenkasse stellt fest, dass es sich um eine mehrfache Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren handelt. Das Datum für das Ende der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse ergibt sich aus dem Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der erstgewählten Krankenkasse A (hier: 31.03.). Da die neue Wahlerklärung noch innerhalb der so gebildeten Kündigungsfrist abgegeben wurde, ist diese wirksam.

Da der Krankenkasse C das Vorliegen einer mehrfachen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nicht bekannt war, teilt die Krankenkasse B in ihrer Rückmeldung das abweichende Datum mit, an dem die Mitgliedschaft unter Beachtung der relevanten Bindungsfrist und Kündigungsfrist endet. Hierfür ist das Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ zu verwenden.



Abschluss des Meldeverfahrens

Der Versicherte hat gegenüber seinem Arbeitgeber angegeben, dass er zum 01.04. das Mitglied der Krankenkasse C geworden ist. Die Krankenkasse C hat auf Grundlage der Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle eine abschließende Initialmeldung zu erstellen. Als Antwort darauf hat die Krankenkasse B eine Abschlussmeldung zu übermitteln. Die zwischen den Krankenkassen A und B ausgetauschten Meldungen sind nicht zu stornieren. Die Krankenkasse A erlangt anderweitig Kenntnis darüber, dass der Krankenkassenwechsel zur ihr nicht zustande gekommen ist.

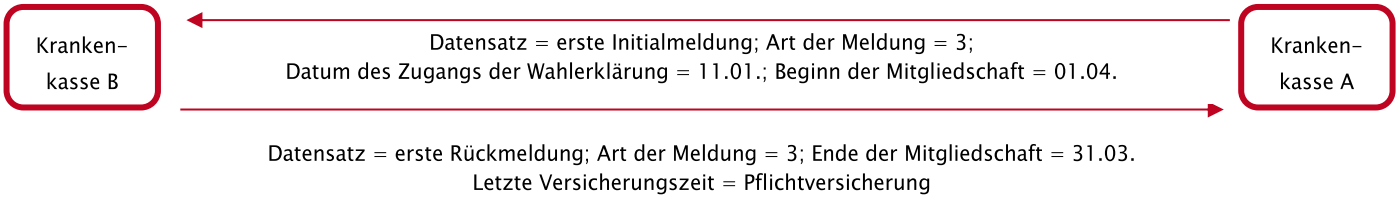


Beispiel 21

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:



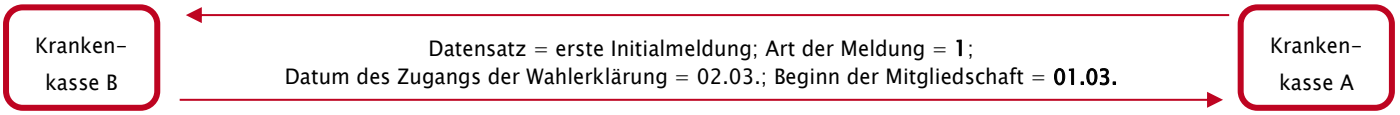
Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 3; Ende der Mitgliedschaft = 31.03.
Letzte Versicherungszeit = Pflichtversicherung

Nachträgliche Veränderung:

Während der Kündigungsfrist wird der bislang krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer arbeitslos und aufgrund des Bezuges vom Arbeitslosengeld versicherungspflichtig (zum 01.03.). Das Mitglied macht am 02.03. von seinem sofortigen Wahlrecht Gebrauch. Es verbleibt bei der Wahl der Krankenkasse A.

Lösung für die Krankenkasse A:

Die Grundlage für das bereits durchgeführte Meldeverfahren entfällt. Es bedarf jedoch keiner Stornierung der ausgetauschten Meldungen. Die Krankenkasse A veranlasst eine erneute Initialmeldung mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 1. Hierbei ist für die erneute Initialmeldung eine andere Vorgans-ID zu verwenden als für die erste Initialmeldung.



Datensatz = erste Rückmeldung; Art der Meldung = 1; Ende der Mitgliedschaft = 28.02.
Letzte Versicherungszeit = Pflichtversicherung

Abschluss des Meldeverfahrens:

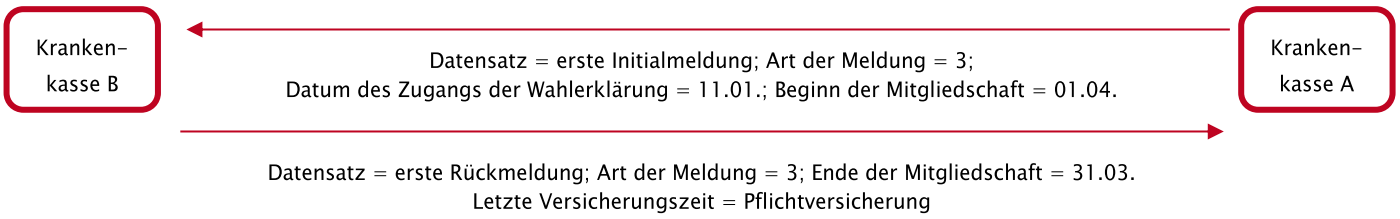
Austausch einer abschließenden Initialmeldung und einer Abschlussmeldung (hier nicht abgebildet).

Beispiel 22

Ausgangslage:

Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Austausch einer Initialmeldung und einer Rückmeldung:

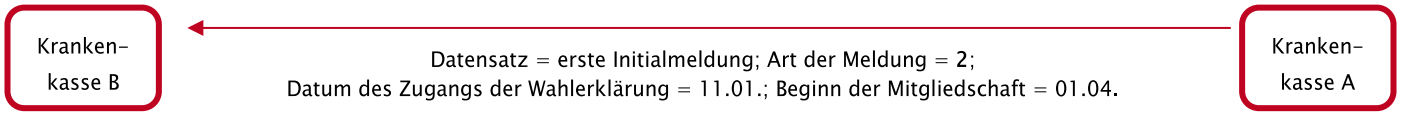


Nachträgliche Veränderung:

Zu dem ursprünglich gemeldeten Datum eines Krankenkassenwechsels im Kündigungsverfahren erfolgt ein Arbeitgeberwechsel. In der neuen Beschäftigung ist der Arbeitnehmer nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfrei. Die Vorversicherungszeit ist erfüllt. Es verbleibt bei der Wahl der Krankenkasse A.

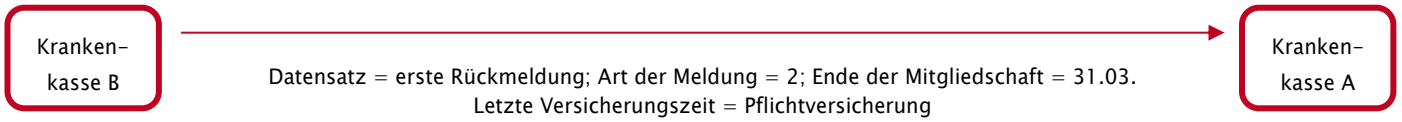
Lösung für die Krankenkasse A:

Das entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht „verdrängt“ den Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren, ungeachtet der Tatsache, dass das Datum des Krankenkassenwechsels unverändert bleibt. Es gelten hierbei andere rechtliche Voraussetzungen für die Rechtmäßigkeit des Krankenkassenwechsels. Die Grundlage für das bereits durchgeführte Meldeverfahren entfällt daher. Die Krankenkasse A veranlasst eine erneute Initialmeldung mit dem Kennzeichen zur „Art_der_Meldung“ = 2. Hierbei ist für die erneute Initialmeldung eine andere Vorgans-ID zu verwenden als für die erste Initialmeldung. Die bislang ausgetauschten Meldungen sind nicht zu stornieren.



Lösung für die Krankenkasse B:

Ungeachtet des Umstandes, dass die Krankenkasse B den Krankenkassenwechsel zum derselben Datum bereits bestätigt hatte, gelten für ihre erneute Rückmeldung nun andere Anforderungen. Diese setzt den Eingang einer Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle voraus.



Abschluss des Meldeverfahrens:

Austausch einer abschließenden Initialmeldung und einer Abschlussmeldung (hier nicht abgebildet).

Verfahrensbeschreibung nach § 175 Absatz 2 SGB V
– Zusammenfassung der Abläufe im KV-KV-Dialog –

– Schaubild 1 –

Spitzenverband

Kasse B

Prüfung des Kassenwechsels unter Berücksichtigung der Varianten 1 bis 5, Angabe des angestrebten Datums
Datensatz (erste) „Initialmeldung“



Rückmeldung mit Angabe des Datums bzw. Hinweis „Ende Bindungsfrist“ oder Hinweis „Kassenwechsel nicht möglich“
Datensatz (erste) „Rückmeldung“

Meldung beinhaltet bereits Paket „§ 304 SGB V – Versicherungszeiten/Beiträge“ (Ausnahme: Rückmeldung mit Hinweis „Kassenwechsel nicht möglich“)



Kasse A

…wenn Rückmeldung Datum bestätigt, ein abweichendes Datum beinhaltet oder Hinweis „Ende Bindungsfrist“ enthält

…weiter mit Schaubild 2

…wenn Rückmeldung Hinweis „Kassenwechsel nicht möglich“ mit Kennzeichen 1 bis 4 oder 8 enthält

…weiter mit Schaubild 3

…wenn Rückmeldung Hinweis „Kassenwechsel nicht möglich“ mit Kennzeichen 5 enthält

…weiter mit Schaubild 4

…wenn sich herausstellt, dass sofortige Kassenwahl wider Erwarten nicht möglich ist

…weiter mit Schaubild 3

Verfahrensbeschreibung nach § 175 Absatz 2 SGB V
– Zusammenfassung der Abläufe im KV-KV-Dialog –

– Schaubild 2 –

Spitzenverband

NUR sofern Mitgliedschaft zu einem abweichenden Datum beginnt **UND** dieses abweichende Datum noch nicht Gegenstand der „Rückmeldung“ gewesen ist.
Datensatz „Änderungsmeldung“



Kasse B

Meldung zur Anforderung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz (abschließende) „Initialmeldung“ (jetzt mit Angabe „Mitgliedschaft wird durchgeführt“)

Nicht erforderlich, sofern Datensatz „Änderungsmeldung“ abgegeben wurde



Kasse A

Reaktion auf Schritt „Änderungsmeldung“ oder o. g. „Initialmeldung“
Übermittlung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz „Abschlussmeldung“



Verfahrensbeschreibung nach § 175 Absatz 2 SGB V
– Zusammenfassung der Abläufe im KV-KV-Dialog –

– Schaubild 3 –

Spitzenverband

Kasse B

Kasse A

Neue Initialmeldung im Sinne einer Umdeutung des Kassenwahlrechts („Art der Meldung = 3“); für die Kündigungsfrist ist das Datum der Abgabe der ersten Initialmeldung maßgeblich
Datensatz (zweite) „Initialmeldung“



Rückmeldung mit Angabe des Datums, an dem Mitgliedschaft endet;
Datensatz (zweite) „Rückmeldung“

Meldung beinhaltet bereits Paket „§ 304 SGB V – Versicherungszeiten/Beiträge“



Meldung zur Anforderung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz (abschließende) „Initialmeldung“ (jetzt mit Angabe „Mitgliedschaft wird durchgeführt“)



Reaktion auf Schritt „Änderungsmeldung“ oder o. g. „Initialmeldung“
Übermittlung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz „Abschlussmeldung“



Verfahrensbeschreibung nach § 175 Absatz 2 SGB V
– Zusammenfassung der Abläufe im KV-KV-Dialog –

– Schaubild 4 –

Spitzenverband

Kasse B = LKK

Neue Initialmeldung im Sinne einer Bestätigung, dass keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit als Landwirt vorliegt
(„Art der Meldung = 1“);
Datensatz (zweite) „Initialmeldung“

←

Rückmeldung mit Angabe des Datums, an dem Mitgliedschaft endet;
Datensatz (zweite) „Rückmeldung“

Meldung beinhaltet bereits Paket „§ 304 SGB V – Versicherungszeiten/Beiträge“

→

Kasse A

Meldung zur Anforderung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz (abschließende) „Initialmeldung“ (jetzt mit Angabe „Mitgliedschaft wird durchgeführt“)

←

Reaktion auf Schritt „Änderungsmeldung“ oder o. g. „Initialmeldung“
Übermittlung des Pakets „§ 304 SGB V – Leistungen“
Datensatz „Abschlussmeldung“

→