Spitzenverband

RUNDSCHREIBEN

RS 2022/576 vom 26.09.2022

Inkrafttreten der geänderten Richtlinie nach § 290 SGB V zum 01.10.2022

Themen: Gesetze, Richtlinien, Verordnungen; Mitgliedschaft/Beiträge; Telematik/eGK

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Guido Tigge

Ref. Telematik
Tel.: 030 206288-1219
guido.tigge@gkv-spitzenverband.de

Marcus Schlichting
Ref. Telematik
Tel.: 030 206288-1211
marcus.schlichting@gkv-spitzenverband.de

Kurzbeschreibung: Die Richtlinie nach § 290 SGB V zur Vergabe der Krankenversichertennummer (KVNR) ist aktualisiert worden. Die geänderte Fassung der Richtlinie tritt am 01.10.2022 in Kraft. Die wesentlichen Änderungen umfassen den Eintritt der privaten Krankenversicherung in das KVNR-Verfahren sowie die Durchführung des KVNR-Klärungsverfahrens (KVNR-Clearing) in einem maschinellen Verfahren.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Regelungs- und Verfahrensinhalte der derzeit gültigen Richtlinie gemäß § 290 SGB V wurden in Abstimmung mit den Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung (PKV) in der Fachkonferenz KVNR und in weiteren Workshops überarbeitet und treten in geänderter Fassung am 01.10.2022 in Kraft.

Die geänderte Fassung umfasst zwei wesentliche Änderungen:

Einstieg der PKV in das KVNR-Verfahren

Die PKV hat gegenüber dem GKV-Spitzenverband die Forderung zur Aufnahme in das Verfahren nach § 290 SGB V zur Nutzung der KVNR mit Verfahrensstart am 01.10.2022 geäußert. Hintergrund sind die Regelungen des § 362 SGB V sowie § 17 des Implantateregistergesetzes. Die Aufnahme der PKV-Mitgliedsunternehmen (MU) in das KVNR-Verfahren soll sukzessive erfolgen. Die neue Anlage 7 zur Richtlinie erteilt Auskunft zu den seitens der MU geplanten Einstiegstermine in das KVNR-Verfahren. Sofern seitens der PKV weitere MU für das Verfahren gemeldet werden, wird die Anlage 7 durch den GKV-Spitzenverband aktualisiert.

Das Einvernehmen zur Richtlinie wurde mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hergestellt. Die vom BfDI geforderte Rechtsgrundlage zum Austausch von Clearingdaten zwischen GKV und PKV ist im in Kraft getretenen COVID-19-Schutzgesetz enthalten.

Inbetriebnahme des maschinellen KVNR-Clearingverfahrens

Mit Inkrafttreten der geänderten Richtlinie endet das mittels GKVSec-Mailer durchgeführte KVNR-Clearing-Übergangsverfahren gemäß der Anlage 5a zur Richtlinie. Alle bis zum 30.09.2022 im Übergangsverfahren begonnenen Klärungsverfahren müssen jedoch noch in dem bisherigen Verfahren nach Anlage 5a abgeschlossen werden. Fälle ab dem 01.10.2022 müssen gemäß der neuen Anlage 5b zur Richtlinie im maschinellen Clearingverfahren geklärt werden. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund des Beitritts der PKV in das Verfahren aus Gründen des Datenschutzes erforderlich. Entsprechend wird die bislang notwendige Übersicht der Erstkontakte aus dem Gruppenraum KVNR-Clearing (https://dialog.gkv-spitzenverband.de/web/kvnr-clearing) des GKV-Dialogs entfernt. Die zentralen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (ZAP) bleiben bestehen. Die seitens der PKV gemeldeten ZAPs werden in der im Gruppenraum bestehenden Übersicht ergänzt. Die ZAPs der PKV erhalten ebenfalls Zugriff auf den Gruppenraum KVNR-Clearing und somit auf die Übersichtsliste. Die PKV ist verpflichtet, hinzukommende MU mit einer Vorlaufzeit von mindestens 4 Wochen unter Nennung eines dazugehörigen ZAPs anzukündigen.

Diesem Rundschreiben liegt die geänderte Richtlinie gemäß § 290 SGB V nebst Anlagen 1, 2, 5a, 5b (neu), 6, 7 (neu) und 8 (neu) bei. Sie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet. Die Teilnehmenden der Fachkonferenz KVNR haben dem Inkrafttreten der Richtlinie zum 01.10.2022 in der Fachkonferenz KVNR am 15.09.2022 zugestimmt. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat daraufhin das Inkrafttreten der Richtlinie am 26.09.2022 beschlossen.

Eine Veröffentlichung der Richtlinie sowie der zum maschinellen Verfahren gehörenden Schemadateien erfolgt auf www.gkv-datenaustausch.de. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Änderungen stellt der GKV-Spitzenverband zur informativen Verwendung zudem eine änderungsmarkierte Fassung der Richtlinie im KVNR-Clearing-Gruppenraum im GKV-Dialog bereit.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und Regelungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses nach § 290 SGB V nebst

2. Anlage_1_20190226_Pruefziffernberechnung-KVNR.pdf

3. Anlage_2_20220920_Datensatz-GS_KVNR-GKV-wKTR_v2.2.0.pdf

4. Anlage_5a_20220920_Übergangsverfahren-KVNR-Clearing_v0.5.pdf

5. Anlage_5b_20220920_Verfahren-KVNR-Clearing_v1.0.pdf

6. Anlage_6_20220920_Ausloesende_Meldesachverhalte_v0.4.pdf

7. Anlage_7_20220920_Erstmeldung_wKTR_§_362_SGBV_v1.0.pdf

8. Anlage_8_20220304_Konzept_SST_GKV-PKV_v1.0.pdf

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter
dialog.gkv-spitzenverband.de

Spitzenverband

Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und Regelungen des Krankenversicherten-nummernverzeichnisses nach § 290 SGB V

Autor: GKV-Spitzenverband

Stand: 20.09.2022

Inhalt

1. Präambel 8
1.1 Geltungsbereich 8
1.2 Von den KVNR-Verfahren betroffene Personenkreise bei den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V 9
1.2.1 Unternehmen der PKV 9
2. Krankenversichertennummer 10
2.1 Krankenversichertennummer als Pseudonym der Rentenversicherungsnummer 10
2.2 Aufbau der Krankenversichertennummer 10
2.3 Nutzung der Krankenversichertennummer 13
3. Verfahrensbeteiligte 14
3.1.1 Krankenkasse und weitere Kostenträger nach § 362 SGB V – Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) 14
3.1.2 Datenaustausch mit der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) 14
3.2 Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) – VST KVNR 15
3.2.1 Verfahren zwischen Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) und VST KVNR 15
3.3 Krankenkasse und weitere Kostenträger nach § 362 SGB V – Gesamtsystem KVNR 15
3.3.1 Aufgaben des Gesamtsystems KVNR 16
4. Gliederung des Gesamtsystems KVNR 18
4.1 Der Funktionsblock „KK-Adapter“ 18
4.2 Der Funktionsblock „VST KVNR“ 18
4.3 Der Funktionsblock „KVNR-VZ“ 19
5. Meldungen zwischen Krankenkasse und Gesamtsystem 20
5.1 Von der Krankenkasse initiierte Meldungen 20
5.1.1 Verarbeitungszyklus der Meldungen 20
5.1.2 Vergabe einer Krankenversichertennummer 20
5.1.3 Ende der Nutzung einer Krankenversichertennummer 27
5.1.4 Stornomeldungen 31

5.1.5 Meldungen zu Fusionen 33
5.1.6 Auskunftsabfrage 35
5.2 Vom Gesamtsystem initiierte Meldungen 36
5.2.1 Verarbeitungszyklus der Meldungen 36
5.2.2 Meldung von Still- und Totlegungen durch das Gesamtsystem an die Krankenkassen 36
5.2.3 Meldung der Änderung der Verweisung einer Stilllegung durch die Vertrauensstelle Krankenversichertennummer (VST KVNR) an die Krankenkassen 37
6. Fehlerverfahren 39
7. Clearing zwischen den Verfahrensbeteiligten („KVNR-Clearing“) 40
7.1 Auslöser des Clearing-Verfahrens 40
7.1.1 Generierung eines Fallkennzeichens 40
7.2 Verantwortlichkeiten im Clearing-Verfahren 41
7.3 Verfahren zum Informationsaustausch zu Versicherten zwischen Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V 42
7.4 Anforderungen an die Feststellung der Personengleichheit im Clearing-Verfahren 42
7.5 Weitere Hinweise und Erläuterungen zum Clearing-Verfahren 43
7.6 Zentrale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner 43
8. Vorgaben an das Gesamtsystem 45
8.1 Allgemeine Vorgaben 45
8.2 Vom Gesamtsystem gespeicherte Daten 46
8.2.1 Gespeicherte Daten zur Erzeugung und Vergabe der KVNR 46
8.2.2 Gespeicherte Daten zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR 46

54

Versionsverzeichnis

Version	Stand	Grund der Änderung/Bemerkung	Bearbeitung
V1	2005	Ersterstellung	
3.0.0	30.11.2020	Anpassungen auf Grund der gesetzlichen Vorgaben im § 290 Abs.3 SGB V	GKV-Spitzenverband
3.1.0	26.04.2021	Aufnahme von Klarstellungen im Zusammenhang mit der Meldung „Nutzungsende“ und zur Ausgabe der eGK Ergänzung Passus zur Speicherung der Rentenversicherungsnummer in Kapitel 2.1 Berücksichtigung digitaler Identitäten mit Zugriff auf die TI der Krankenkassen Berücksichtigung von KVNR-Besonderheiten im Zusammenhang von nicht durch die Krankenkassen bereitgestellten Anwendungen der TI Aufnahme der Auskunftsabfrage Ergänzung/Änderung von Rückmeldefristen	GKV-Spitzenverband
3.2.0	20.09.2022	Verfahrenserweiterung für PKV und sonstige Kostenträger, Aufnahme eines maschinellen Clearingverfahrens (KVC)	GKV-Spitzenverband PKV-Verband

55

56

Genehmigungsverzeichnis

Version	Stand	Einvernehmen mit BfDI am	Nicht-Beanstandung der Richtlinie durch BMG mit Schreiben vom
V1.2 (Anlage 4)	27.03.2020	16.04.2020 (zum Initialisierungs-verfahren (Anlage 4))	
3.0.0	30.11.2020	12.11.2020	30.11.2020
3.1.0	26.04.2021	14.05.2021	14.06.2021
3.2.0	20.09.2022	18.05.2022	18.07.2022

Änderungen an der Anlage 7 unterliegen nicht dem Genehmigungsverfahren des BMG. Zudem ist für Änderungen der Anlage 7 keine Herstellung des Einvernehmens mit dem BfDI erforderlich.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung1: Darstellung der Verfahrensbeteiligten 14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufbau der Krankenversichertennummer 11
Tabelle 2: Beispiel Krankenversichertennummer für einen Versicherten 12
Tabelle 3: Beispiel Krankenversichertennummer mit Bezug eines Familienangehörigen zum Mitglied 12

71 # Anlagen

Anlage 1:	Prüfziffernberechnung für die Krankenversichertennummer nach §290 SGB V
Anlage 2	Datensätze, Datenbausteine und Fehlerkatalog für Meldungen an das KVNR-VZ und zur Vergabe der Krankenversichertennummer als Pseudonym der Rentenversicherungsnummer
Anlage 3:	unbesetzt
Anlage 4:	nicht mehr besetzt
Anlage 5a:	Übergangsverfahren zum Informationsaustausch im Clearing-Verfahren KVNR zwischen Krankenkassen
Anlage 5b:	Verfahren zum Informationsaustausch im Clearing-Verfahren KVNR zwischen Krankenkassen
Anlage 6:	Konzept zur Identifizierung auslösender Meldesachverhalte zur Abgabe von Vergabe- und Nutzungsendemeldungen (mit Angabe unterschiedlicher Geltungsbereiche für GKV und PKV)
Anlage 7	Stichtage der Erstmeldung der weiteren verfahrensbeteiligten Kostenträger nach § 362 SGB V
Anlage 8	Konzept zur Schnittstelle zwischen GKV und PKV im Verfahren nach § 290 SGB V

72

1. Präambel

Der GKV-Spitzenverband hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer (KVNR) gemäß § 290 Absatz 2 SGB V durch Richtlinien zu regeln. Die vorliegende Richtlinie ist Ausdruck dieser Regelungshoheit.

Die Rechtsgrundlage für den Datenaustausch zwischen der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer (VST KVNR) und der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) bildet die „Vereinbarung über die Nutzung der Versicherungsnummer nach § 147 SGB VI (Rentenversicherungsnummer) bei Vergabe der Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V“ in ihrer letzten jeweils gültigen Fassung.

Zudem legt der GKV-Spitzenverband das Nähere bzgl. des Krankenversichertennummernverzeichnisses (KVNR-VZ) nach § 290 SGB V im Einvernehmen mit dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Krankenversichertennummernverzeichnis wird ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet.

Gemäß § 362 SGB V kann der unveränderbare Teil der KVNR neben den Krankenkassen auch durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei oder die Bundeswehr als Krankenversichertennummer genutzt werden. Die vorgenannten Kostenträger werden im Folgenden als weitere Kostenträger nach § 362 SGB V bezeichnet. Die Richtlinie setzt voraus, dass die Verfahren nach DEÜV zur Erlangung, Überprüfung und Pflege der Rentenversicherungsnummer bei den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V umgesetzt sind.

Die Kombination von VST KVNR und KVNR-VZ wird als Gesamtsystem KVNR (im Folgenden als Gesamtsystem oder Gesamtsystem KVNR) bezeichnet. Die Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V interagieren mit dem Gesamtsystem. Die DSRV interagiert mit der VST KVNR.

1.1 Geltungsbereich

Diese Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes umfasst nur solche Verfahren und Festlegungen, die zur Vergabe und zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der Krankenversichertennummer notwendig, aber nicht bereits durch die Regelungen in Meldeverfahren, insbesondere im SGB IV und in der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung; DEÜV) vorgeschrieben sind.

Diese Version der Richtlinie entfaltet zum 01.10.2022 ihre Gültigkeit. Sie ersetzt sämtliche frühere Fassungen sowie die „Organisatorische und technische Richtlinie zur Nutzung der Versicherungsnummer nach § 147 SGB VI bei Einführung einer neuen Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V“ aus dem Jahr 2006. Entsprechend gekennzeichnete Teile entfalten zu späteren Zeitpunkten Gültigkeit.

Aus dem Bereich der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V sind in dieser Fassung ausschließlich die Mitgliedsunternehmen der PKV umfasst[1]. Eine Nutzung der KVNR durch andere Kostenträger nach § 362 SGB V ist auf Basis dieser Richtlinienfassung derzeit nicht zulässig. Sollte bei den jeweiligen Kostenträgern entsprechender Bedarf entstehen, bittet der GKV-Spitzenverband um Kontaktaufnahme zur weiteren Abstimmung.

Grundsätzlich bedürfen Änderungen an der Richtlinie und ihren Anlagen eines geeigneten zeitlichen Vorlaufs damit die IT-Systeme und Prozesse der Krankenkassen und der verfahrensbeteiligten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V angepasst werden können.

1.2 Von den KVNR-Verfahren betroffene Personenkreise bei den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

1.2.1 Unternehmen der PKV

Die Vergabe der Krankenversichertennummer durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt derzeit ausschließlich im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung, wobei dies auch Beihilfeberechtigte mit anteiliger PKV-Versicherung einschließt. Die Vergabe der Krankenversichertennummer im Rahmen der Zusatz-, Anwartschaftsversicherung u. ä. ist nicht vorgesehen und wird bei Bedarf in der Zukunft geprüft.

[1] Die beitretenden Mitgliedsunternehmen der PKV sind in der Anlage 7 mit ihrem jeweiligen Datum der Erstmeldung gelistet.

2. Krankenversichertennummer

2.1 Krankenversichertennummer als Pseudonym der Rentenversicherungsnummer

Die Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V wird als Pseudonym aus der Rentenversicherungsnummer gebildet. Für jeden Versicherten, für den eine neue Krankenversichertennummer vergeben werden soll, ist eine Rentenversicherungsnummer nötig. Mittels der Rentenversicherungsnummer ist die eindeutige Zuordnung einer Krankenversichertennummer zu einem Individuum gewährleistet. Hinsichtlich der Speicherung und Löschung der Rentenversicherungsnummer bei den Krankenkassen wird auf die Regelungen der §§ 110a und 110b SGB IV verwiesen.

2.2 Aufbau der Krankenversichertennummer

Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren und einem veränderbaren Teil. Im veränderbaren Teil sind eine bundeseinheitliche Angabe zur Krankenkassenzugehörigkeit und der Bezug eines Angehörigen zum Mitglied enthalten. Die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nutzen ausschließlich den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer. Für die Krankenversichertennummer ergibt sich folgender grundsätzlicher struktureller Aufbau:

Unveränderbarer Teil	Kassenübergreifender 10-stelliger Ordnungsbegriff als Pseudonym aus der Rentenversicherungsnummer: Stelle — Inhalt 1 — Alpha-Zeichen 2 bis 9 — 8-stellige lfd. Zählnummer 10 — Prüfziffer
Veränderbarer Teil • Bundeseinheitliche Angabe zur Kassenzugehörigkeit • Bezug der Angehörigkeit zum Mitglied	Institutionskennzeichen (9-stellig) Stelle — Inhalt 11 bis 19 — Institutionskennzeichen der Krankenkasse Kassenübergreifender 10-stelliger Ordnungsbegriff des Hauptversicherten Stelle — Inhalt 20 bis 29 — 10-stelliger Ordnungsbegriff des Hauptversicherten
Prüfziffer	Stelle — Inhalt 20 / 30 — Prüfziffer

Tabelle 1: Aufbau der Krankenversichertennummer

Das "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" ist das Institutionskennzeichen (IK), das für die optische Personalisierung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verwendet wird. Es wird in diesem Dokument aus Gründen der Lesbarkeit als „Haupt-IK" bezeichnet. Zur Nutzung des Verfahrens benötigt jeder weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V ein IK, das im KVNR-Verfahren im Sinne des „Haupt-IK" der Krankenkassen genutzt wird. Dieses IK ist auch dann erforderlich, wenn der Kostenträger keine eGK herausgibt.

In den Regelverfahren der Krankenkassen, in der Außendarstellung und im Schriftverkehr wird grundsätzlich nur der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer (Stellen 1 - 10) verwendet. Gleiches gilt für die eGK nach § 291 SGB V und für die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V.

Der unveränderbare Teil darf für die eGK oder für die Herausgabe einer digitalen Identität zur Nutzung in der Telematikinfrastruktur nach § 336 Absatz 6 SGB V (im Folgenden „digitale Identität") nur dann verwendet werden, wenn sichergestellt ist, dass eine Krankenversichertennummer nicht von unterschiedlichen Personen genutzt wird. Somit muss der Vergabeantrag vor Herausgabe der eGK oder einer digitalen Identität an das Gesamtsystem übermittelt werden. Die Nutzung einer KVNR zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität ohne vorherigen Vergabeantrag und Bearbeitung dessen Rückmeldung (vgl. Detailregelung im Kapitel 5.1.2) ist nicht zulässig.

Im Fall, dass in einer Anwendung separate Datenfelder für die einzelnen Bestandteile der KVNR zum Einsatz kommen, umfasst das Datenfeld für den unveränderbaren Teil 10 Stellen. Das Datenfeld für den veränderbaren Teil (Kassenzugehörigkeit) umfasst 9 Stellen. Der Bezug eines Familienangehörigen zum Mitglied wird durch Verwendung des unveränderbaren Teiles der Krankenversichertennummer des Mitglieds hergestellt und umfasst somit 10 Stellen.

Im Fall, dass in einer Anwendung in einem Datenfeld der unveränderbare Teil (10-stellig, Stellen 1 - 10) und die Kassenzugehörigkeit (9-stellig, Stellen 11 - 19) abgebildet werden, ist eine zusätzliche Prüfziffer (1-stellig, Stelle 20) erforderlich.

Im Falle, dass in einem Datenfeld der unveränderbare Teil, die Kassenzugehörigkeit und der Bezug zum Mitglied abgebildet werden, ist eine zusätzliche Prüfziffer (1-stellig, Stelle 30) erforderlich.

Der Bezug eines Familienangehörigen zum Mitglied kann durch krankenkasseninterne Verfahren erfolgen.

Der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer beginnt an der ersten Stelle mit einem Großbuchstaben. Der Großbuchstabe wird zufällig aus dem Wertebereich A bis Z gebildet. Umlaute werden nicht verwendet. Die 2. bis 9. Stelle ist numerisch. Eine Ziffernfolge, in der mehr als drei gleiche Ziffern hintereinander auftreten, ist auszuschließen. Ebenso sind Nummern auszuschließen, welche die Ziffernfolge ‚666' enthalten.

Nachfolgend sind beispielhaft der Aufbau der Krankenversichertennummer für einen Versicherten und der Aufbau der Krankenversichertennummer eines Familienangehörigen mit Bezug zum Mitglied dargestellt.

KVNR des Versicherten:	A000500015 109911114
unveränderbarer Teil (Nummer des Versicherten):	A000500015
veränderbarer Teil (IK der Krankenkasse):	109911114
Prüfziffer:	4

Tabelle 2: Beispiel Krankenversichertennummer für einen Versicherten

KVNR des Versicherten:	C000500021 109911114 A00500015 6
unveränderbarer Teil (Nummer des Versicherten – Familienangehöriger):	C000500021
veränderbarer Teil (IK der Krankenkasse):	109911114
Bezug zum Mitglied (Unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer des Mitglieds):	A00500015
Prüfziffer:	6

Tabelle 3: Beispiel Krankenversichertennummer mit Bezug eines Familienangehörigen zum Mitglied

Die Prüfziffernberechnungen für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer (Stelle 10) sowie für die gesamte Krankenversichertennummer (Stelle 20 bzw. 30) erfolgen im Beispiel nach dem Modulo 10-Verfahren mit den Faktoren 1,2,1,2,1,2,1,2,1…. In Anlage 1 wird die Prüfziffernberechnung verdeutlicht.

2.3 Nutzung der Krankenversichertennummer

Die Krankenversichertennummer wird auch für die Ausgabe der eGK und ggf. digitalen Identität sowie zur eineindeutigen Identifikation der Versicherten in der Telematikinfrastruktur (TI) genutzt. Sie dient als personenbezogenes Kennzeichen zur Identifikation eines Versicherten in der Telematikinfrastruktur.

Die Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V haben daher ein Interesse an korrekten Daten, damit unter anderem die mit Mehrfachausstellungen verbundenen Kosten vermieden werden. Die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V treffen hierzu die geeigneten organisatorischen Maßnahmen

Die Verwaltungsverfahren zur Vergabe, Bereitstellung und Nutzung der Krankenversichertennummer und der Rentenversicherungsnummer müssen somit den gewünschten Qualitätsansprüchen Rechnung tragen.

3. Verfahrensbeteiligte

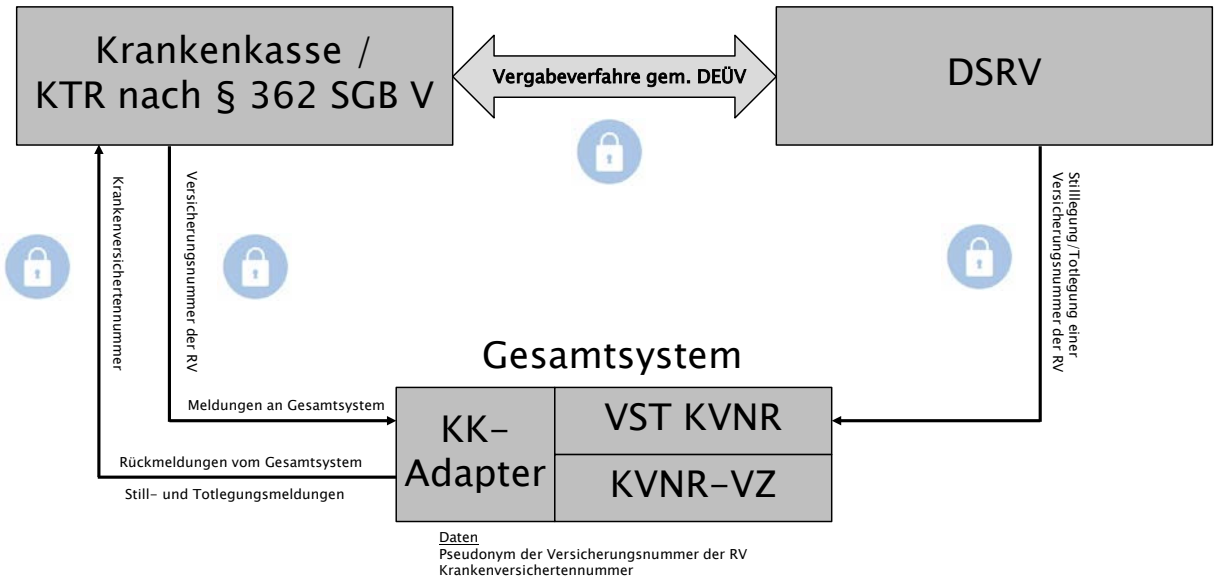


Abbildung1: Darstellung der Verfahrensbeteiligten

3.1.1 Die Verfahrensbeteiligten streben die Gewährleistung einer hohen Datenqualität an. Hierzu ist es notwendig, dass änderungsrelevante Sachverhalte zeitnah zwischen den beteiligten Stellen ausgetauscht werden.Krankenkasse und weitere Kostenträger nach § 362 SGB V – Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV)

Gemäß § 290 SGB V ist die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer zu verwenden. Für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, ist eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben. Dafür übermittelt die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V einen Datensatz gemäß DEÜV an die DSRV zur Beantragung der Rentenversicherungsnummer. Ist der DSVR die Rentenversicherungsnummer bekannt, übermittelt sie diese an die anfragende Stelle. Andernfalls kommt es zur Neuvergabe einer Rentenversicherungsnummer und anschließender Übermittlung.

Für die Verfahren zur Ermittlung und Vergabe der Rentenversicherungsnummer gelten die Regelungen in Kapitel 3 des Gemeinsamen Rundschreibens “Meldeverfahren zur Sozialversicherung” in der jeweils gültigen Fassung (www.gkv-datenaustausch.de).

3.1.2 Datenaustausch mit der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV)

Das Vergabeverfahren ist vollständig in das Meldeverfahren nach der DEÜV (§ 28b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 SGB IV) integriert. Die technischen Regelungen dafür finden sich in den nach § 95 SGB IV festgelegten „Gemeinsame Grundsätze Technik“ (www.gkv-datenaustausch.de) wieder.

3.2 Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) – VST KVNR

Das Verfahren zwischen der DSRV und VST KVNR wird getrennt vom Meldeverfahren nach der DEÜV als eigenständiges Verfahren durchgeführt.

3.2.1 Verfahren zwischen Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) und VST KVNR

Das Nähere regelt Anlage A der „Vereinbarung über die Nutzung der Versicherungsnummer nach § 147 SGB VI bei Vergabe der Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V“. Diese entfaltet keine normative Wirkung für die Krankenkassen, da sie ausschließlich den Datenaustausch zwischen der DSRV und der VST KVNR regelt.

3.3 Krankenkasse und weitere Kostenträger nach § 362 SGB V – Gesamtsystem KVNR

Das Verfahren zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V und dem Gesamtsystem wird getrennt von dem Meldeverfahren nach der DEÜV als eigenständiges Verfahren durchgeführt. Dies bedeutet die Verwendung eines gesonderten Dateinummernkreises sowie eine gesonderte Verfahrenskennung im Auftragssatz und ein separates Verfahrensmerkmal im Vorlaufsatz.

Die Krankenkassen bzw. die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V senden in diesem Verfahren ihre Meldungen zum Nutzungsbeginn und Nutzungsende einer Krankenversichertennummer an das Gesamtsystem. Dabei sollen sie keine versicherungsrechtlichen Sachverhalte übermitteln, sondern melden entsprechend der Gesamtnutzung der KVNR deren Beginn und Ende (sog. Nutzungsrahmen). Versicherungsrechtlich zu gliedernde Zeiträume werden somit aus Sicht des Gesamtsystems zusammengefasst.

Folgendes Beispiel dient der Verdeutlichung:

Versicherter A: Begründung einer Mitgliedschaft, zum 01.01.2020 bei Kasse 1
=> Verpflichtende Meldung ‚Nutzungsbeginn‘ durch Kasse 1

Versicherter A: Wechsel von Mitgliedschaft in Familienversicherung zum 01.05.2020 bei Kasse 1
=> Keine Meldung

Versicherter A: Wechsel von Familienversicherung in Mitgliedschaft zum 01.12.2020 bei Kasse 1
=> Keine Meldung

Versicherter A: Kassenwechsel nach § 175 SGB V zum 01.02.2021 von Kasse 1 zu Kasse 2
=> Verpflichtende Meldung: ‚Nutzungsende‘ durch Kasse 1 zum 31.01.2021

=> Verpflichtende Meldung: ‚Nutzungsbeginn' durch Kasse 2 ab 01.02.2021

3.3.1 Aufgaben des Gesamtsystems KVNR

Das Gesamtsystem nimmt die von den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V gemeldete gültige Rentenversicherungsnummer eines Versicherten an und prüft, ob zu ihr bereits ein Pseudonym vorliegt, andernfalls erzeugt sie mittels eines Einweg-Pseudonymisierungsverfahrens aus der Rentenversicherungsnummer ein Pseudonym. Das Gesamtsystem ordnet dem Pseudonym eine zufällig generierte Krankenversichertennummer in der vorgegebenen Struktur zu. Weitere personenidentifizierende Daten (z. B. Vornamen, Nachnamen, Geburtsdatum, Geburtsort etc.) einer versicherten Person werden hierzu nicht benötigt und daher auch nicht an das Gesamtsystem übermittelt. Die Rentenversicherungsnummer wird nicht im Gesamtsystem gespeichert.

Das Gesamtsystem prüft, ob die KVNR bei einer anderen Krankenkasse oder den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in Verwendung ist. In der Rückmeldung an die anfragende Stelle ist die Information über eine potenzielle Doppelnutzung enthalten. Die Krankenkasse oder der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V muss der potenziellen Doppelnutzung in einem Clearing-Verfahren nachgehen und diese aufklären.

Eine durch die Krankenkasse vergebene Interimsversicherungsnummer, die im Vergabeverfahren für die Rentenversicherungsnummer Verwendung findet, darf nicht zur Vergabe einer Krankenversichertennummer eingesetzt werden.

Das Gesamtsystem führt ein Verzeichnis aller zu den Rentenversicherungsnummern vergebenen Pseudonyme und den dazu vergebenen Krankenversichertennummern. Dadurch wird eine eindeutige Zuordnung einer Rentenversicherungsnummer zu einer Krankenversichertennummer gewährleistet.

Zudem führt das Gesamtsystem ein Verzeichnis, in dem für jede Krankenversicherungsnummer die Nutzungszeiten gespeichert sind (sog. Krankenversichertennummernverzeichnis KVNR-VZ). Es wird unabhängig von dem Verzeichnis der vergebenen Pseudonyme geführt. Mit dem KVNR-VZ soll die sichere Übergabe der Krankenversichertennummer zur Nutzung von einer Krankenkasse bzw. einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V auf die andere ohne die Abbildung von Versicherungsverhältnissen gewährleistet werden.

Das KVNR-VZ enthält die KVNR, das Haupt-IK der KVNR verwendenden Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V, den Tag des Nutzungsbeginns der KVNR sowie den Tag

des Nutzungsendes der KVNR. Darüber hinaus speichert es den Grund der Meldung zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit, und bei Doppelnutzungen generiert es jeweils ein entsprechendes Fallkennzeichen.

In Fallkonstellationen, in denen die Vergabe einer Krankenversichertennummer durch das Gesamtsystem aufgrund von unklaren Still- und Totlegungen der Rentenversicherungsnummer nicht möglich ist, kann das Gesamtsystem seinem gesetzlichen Auftrag nach § 290 SGB V, der Vergabe einer Krankenversichertennummer auf Basis dieser Rentenversicherungsnummer, nicht nachkommen. In solchen Fällen ist in der Regel eine selbstständige Klärung durch die Krankenkasse herbeizuführen. Der Betreiber des Gesamtsystems soll in diesen Fällen die Krankenkasse durch die Bereitstellung der dem Gesamtsystem vorliegenden Daten (VST KVNR) zu Still- und Totlegungen der Rentenversicherungsnummer und deren Auswirkungen auf die Krankenversichertennummer unterstützen. Der Betreiber des Gesamtsystems darf in diesen Fällen manuelle Anfragen der Krankenkassen bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V, aus denen ausschließlich die zur Klärung benötigten Rentenversicherungsnummern hervorgehen, manuell mit den ihm vorliegenden Informationen zu den Auswirkungen zur Still- und Totlegung auf die Krankenversichertennummer beantworten.

Die Höchstgrenze für die Anzahl der Datensätze je Datenpaket für den Datenaustausch zwischen Krankenkassen und dem Gesamtsystem beträgt 100.000 Datensätze je Datei. Eine Segmentierung der Datenpakete ist nicht vorgesehen.

Im Rahmen der Vergabe und Verwendung der Krankenversichertennummer ist zwischen den Beteiligten die in Kapitel 5 beschriebene Kommunikation notwendig.

4. Gliederung des Gesamtsystems KVNR

Das Gesamtsystem besteht aus den Funktionsblöcken „Krankenkassen-Adapter (KK-Adapter)“, „Vertrauensstelle KVNR (VST KVNR)“ und „Krankenversichertennummernverzeichnis (KVNR-VZ)“. Den Zusammenhang verdeutlicht die Abbildung 2.

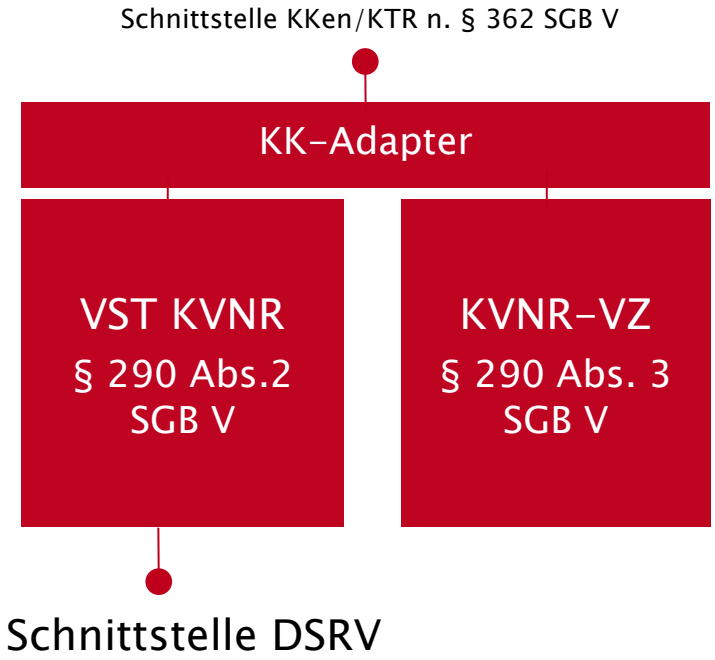


Abbildung 2: Funktionsblöcke des Gesamtsystems KVNR

4.1 Der Funktionsblock „KK-Adapter“

Der Krankenkassenadapter bildet die Schnittstelle zu den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V. Er nimmt deren Anfragen entgegen und leitet sie den zuständigen Teilsystemen VST KVNR und KVNR-VZ zu. Des Weiteren leitet er Still- und Totlegungsmeldungen der Rentenversicherungsnummern, welche die VST KVNR von der DSRV empfängt, an die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V weiter. Innerhalb des Gesamtsystems entscheidet der Krankenkassenadapter, welche Meldesachverhalte (bzw. welche Anteile von Meldesachverhalten) aufgrund des Meldegrundes von der VST KVNR oder/und vom KVNR-VZ bearbeitet werden.

4.2 Der Funktionsblock „VST KVNR“

Die VST KVNR ist für die Erzeugung von KVNRs aus der VSNR zuständig. Um zu vermeiden, dass für eine VSNR zwei KVNRn vergeben werden, speichert die VST KVNR einen unumkehrbaren kryptographischen Hash der VSNR und ordnet diesem eine KVNR zu. Darüber hinaus umfasst sie die

Schnittstelle zur DSRV, über welche die Still- und Totlegungen der Rentenversicherung übermittelt werden.

4.3 Der Funktionsblock „KVNR-VZ“

Das KVNR-VZ speichert die Nutzung einer KVNR durch eine Krankenkasse oder einen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V mit Beginn und Ende der Nutzung. Dazu meldet die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V als Stelle, bei der die KVNR in Verwendung ist, das Haupt-IK sowie die VSNR bzw. KVNR inkl. Meldegrund an das KVNR-VZ. Das Haupt-IK der Krankenkasse muss ihr eindeutig zugeordnet werden können. Gleiches gilt für das Haupt-IK eines weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V. Für Meldungen an das Gesamtsystem ist immer das gleiche IK durch die meldende Stelle zu verwenden. Bei den Krankenkassen muss es dem für die optische Personalisierung der eGK aufgebrachten IK entsprechen.

Bei Beginn der Nutzung einer KVNR muss das Anfangsdatum, bei Ende der Nutzung muss das Enddatum von der nutzenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt werden. Überschneidungen bei Nutzungszeiten sind nicht zulässig und werden mit entsprechender Negativmeldung und Ablehnung des Vergabeantrags oder der Meldung ‚Nutzungsende‘ quittiert. Das KVNR-VZ stellt explizit nicht den Versicherungsverlauf dar, sondern bildet den Nutzungsverlauf einer KVNR ab. Das KVNR-VZ ist somit nicht in der Lage Auskünfte zu Versicherungszeiten oder Versicherungsverläufen einzelner versicherter Personen zu erteilen.

5. Meldungen zwischen Krankenkasse und Gesamtsystem

5.1 Von der Krankenkasse initiierte Meldungen

5.1.1 Verarbeitungszyklus der Meldungen

Die von den Krankenkassen und den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V initiierten Meldungen werden montags bis freitags[2] in der Zeit von 08:00h bis 16:00h vom Gesamtsystem verarbeitet. Die Krankenkassen melden daher mindestens einmal täglich an das Gesamtsystem. Anfragen bezüglich einer Doppelnutzung werden mittels Vergabeanträgen übermittelt. Wurde eine Meldung ‚Nutzungsende' von der bisher nutzenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt, wird der Vergabeantrag mit einer positiven Rückmeldung beantwortet. Sofern noch keine Meldung ‚Nutzungsende' für die betroffene KVNR vorliegt, muss durch die neue Krankenkasse bzw. den neuen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V regelmäßig beim Gesamtsystem eine Vergabeanfrage abgegeben werden, bis sie eine Positiv-Meldung erhält. Das Gesamtsystem liefert für diesen Tatbestand des Eingangs einer Abmeldung keine informellen Meldungen an die anfragende Krankenkasse. Die Meldungen zu Still-/Totlegungen hingegen, welche die VST KVNR von der DSRV erhält, werden an die Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V weitergeleitet. Die Weiterleitung von Totlegungen und Stilllegungen ohne Verweisung erfolgt unabhängig davon, ob die VST KVNR eine KVNR zu der betroffenen VSNR im Bestand hat.

5.1.2 Vergabe einer Krankenversichertennummer

Die Vergabe einer Krankenversichertennummer ist dann durchzuführen, wenn eine eGK oder eine digitale Identität für ein Mitglied, einen Versicherten, einen Zugeteilten erstmalig ausgegeben werden soll. Für Unternehmen der PKV sind Vergabeanträge nur zulässig, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Dies umfasst auch Beihilfeberechtigte mit anteiliger PKV-Versicherung und gilt sowohl bei der Ausgabe einer eGK oder digitalen Identität bzw., wenn der Verpflichtung nach § 17 Abs. 4 Implantatergistergesetz nachgekommen werden muss. Bei Begründen einer Anwartschaftsversicherung ist kein Vergabeantrag, sondern nur eine Auskunftsanfrage nach 5.1.6.1 zu stellen.

Die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V sendet die in ihrem bzw. in seinem Versichertenbestand ermittelte und von der Rentenversicherung vergebene gültige Ren-

[2] Ausnahme sind bundeseinheitliche Feiertage

tenversicherungsnummer eines Versicherten zusammen mit dem Beginn der Nutzung der zu vergebenden KVNR und dem Grund ‚Vergabeantrag' an das Gesamtsystem. Eine Erfassung von Vornamen, Nachnamen, Geburtsdatum, Geburtsort etc. durch das Gesamtsystem entfällt daher.

Das Gesamtsystem führt somit kein eigenes personenidentifizierendes Merkmal, sondern benutzt als unveränderbares Identifikationsmerkmal die Rentenversicherungsnummer, die von der DSRV im Rahmen der Verfahren nach der DEÜV an die Krankenkasse bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zurückgemeldet wurde. Die Rentenversicherungsnummer wird als unumkehrbarer kryptographischer Hash-Wert im Gesamtsystem gespeichert. Somit wird vorausgesetzt, dass alle Personen, für die eine Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V vergeben werden soll, auch eine Rentenversicherungsnummer haben.

Das Gesamtsystem prüft, ob die KVNR zeitgleich bei einer Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in Verwendung ist. Liegt dieser Tatbestand vor, meldet das Gesamtsystem an die anfragende Stelle, dass eine Überschneidung vorliegt, und lehnt die Meldung der anfragenden Stelle ab. Diese Rückmeldung erfolgt auch dann, wenn die Stelle für eine bereits bei ihr in Verwendung befindliche KVNR erneut einen Vergabeantrag stellt.

Folgende Fallkonstellationen können bei einer Vergabe einer Krankenversichertennummer aus Sicht des Gesamtsystems entstehen:

Fall 1 – Die KVNR ist nicht zeitgleich in Verwendung:

> Sollte die KVNR nicht bereits bei einer Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in Verwendung sein, meldet das Gesamtsystem die KVNR mit entsprechendem Grund zurück. Die KVNR kann zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität verwendet werden. Das Gesamtsystem speichert die KVNR in diesem Fall als bei der anfragenden Krankenkasse in Verwendung. Die Verwendung der KVNR durch eine andere Krankenkasse oder einen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität ist nicht zulässig.

Fall 2 – die KVNR ist noch nicht im Bestand:

> Stellt das Gesamtsystem fest, dass es zu der angefragten VSNR noch keine KVNR im Bestand hat, wird eine neue KVNR generiert. Es handelt sich dann um die Neuvergabe einer KVNR. Das weitere Vorgehen entspricht dem in Fall 1 geschilderten Prozess.

Fall 3 – Die KVNR ist zeitgleich in Verwendung:

Sollte die Krankenversichertennummer gleichzeitig bei einer anderen Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in Verwendung sein, muss eine Fallklärung (sog. „Clearing“) zwischen den betroffenen Organisationen durchgeführt werden. Auch in diesem Fall meldet das Gesamtsystem mit der Negativrückmeldung die KVNR zurück, um das Clearing zu erleichtern. Die KVNR darf erst dann zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität genutzt werden, wenn die Doppelnutzung aus Sicht des Gesamtsystems durch die Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V geklärt wurde. Dazu initiiert die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V ein Clearing-Verfahren mit der Organisation, welche die KVNR bislang nutzt (vgl. Kapitel 7). Bei Feststellung der Personengleichheit muss die Nutzung der KVNR von der bisherigen Krankenkasse bzw. vom weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V durch eine Meldung des Nutzungsendes beendet werden, damit die neumeldende Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V bei erneuter Anfrage eine positive Meldung durch das Gesamtsystem erhält. Dies bedeutet, dass die Nutzung der KVNR von der bisherigen Krankenkasse bzw. vom bisherigen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V durch die Meldung eines Nutzungsendes beendet wurde.

Fall 4 – Zeitliche Lücke zwischen Nutzungsende und Vergabeantrag:

Im Falle einer zeitlichen Lücke (>0 Kalendertage) bei der Nutzung der KVNR muss ein Clearing-Verfahren zur Feststellung der Personengleichheit durchgeführt werden. Um dies festzustellen, meldet das Gesamtsystem an die anmeldende Krankenkasse (bzw. an den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V) eine Warnmeldung, sofern eine Meldung ‚Nutzungsende‘ vorliegt (Ausnahmen bilden die Meldegründe 03 und 04, hier werden statt der Warnmeldung vorrangige Meldegründe vom Gesamtsystem zurückgemeldet).

Da die eGK als Nachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen der GKV dient, ist eine möglichst unverzügliche Ausgabe der eGK für Versicherte von großer Bedeutung. Um dies zu ermöglichen, arbeiten die Krankenkassen sowie die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V lösungsorientiert beim Clearing zusammen.

Die vom Gesamtsystem zurückgemeldete Krankenversichertennummer wird spätestens nach Sicherstellung der Eineindeutigkeit anschließend von der Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in den Bestand übernommen.

5.1.2.1 Die Meldung ‚Vergabeantrag'

Die Meldung ‚Vergabeantrag' ist die einzige Meldung, welche den Beginn der Nutzung einer KVNR durch eine Krankenkasse bzw. durch einen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an das Gesamtsystem übermittelt. Als Antwort des Gesamtsystems auf diese Meldung erhält die meldende Stelle (Krankenkasse oder weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V) die aus einer VSNR abgeleitete KVNR. VSNR und KVNR werden aus Datenschutzgründen nie gemeinsam in einer Meldung übermittelt. Die Meldung wird genau dann mit der semantischen Meldung ‚OK, KVNR bereits vorhanden, kein Konflikt ' beantwortet, wenn das Datum des Nutzungsbeginns genau einen Kalendertag nach dem Nutzungsende der vorherigen Nutzung liegt.

Die Meldung 'Vergabeantrag' an das Gesamtsystem enthält folgende fachliche Informationen:

- Aktenzeichen (von der Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V vergeben)
  Es soll dafür Sorge tragen werden, dass nicht mehrere Meldungen (insb. Vergabeanträge) mit identischen Aktenzeichen in einer Datei übermittelt werden.
  Im Einzelfall kann vom Gesamtsystem KVNR statt Abgabegrund 21 der Abgabegrund 22 zuerst übermittelt werden, wenn in einer Datei mehrere Vergabeanträge mit gleichem Aktenzeichen enthalten sind.
- VSNR (wie von der DSRV übermittelt)
- Haupt-IK der anfragenden Stelle
- Datum des Nutzungsbeginns (vgl. Kapitel 5.1.2.2)
- Abgabegrund: Vergabe (Grund 01)
- ggf. Stornokennzeichen (vgl. Kapitel 5.1.4)

Das Gesamtsystem antwortet auf die Meldung ‚Vergabeantrag' mit den folgenden fachlichen Informationen:

- Aktenzeichen (übernommen aus der Meldung der Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V)
- KVNR
- ggf. Fallkennzeichen (gemäß Kapitel 7.1.1)
- Abgabegrund (fachliche Beschreibung, Schlüsselwerte werden in der Datensatzbeschreibung festgelegt)
- Haupt-IK der anfragenden Stelle
- ggf. Datum KVNR Nutzungsbeginn/-ende (in Abhängigkeit vom Abgabegrund)
- ggf. Haupt-IK letzte KVNR der verwendenden Krankenkasse oder des verwendenden weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V (in Abhängigkeit vom Abgabegrund)

1. OK, Neuvergabe (Grund 21)
   Die KVNR darf für die Herausgabe einer eGK genutzt werden.

2. OK, KVNR bereits vorhanden, kein Konflikt (Grund 22)
   Die KVNR darf für die Herausgabe einer eGK genutzt werden.

3. WARN, Lückenhafte Benutzung, d. h. durch die Meldung entsteht eine Lücke im Nutzungsverlauf einer KVNR (Grund 23). Dies kann auf eine Doppelnutzung hindeuten und muss mit der Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V geklärt werden, welche bzw. welcher die vorherige Meldung ‚Nutzungsende' durchgeführt hat. Die Rückmeldung an die anfragende Stelle enthält das letzte Nutzungsende-Datum der KVNR. Im Falle einer zeitlichen Lücke (>0 Kalendertage) bei der Nutzung der KVNR muss Personengleichheit sichergestellt werden. Die KVNR darf nur bei Personengleichheit zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität genutzt werden.

   Sollte das IK der KVNR nutzenden Stelle dem IK im Vergabeantrag der antragsstellenden Stelle entsprechen, kann die WARN-Meldung wie eine OK-Meldung behandelt werden, wenn die Stelle sichergestellt hat, dass die Meldung für ein und dieselbe versicherte Person abgegeben wurde.

4. NOK, VSNR stillgelegt mit Verweisung (Grund 24)
   Die KVNR darf nicht für eine Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität verwendet werden. Die gültige VSNR muss von der Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ermittelt werden. Mit dieser muss erneut angefragt werden.

5. NOK, bereits vorhanden, aber aufgrund von Totlegung der VSNR bzw. Stilllegung der VSNR (ohne Verweis) nicht mehr aktiv (Grund 25). Die KVNR darf nicht für die Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität genutzt werden. Die gültige VSNR muss von der Krankenkasse oder dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ermittelt werden. Mit dieser muss erneut angefragt werden.

6. NOK, bereits vorhanden, aber aufgrund von Tod des Versicherten nicht mehr aktiv (Grund 26). Die KVNR darf nicht für die Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität verwendet werden.

7. NOK, bereits vorhanden, aber bei Krankenkasse oder weiterem Kostenträger nach § 362 SGB V in Benutzung (Grund 27) In diesem Fall ist ggf. ein Clearing-Verfahren (vgl. Kapitel 7) durchzuführen. Die KVNR darf nur dann für die Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität genutzt werden, wenn Personengleichheit festgestellt wurde und die Meldungen gemäß den Vorgaben des Clearing-Verfahrens durchgeführt wurden. Sollte das IK der KVNR nutzenden Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V

dem IK im Vergabeantrag der antragsstellenden Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V entsprechen, kann die NOK-Meldung wie eine OK-Meldung behandelt werden, wenn die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V sichergestellt hat, dass die Meldung für ein und dieselbe versicherte Person abgegeben wurde.

Hinweis: Wenn der Nutzungsbeginn im Vergabeantrag in den Nutzungszeitraum eines anderen oder gleichen IK fällt, erfolgt die Rückmeldung der NOK-Meldung (Grund 27) mit einem Zeitversatz von einem Tag, sofern nicht zwischenzeitlich ein Nutzungsende für die KVNR an das Gesamtsystem übermittelt wurde. Bei der Fristenberechnung werden Wochenenden (Samstag und Sonntag) nicht berücksichtigt, d. h. eine Frist von einem Tag, die am Freitag beginnt, endet am Montag. Feiertage werden wie Werktage behandelt.

Liegt eine Überschneidung im Nutzungszeitraum nicht vor, erfolgt eine entsprechende OK-Rückmeldung seitens Gesamtsystem sofort.

8. NOK, KVNR vorhanden Tot-/Stilllegung VSNR ohne Verweis (aufgrund Meldung 04 einer Krankenkasse) (Grund 28). Die KVNR darf nicht für eine Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität verwendet werden, da eine Krankenkasse oder ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V ein Nutzungsende auf Grund einer Tot-/Stilllegung gemeldet hat. In diesem Fall ist ein Clearing-Verfahren einzuleiten.

5.1.2.2 Fachliche Gründe für Abgabe der Meldung ‚Vergabeantrag'

Die Meldung ‚Vergabeantrag' muss abgegeben werden, wenn ein Versicherter, ein Mitglied, ein Zugeteilter zu einer Krankenkasse bzw. einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V hinzukommt, ein entsprechendes Versicherungsverhältnis begründet und zudem sofort eine eGK oder DI herausgeben werden muss bzw. eine KVNR aufgrund der Regelungen des § 17 IRegG erforderlich ist. Grundsätzlich muss die Meldung ‚Vergabeantrag' immer dann abgegeben werden, wenn zu einer VSNR eine KVNR benötigt wird. Die Meldung darf vorab, tagesaktuell oder rückwirkend[3] von einer Krankenkasse oder weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V abgegeben werden. Sie muss mit Bekanntwerden des Nutzungsbeginns der KVNR durch eine Krankenkasse von dieser übermittelt werden. Die Krankenkasse erlangt beispielsweise im Verfahren des Kassenwechsels nach § 175 Absatz 2 SGB V Kenntnis über den Beginn einer Versicherung, der in der Regel dem Nutzugsbeginn der KVNR entspricht. Sie darf von einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

[3] Die rückwirkende Abgabe eines Vergabeantrags ist nur dann zulässig, wenn das Nutzungsende noch nicht bei der Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V bekannt ist oder aber soweit in der Zukunft liegt, dass die Ausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität erforderlich ist.

nur dann abgeben werden, wenn die Ausgabe einer eGK oder digitalen Identität unmittelbar bevorsteht bzw. eine KVNR aufgrund der Regelungen des § 17 IRegG erforderlich ist. Benötigt ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V die KVNR ausschließlich aus Gründen der Bestandsführung, muss er eine Meldung „Auskunftsanfrage“ übermitteln.

Darüber hinaus gibt es keine weiteren zwingenden Gründe für die Abgabe der Meldung ‚Vergabeantrag‘. Bei einem Wechsel von Versicherungsarten innerhalb einer Krankenkasse oder eines weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V sollen Meldungen an das Gesamtsystem unterbleiben.

Dabei ist es nicht notwendig, dass ein erneuter Vergabeantrag vor der Herausgabe der eGK und vor der Herausgabe einer digitalen Identität gestellt wird, wenn entweder eine eGK oder eine digitale Identität mit dieser KVNR bereits von der herausgebenden Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V unterbrechungsfrei (z.B. ohne Nutzung durch eine andere Krankenkasse) im Feld ist und die KVNR nach den Vorgaben dieser Richtlinie ermittelt wurde.

Die Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nutzen eine Krankenversichertennummer nur dann zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität, wenn das Gesamtsystem auf einen Vergabeantrag hin mitteilt, dass keine Doppelnutzung vorliegt oder zwischen den beteiligten Krankenkassen sichergestellt wurde, dass die Krankenversichertennummer von derselben Person genutzt wird.

Eine Prüfung durch die Krankenkasse oder den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V mittels Abgabe eines Vergabeantrags an das Gesamtsystem KVNR ist zudem auch immer dann erforderlich, wenn die Krankenversichertennummer der Krankenkasse schon bekannt ist, aber eine eGK oder einer digitalen Identität erstmalig für diese Person durch diese Krankenkasse herausgegeben wird. Dies gilt auch im Falle einer Rückkehr eines bereits bekannten Versicherten.

Wird von einer Krankenkasse oder einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ein Vergabeantrag gestellt, und ist die entsprechende KVNR bereits bei der anfragenden Stelle im Gesamtsystem in Verwendung, erhält die Stelle eine NOK-Meldung (vgl. auch Abschnitt 5.1.2.1 Ziffer 7).Weitere normative Regelungen zu den Abgabezeitpunkten und zum Umgang mit der Meldung ‚Vergabeantrag‘ enthält Anlage 6.

5.1.2.3 Nutzung der Meldung „Vergabeantrag“ zur Erstmeldung durch weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

Die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nutzen die Meldung „Vergabeantrag“ auch zur Initialisierung ihres Versichertenbestands. Jeder weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V hat einen Stichtag zur Erstmeldung. Hierbei gilt, dass Vergabeanträge für Versicherungsverhältnisse die vor oder am Stichtag beginnen auf den Stichtag zu datieren sein. Für Versicherungsverhältnisse die

nach dem Stichtag beginnen ist der Vergabeantrag auf das Datum des Versicherungsbeginns zu datieren. Die Stichtage der Erstmeldung der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V sind in Anlage 7 festgelegt. Diese Anlage ist in Abstimmung mit BMG und BfDI bei Änderungen nicht Teil des Verfahrens nach § 290 Abs. 3 SGB V.

5.1.3 Ende der Nutzung einer Krankenversichertennummer

Die Meldung des Nutzungsendes führt dazu, dass im Gesamtsystem ein Ende-Datum für die Nutzung der KVNR durch die meldende Krankenkasse oder den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V hinterlegt wird, sofern auch ein entsprechender Nutzungsbeginn mit identischem IK gespeichert ist. In allen anderen Fällen wird die Meldung mit einer Negativmeldung abgewiesen.

5.1.3.1 Die Meldung ‚Nutzungsende'

Mit der Meldung ‚Nutzungsende' wird das Ende einer Nutzung einer KVNR dem Gesamtsystem übermittelt.

Die Meldung des Nutzungsendes an das Gesamtsystem enthält folgende fachliche Informationen:

- Aktenzeichen (vergeben von der Krankenkasse oder dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V)
  Es soll dafür Sorge getragen werden, dass nicht mehrere Meldungen mit identischen Aktenzeichen in einer Datei übermittelt werden.
- KVNR
- Haupt-IK der abgebenden Krankenkasse oder des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V
- Datum des Nutzungsendes (vgl. Kapitel 5.1.3.2)
- ggf. Stornokennzeichen (vgl. Kapitel 5.1.4)
- Abgabegrund (fachliche Beschreibung, Schlüsselwerte werden in der Datensatzbeschreibung festgelegt)

    1. Ende der Nutzung durch Krankenkasse/ weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V (Grund 02)
    2. Tod des Versicherten (Grund 03)
    3. Totlegung der VSNR (bzw. Stilllegung ohne Verweis) (Grund 04)

Die Meldung der Stilllegung (ohne Verweis) bzw. die der Totlegung dient dem Gesamtsystem als Nachweis, dass die betroffene KVNR von der Krankenkasse oder dem weiteren Kostenträger nach

§ 362 SGB V nicht mehr genutzt wird. Sämtliche Meldungen ‚Vergabeantrag' für betroffene KVNRn beantwortet das Gesamtsystem mit entsprechenden abschlägigen Meldungen.

Es kann auch nach Abgabe der Meldung „Nutzungsende" mit Grund 02 weiterhin ein eGK/DI herausgegeben oder aber die KVNR für Zwecke nach § 17 IRegG genutzt werden, wenn die Abgabe der Meldung „Nutzungsende"

- von einer gesetzlichen Krankenkasse aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erfolgt bzw.
- von einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt oder
- von einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erfolgt, und die Kostenträger eine unterschiedliche gesetzliche Grundlage haben.

In allen anderen Fällen ist die Weiternutzung der KVNR zur Herausgabe einer neuen eGK/DI unzulässig.

Bei einer Weiternutzung muss die die KVNR nutzende Krankenkasse bzw. der nutzende weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V sicherstellen, dass Personengleichheit zwischen ihr und der weiteren die KVNR nutzende Krankenkassen bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V besteht. Die vom Gesamtsystem KVNR initiierten Meldungen müssen fachlich korrekt – auch im Zusammenhang mit der DEÜV – verarbeitet werden. Die Sicherstellung der Personengleichheit liegt in der Verantwortung der beteiligten Organisationen. Es kann daher von der betreffenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nach Abgabe der Meldung „Nutzungsende" vor Herausgabe der eGK/DI für die betreffende KVNR erneut eine Meldung „Vergabeantrag" abgeben werden und damit ein Clearing-Verfahren ausgelöst werden. Spätestens 24 Monaten nach Abgabe der Meldung „Nutzungsende" muss jedoch vor Ausgabe einer neuen eGK/DI oder der Nutzung der KVNR im Zusammenhang mit § 17 IRegG für die dazu genutzte KVNR, eine neue Meldung „Vergabeantrag" mit einem Nutzungsbeginn gleich Erstellungsdatum des Vergabeantrags gestellt werden und entsprechend den Vorgaben nach Kapitel 5.1.2.1 verfahren werden.

Bei der Meldung des Nutzungsendes muss in den Fällen Tod des Versicherten, Stilllegung der VSNR ohne Verweis und Totlegung der VSNR der entsprechende Grund gemeldet werden. In den benannten Fällen darf auf keinen Fall der Grund ‚Ende der Nutzung durch Krankenkasse / weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V' übermittelt werden, sondern es muss der jeweilige spezifischere Grund genutzt werden. Die Gründe Tod des Versicherten, Stilllegung der VSNR ohne Verweis, Totlegung verhindern, dass die betroffene KVNR weitergenutzt werden kann. Darüber hinaus muss die den Grund meldende Krankenkasse oder der meldende weitere Kostenträger nach §

362 SGB V sicherstellen, dass zum Datumswert in der Meldung „Nutzungsende“ die zugehörige elektronische Gesundheitskarte und ggf. die digitale Identität gesperrt wird. Eine Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte nach Ablauf des Tages des Nutzungsendes der KVNR darf nicht mehr möglich sein. Da das Todesdatum bzw. das Datum der Totlegung/Stilllegung ohne Verweis in der Vergangenheit liegen kann, ist folgendes Vorgehen zulässig: Das Nutzungsende wird als Tagesdatum der Speicherung der Sterbemeldung/Totlegungsmeldung/Stilllegungsmeldung ohne Verweis + 1 Kalendertag übermittelt. Die eGK wird entsprechend dem in der Meldung Nutzungsende enthaltenen Datum gesperrt.

In den Fällen, in denen die Personengleichheit sichergestellt ist (Meldeverfahren zur Familienversicherung, Verfahren zum Krankenkassenwechsel nach § 175 SGB V, KVNR-Clearing) erfolgt keine Sperrung der eGK.

Die Meldung des Nutzungsendes einer Krankenkasse oder eines weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V an das Gesamtsystem wird mit folgenden fachlichen Informationen durch das Gesamtsystem beantwortet:

- Aktenzeichen (aus Meldung der Krankenkasse oder des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V übernommen)
- KVNR
- Abgabegrund
    - OK, Meldung verarbeitet (Grund 31)
    - NOK, keine Berechtigung zur Abgabe der Meldung ‚Nutzungsende‘, da nicht im Verzeichnis als nutzende Krankenkasse geführt. (Grund 32)
    - NOK. KVNR nicht vorhanden (Grund 33).
    - NOK. KVNR-Nutzungsende bereits gemeldet (Grund 34).
    - NOK. KVNR-Nutzungsende liegt vor Nutzungsbeginn (Grund 35)
- Haupt-IK der anfragenden Krankenkasse oder des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V
- ggf. Fallkennzeichen (gemäß Kapitel 7.1.1)
- ggf. Datum KVNR Nutzungsbeginn/-ende (in Abhängigkeit vom Abgabegrund))
- ggf. Haupt-IK letzte KVNR verwendende Krankenkasse oder verwendender weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V (in Abhängigkeit vom Abgabegrund)

5.1.3.2 Fachliche Gründe für die Meldung ‚Nutzungsende'

Das Nutzungsende einer Krankenversichertennummer darf von der Krankenkasse, welche die KVNR laut Gesamtsystem nutzt, ausschließlich in folgenden Konstellationen übermittelt werden: Eine Übermittlung in anderen Fällen ist nicht zulässig.

1. Erlangt die Krankenkasse Kenntnis von einem Kassenwechsel im Rahmen der Verfahren zur Familienversicherung („FAMI-Meldeverfahren") und ist sichergestellt, dass es sich um ein und dieselbe Person handelt, muss die Meldung ‚Nutzungsende' von der bisherigen Krankenkasse abgegeben werden.
2. Erlangt die Krankenkasse Kenntnis von einem Kassenwechsel über die Verfahren nach § 175 SGB V und ist dabei sichergestellt, dass es sich um ein und dieselbe Person handelt, muss die Meldung von der bisherigen Krankenkasse abgegeben werden.
3. Stellen die Krankenkassen im KVNR-Clearing-Verfahren fest, dass Personengleichheit, vorliegt, muss die Meldung von der bisherigen Krankenkasse abgegeben werden (vgl. Kapitel 7).
4. Bei Tod des Versicherten.
5. Bei Totlegung der VSNR (bzw. Stilllegung ohne Verweis).
6. Ggf. Stilllegung der VSNR mit Verweis

Das Nutzungsende einer Krankenversichertennummer darf von dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V, welcher die KVNR laut Gesamtsystem nutzt, ausschließlich in folgenden Konstellationen übermittelt werden: Eine Übermittlung in anderen Fällen ist nicht zulässig.

1. Stellen die Verfahrensbeteiligten im KVNR-Clearing-Verfahren fest, dass Personengleichheit vorliegt, muss die Meldung von dem bisherigen weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V abgegeben werden (vgl. Kapitel 7).
2. Bei Tod des Versicherten.
3. Bei Totlegung der VSNR (bzw. Stilllegung ohne Verweis).
4. Ggf. Stilllegung der VSNR mit Verweis
5. Übertragung der KVNR im Rahmen des Fachverfahrens „maschinell unterstütztes Wechselgeschehen" (MuW-Verfahren) innerhalb der PKV

Das Datum des Nutzungsendes darf in der Gegenwart, Vergangenheit oder Zukunft liegen, solange dies nicht zu einer zeitlichen Überschneidung der Nutzung führt. Normative Regelungen zu den Abgabezeitpunkten und zum Umgang mit der Meldung ‚Nutzungsende' enthalten Anlage 6 und Anlage 8.

Aus allen anderen Gründen (z.B. beim Wechsel von Versicherungsarten innerhalb einer Krankenkasse, Verlust des Bezugs eines Versicherten zur KV Anwartschaften nach § 16 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 240 Absatz 4 SGB V, alle Ruhens-Tatbestände nach § 16 SGB V, nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V) müssen Meldungen an das Gesamtsystem unterbleiben.

Die Einhaltung dieser fachlichen Anforderungen ist Aufgabe der Krankenkassen bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V und unterliegt nicht der Prüfung durch das Gesamtsystem.

5.1.4 Stornomeldungen

Stornomeldungen werden genutzt, um die zeitlich letzte Meldung zu einer KVNR aus dem KVNR-VZ zu entfernen und ggf. durch eine neue Meldung zu ersetzen. Stornos über die zeitlich letzte Meldung hinaus sind nicht möglich. Meldungen aus dem Initialisierungslauf der Krankenkassen sind ebenfalls nicht stornierbar.

Sind zum Beispiel für eine KVNR ein Nutzungsende sowie ein Vergabeantrag eingetragen, und es sind das Nutzungsende sowie ggf. der Vergabeantrag fehlerhaft, sind zwei Stornomeldungen erforderlich, um den Eintrag aus dem Gesamtsystem zu entfernen. Die erste Stornomeldung hebt die Meldung ‚Vergabeantrag' auf, das zweite Storno die Meldung ‚Nutzungsende'.

Beispiel:

Nutzungszeitraum 01.01.2021 bis 31.03.2021bei Kasse A

Nutzungsbeginn 01.04.2021 bei Kasse B

Storno notwendig, weil z. B. Kasse A weiterhin zuständig für den Versicherten!

1. Stornomeldung Kasse B Beginn: 01.04.2021

2. Stornomeldung Kasse A Ende: 31.03.2021

Nutzungszeitraum im KVNR-VZ 01.01.2021 fortlaufend bei Kasse A

Eine Stornomeldung entspricht der ursprünglichen Meldung (d. h. alle Daten müssen identisch sein). Zusätzlich müssen das Stornokennzeichen und die Datensatz-ID der Ursprungsmeldung gesetzt sein.

Das Gesamtsystem KVNR beantwortet Stornomeldungen mit den folgenden Rückmeldegründen:

- Storno durchgeführt (Grund 40)
- Stornierung nicht möglich (Grund 41)

Sollte die Verarbeitung einer Stornomeldung zu einem Fehler führen (Grund 41), verarbeitet das Gesamtsystem die Stornomeldung wiederholt über einen Zeitraum von einem Tag. Erst am zweiten Tag übermittelt das Gesamtsystem die Meldung „Stornierung nicht möglich (Grund 41)“ an die absendende Krankenkasse. Bei der Fristenberechnung werden Wochenenden (Samstag und Sonntag) nicht berücksichtigt, d. h. eine Frist von einem Tag, die am Freitag beginnt, endet am Montag. Feiertage werden wie Werktage behandelt.

5.1.4.1 Korrekturen von zurückliegenden Zeiten

Korrekturen von alten Nutzungszeiträumen im Gesamtsystem KVNR sind bei Verschiebung des zurückliegenden Nutzungsbeginns und/oder des Nutzungsendes nicht notwendig.

Das Gesamtsystem KVNR hat die Intention, die sichere Übergabe der Nutzung von einer Krankenkasse auf die andere zu gewährleisten und nicht das Versicherungsverhältnis abzubilden.

1. Beispiel[4] (ohne Lücke im KVNR-Nutzungszeitraum):

   Ein seit 01.12.2020 Versicherter der KK A teilt der KK B am 11.10.2021 mit, dass er aufgrund eines Arbeitgeberwechsels am 02.11.2021 die Krankenkasse wechseln will.

   KK B sendet am 11.10.2021 eine Initialmeldung (Krankenkassenwechsel nach § 175 SGB V) an die KK A.

   KK A meldet am 12.10. das Nutzungsende zum 01.11.2021 an das KVNR-VZ

   KK B meldet am 15.10.2021 einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 02.11.2021 an das KVNR-VZ

   Mit Eingang der DEÜV-Meldungen am 13.12.2021 wird festgestellt, dass der Arbeitgeber- und damit der Krankenkassenwechsel erst am 16.11.2021 erfolgt ist.

   KK A Mitgliedschaftszeiten: 01.12.2020 – 15.11.2021

   KK A KVNR-VZ: 01.12.2020 – 01.11.2021

   KK B Mitgliedschaftszeiten: 16.11.2021 – laufend

   KK B: KVNR-VZ: 02.11.2021 – laufend

[4] Die Bindungsfristen für einen Kassenwechsel sind in diesem Beispiel nicht normativ.

Folge: Die Mitgliedschaftszeiten sind zu korrigieren. Eine Korrektur im KVNR-VZ erfolgt jedoch nicht, da am 13.12.2021 die Übergabe der KVNR bereits in der Vergangenheit liegt und ein direkter Übergang zwischen KK A und KK B erfolgt ist.

2. Beispiel (mit Lücke im KVNR-Nutzungszeitraum)

KK A KVNR-VZ: 01.01.2020 – 31.12.2020

KK B: KVNR-VZ: 15.03.2021 – laufend

Der Vergabeantrag von Kasse B zum 15.03.2021 wurde mit Meldegrund 23 vom Gesamtsystem KVNR quittiert. Die Kassen stellen im KVNR-Clearing Personengleichheit fest. Kasse A stellt zudem fest, dass sie den KVNR-Nutzungszeitraum falsch gemeldet hat. Ende wäre der 14.03.2021 gewesen.

Folge: Die Mitgliedschaftszeiten sind zu korrigieren. Eine Korrektur im KVNR-VZ erfolgt jedoch nicht, da am 15.03.2021 die Übergabe der KVNR zu einer anderen Kasse bereits erfolgte und die Zeiten in der Vergangenheit liegen.

5.1.5 Meldungen zu Fusionen

Die Fusionen von Krankenkassen bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V müssen dem Gesamtsystem KVNR immer im Voraus, also für einen zukünftigen Zeitpunkt bekannt gemacht werden. Da eine Fusion eine große Anzahl an KVNRn betreffen kann, verarbeitet das Gesamtsystem Fusionen nicht in einem maschinellen Meldeverfahren.

Fusionen müssen bilateral mit dem Betreiber des Gesamtsystems über dessen Support-Kontakt abgestimmt werden. Dabei muss ein Vorlauf von mindestens zwei Monaten zur Abstimmung und Vorbereitung durch die fusionierende Krankenkasse bzw. den fusionierenden weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eingeplant werden. Die fusionierte Krankenkasse bzw. der fusionierte weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V bestimmt somit eigenverantwortlich, ab welchem Zeitpunkt das neue Haupt-IK im Verzeichnis erscheint.

5.1.5.1 Prozess

Der Betreiber des Gesamtsystems erhält von der Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eine schriftliche Information, dass fusioniert wird.

Der Betreiber des Gesamtsystems muss den genauen Termin, zu dem die Fusion stattfindet, mitgeteilt bekommen, also die Information, wann ein entsprechendes Nutzungsende mit dem alten IK, und wann eine Neueintragung mit dem neuen IK erfolgen kann.

Sind diese Daten bekannt, muss über die Benutzeroberfläche des Gesamtsystems durch den Betreiber des Gesamtsystems der Prozess manuell angestoßen werden. Dies beinhaltet die Generierung einer Meldung ‚Nutzungsende' mit einem separaten Meldegrund, sowie die entsprechende Neueintragung ebenfalls mit separatem Meldegrund.

Beispiel (Darstellung für Krankenkassen, gilt analog auch für weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V):

Kasse A (IK: 4711) fusioniert mit Kasse B (IK:4712) zum 01.10.2022

Kasse A übernimmt die IK von Kasse B

Somit müssen alle KVNR, welche unter dem IK 4711 gespeichert sind und am 01.10.2022 ein offenes Nutzungsdatum enthalten, zum 30.09.2022 maschinell durch den Betreiber des Gesamtsystems abgemeldet und zum 01.10.2022 angemeldet werden.

5.1.5.2 Stornierungen und Meldungen ‚Nutzungsende' im Zusammenhang mit Fusionen

Das neue IK, welches nach der Fusion Gültigkeit erlangt, wird für Stornierungen und Meldungen ‚Nutzungsende', die vor der Fusion stattfanden, für die Meldung genutzt. Somit ist seitens der fusionierten Krankenkasse bzw. des fusionierten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V keine Unterscheidung zwischen dem Zustand vor und nach der Fusion erforderlich. Die Krankenkassen bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V agiert mit dem neuen IK gegenüber dem Gesamtsystem ab dem Fusionszeitpunkt, welchen dem Betreiber des Gesamtsystems KVNR mitgeteilt wurde. Diese Regelung ist verfahrensspezifisch und kann losgelöst von anderen Umstellungen des (Haupt-)IKs erfolgen.

Wichtig ist, dass bei Stornierung des Datensatzes die Datensatz-ID der Ursprungsmeldung unverändert mitgeliefert werden muss.

Beispiel (Darstellung für Krankenkassen, gilt analog auch für weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V):

Kasse A (IK: 4711) fusioniert mit Kasse B (IK:4712) zum 01.10.2022 und teilt dies dem Betreiber mit. Kasse A übernimmt das IK von Kasse B

Alle KVNR, welche unter dem IK 4711 am 01.10.2022 ein offenes Nutzungsdatum enthalten, werden maschinell durch das Gesamtsystem KVNR intern zum 30.09.2022 mit Grund 52 „abgemeldet" und zum 01.10.2022 mit Grund 51 unter neuem IK „angemeldet".

Erfährt nun die fusionierte Kasse im Nachhinein, dass der Versicherte bereits zum 31.08.2022 bei ihr ausgeschieden ist, sendet sie an das Gesamtsystem eine Abmeldung mit dem neuen IK 4712 und dem Meldegrund 02 (Nutzungsende). Das Gesamtsystem KVNR wird intern die Fusion rückgängig machen und die KVNR zum 31.08.2022 mit der IK 4711 (alte IK) beenden.

5.1.6 Auskunftsabfrage

Mit der Auskunftsabfrage hat eine abfragende Kasse oder ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V die Möglichkeit sich die aktuelle KVNR zu einem Versicherten vom Gesamtsystem KVNR zurückmelden zu lassen. Diese Abfrage kann beispielsweise für ehemalige Versicherte im Rahmen eines Clearingverfahrens notwendig sein, wenn die zugrundeliegende VSNR des Versicherten nach dem Verlassen der Kasse stillgelegt wurde und sich folglich die KVNR geändert hat. Mit der Abfrage am Gesamtsystem wird in Abhängigkeit, ob zur VSNR bereits eine KVNR existiert, im Funktionsblock VST KVNR eine neue KVNR generiert oder die aktuelle zurückgemeldet. Die KVNR wird jedoch durch die Auskunftsabfrage nicht im KVNR-VZ gespeichert. Jegliche Rückmeldungen des Gesamtsystems führen zu keinem Nutzungsbeginn im Gesamtsystem KVNR (entsprechend eines Vergabeantrags) an die abfragende Krankenkasse. Es ist somit unzulässig, auf Basis der Rückmeldung des Gesamtsystems KVNR auf eine Meldung ‚Auskunftsabfrage' die darin enthaltene KVNR zur Herausgabe einer eGK oder einer digitalen Identität zu nutzen.

Die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V müssen die Auskunftsabfrage für Fälle nutzen, in denen eine KVNR benötigt wird, aber keine sofortige Ausstellung einer eGK oder digitalen Identität notwendig ist sowie keine Nutzung der KVNR im Zusammenhang mit § 17 IRegG vorliegt. Dies kann z.B. bei Anwartschaften der Fall sein.

5.1.6.1 Die Meldung ‚Auskunftsabfrage'

Die Meldung ‚Auskunftsabfrage' einer Krankenkasse oder eines weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an das Gesamtsystem enthält folgende fachliche Informationen:

- Aktenzeichen (wird von der Krankenkasse oder dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V vergeben)
  Es sollen dafür Sorge getragen werden, dass nicht mehrere Meldungen mit identischen Aktenzeichen in einer Datei übermittelt werden.
- VSNR (die der Kasse oder dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zu Letzt bekannte VSNR)
- Abgabegrund: Vergabe (Grund 00)

Die Meldung ‚Auskunftsabfrage' einer Krankenkasse oder einer weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an das Gesamtsystem wird mit folgenden fachlichen Informationen durch das Gesamtsystem beantwortet:

- Aktenzeichen (aus Meldung der Krankenkasse oder des weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übernommen)
- KVNR
- Abgabegrund
    - Zur übermittelten VSNR wird eine KVNR zurückgemeldet (Grund 12)
    - Zur übermittelten VSNR liegt eine Stilllegung mit Verweis vor. Rückmeldung erfolgt mit KVNR (Grund 14)
    - Zur Übermittelten VSNR liegt eine Tot-Stilllegung ohne Verweis vor – keine KVNR-Rückmeldung (Grund 15)

5.2 Vom Gesamtsystem initiierte Meldungen

5.2.1 Verarbeitungszyklus der Meldungen

Vom Gesamtsystem initiierte Meldungen werden an die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt. Sie müssen von allen Verfahrensbeteiligten technisch und fachlich verarbeitet werden können.

5.2.2 Meldung von Still- und Totlegungen durch das Gesamtsystem an die Krankenkassen

Still- und Totlegungen von Rentenversicherungsnummern werden durch die DSRV an die VST KVNR übermittelt. Eine Datenübertragung von den Krankenkassen bzw. von den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an die VST KVNR zu still- bzw. totgelegten Rentenversicherungsnummern erfolgt nicht.

Die VST KVNR stellt sicher, dass bei Stilllegung einer Rentenversicherungsnummer mit Verweis auf eine neue VSNR ein Verweis zur gültigen Krankenversichertennummer hergestellt werden kann.

Die der VST KVNR durch die DSRV bekannt gewordenen Still- und Totlegungen werden den Krankenkassen und den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V gemäß den in der Anlage 2 beschriebenen Abgabegründen (96, 97) durch das Gesamtsystem übermittelt. Die Still- und Totlegungsmeldungen werden dazu gleichermaßen an alle Krankenkassen und alle weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V gesendet, unabhängig davon, ob die empfangene Stelle die betroffenen Rentenversicherungsnummern in ihrem Bestand führt. Weiterleitungen von Tot- und Stilllegungen ohne Verweis erfolgen auch dann, wenn die VST KVNR keine KVNR zu der betroffenen VSNR im Bestand hat. Anschließend sind die Meldungen des Gesamtsystems durch die Krankenkasse und

die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V daraufhin zu prüfen, ob die gemeldeten Rentenversicherungsnummern und ggf. die dazugehörige Krankenversichertennummer in ihrem Versichertenbestand vorliegen. Ist dies der Fall, ist in geeigneter Weise unter der Berücksichtigung der bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Normen mit der gespeicherten Rentenversicherungsnummer und der gespeicherten Krankenversichertennummer zu verfahren (z. B. durch Löschen der betroffenen Krankenversichertennummer/Rentenversicherungsnummer). Die aktuelle Rentenversicherungsnummer des Versicherten ist zu ermitteln und das Vergabeverfahren für die Krankenversichertennummer einzuleiten. Dabei muss die Nutzung der bisherigen Krankenversichertennummer bei Stilllegungen ohne Verweis oder bei einer Totlegung mit einer Meldung ‚Nutzungsende' beendet werden. Zudem ist mit einer Meldung ‚Vergabeantrag' die entsprechende KVNR zur nun gültigen VSNR zu ermitteln.

Hinweis: Erhält eine Krankenkasse oder ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V auf Grund einer Stilllegung mit Verweisung vorzeitig Kenntnis von einer neuen Rentenversicherungsnummer im DEÜV-Meldeverfahren durch die DSRV, wird empfohlen, erst dann die Anfrage bezüglich der neu erhaltenen Rentenversicherungsnummer an das Gesamtsystem zur Vergabe der Krankenversichertennummer zu richten, wenn auch das Gesamtsystem die Stilllegung an die Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt hat. Falls die Krankenkasse oder der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V bei dem Gesamtsystem anfragt, bevor das Gesamtsystem übermittelt hat, ist zu beachten, dass das Gesamtsystem in der Regel eine neue Krankenversichertennummer vergeben wird. Hintergrund dafür ist die dem Gesamtsystem zum Anfragezeitpunkt noch unbekannte Verweisung zwischen stillgelegter und aktueller Rentenversicherungsnummer. Dies führt aus Sicht der TI zu einer Änderung der KVNR der Versicherten und hat in der Regel zur Folge, dass Versicherte Dienste der TI nicht wie bisher weiternutzen können, da beispielsweise im Fall der ePA ein Zugriff auf die bisherigen Daten nicht mehr möglich ist. Im Bedarfsfall sind bei den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V geeignete Prozesse zum Umgang mit entsprechenden Fallkonstellationen vorzusehen.

5.2.3 Meldung der Änderung der Verweisung einer Stilllegung durch die Vertrauensstelle Krankenversichertennummer (VST KVNR) an die Krankenkassen[5]

Die der VST KVNR durch die DSRV bekannt gewordenen Änderungen der Verweisung einer Stilllegung werden ebenfalls durch das Gesamtsystem an die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V gemeldet, wenn zu der stillgelegten Rentenversicherungsnummer eine

[5] Der Inhalt des Kapitels entfaltet seine Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Verfahren im Zusammenhang mit der Änderung einer Verweisung einer Stilllegung durch die Rentenversicherung.

Krankenversichertennummer im Bestand vorliegt. Ist dies der Fall, sendet das Gesamtsystem eine Stornierungsmeldung (Grund 98) an die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Anhand dieser Meldung kann die betroffene Krankenkasse bzw. der betroffene weitere Kostenträger nach § 362 SGB V erkennen, dass es sich um eine Stornierung einer Verweisung einer zuvor erhaltenen Stilllegung mit Verweisung handelt. Zeitgleich wird der Krankenkasse und dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V die Neumeldung mit dem korrekten Verweis für die ursprünglich stillgelegte Rentenversicherungsnummer und die zugehörige Krankenversichertennummer mitgeteilt (Grund 96). Die Lieferung eines Datensatzes mit GD 98 bedingt daher immer die Übermittlung eines Datensatzes mit GD 96 (Korrekturmeldung) in der gleichen Datenlieferung. Die Felder „VSNR“ des Datensatzes mit GD 98 und des Datensatzes mit GD 96 müssen identisch sein.

Die betroffene Krankenkasse bzw. der betroffene weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V kann die Informationen aus der Stornierungs- und Neumeldung z. B. im Rahmen der Verfahren nach der DEÜV nutzen, um die gültige Rentenversicherungsnummer zu ermitteln.

Sollte es im Rahmen einer Datenlieferung der DSRV an das Gesamtsystem zu mehreren Verweisungsänderungen an einer Rentenversicherungsnummer in einer Datei kommen, übermittelt das Gesamtsystem ausschließlich die letzte Stornierung (Grund 98) sowie die letzte Stilllegung der Kette (Grund 96) an die Krankenkasse bzw. die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Diese Meldungen spiegeln den nach Verarbeitung durch das Gesamtsystem gültigen Zustand zu der betroffenen Rentenversicherungsnummer wider.

6. Fehlerverfahren

Die Krankenkassen und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V haben bei der Verarbeitung der Dateien des Gesamtsystems festzustellen, ob die angelieferten Datensätze vollzählig angenommen und nach der Prüfung vollzählig in den Bestand übernommen worden sind. Allerdings ist dabei der Zeitversatz (z.B. aufgrund von Stornorückmeldungen) zu beachten. Differenzen sind unverzüglich aufzuklären.

Fehlerhafte Datensätze (DSKN) werden nach Aktualisierung der Felder

- Absendernummer (ABSN),
- Empfängernummer (EPNR),
- Zeitstempel (ED),
- Fehlerkennzeichen (FEKZ),
- Fehleranzahl (FEAN) sowie
- Erweiterung um die entsprechenden Datenbausteine DBFE-Fehler

an das Gesamtsystem zurückgesandt. Eine Fehlermeldung besteht aus einer siebenstelligen Fehlernummer mit angehängtem Fehlertext.

Die inhaltliche und strukturelle Datensatzbeschreibung sowie Fehlernummern und Fehlertexte sind in Anlage 2 beschrieben.

7. Clearing zwischen den Verfahrensbeteiligten („KVNR-Clearing“)

Ziel des Clearing-Verfahrens ist der Ausschluss von Doppelnutzungen von KVNRn. Es ist Aufgabe der beteiligten Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V in diesem Verfahren sicherzustellen, dass eine KVNR von ein und derselben Person genutzt wird.

7.1 Auslöser des Clearing-Verfahrens

Das Gesamtsystem teilt einer mittels Meldung ‚Vergabeantrag‘ anfragenden Krankenkasse bzw. dem anfragenden weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V im Falle einer in Verwendung befindlichen KVNR mit, bei welcher Krankenkasse bzw. welchem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V diese in Verwendung ist. Dazu übermittelt das Gesamtsystem das Haupt-IK der KVNR nutzenden Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V sowie ein Fallkennzeichen an die anfragende Krankenkasse bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Die anfragende Krankenkasse oder der anfragende weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V muss in diesem Fall ein Clearing-Verfahren initiieren. Dazu nutzt sie das in Kapitel 7.3 beschriebene Verfahren.

7.1.1 Generierung eines Fallkennzeichens

Antwortet das Gesamtsystem auf einen Vergabeantrag oder die Meldung zu einem Nutzungsende mit

- WARN. KVNR vorhanden. Lückenhafte Benutzung. (Grund 23),
- NOK. KVNR vorhanden. Nicht aktiv. Tod des Versicherten. (Grund 26),
- NOK. KVNR vorhanden. Bei KK in Benutzung. (Grund 27),
- NOK.KVNR vorhanden Tot/Stilllegung VSNR ohne Verweis aufgrund Meldung 04 (Grund 28) oder
- NOK. Keine Berechtigung zur Abgabe einer Meldung „Nutzungsende“ (Grund 32),

enthält die Rückmeldung an die anfragende Stelle ein Fallkennzeichen. Bei erneuten Vergabeantrags-Meldungen an das Gesamtsystem, die die gleiche KVNR betreffen, wird solange das gleiche Fallkennzeichen vom Gesamtsystem zurückgemeldet, bis ein Nutzungsende für den betroffenen Zeitraum der KVNR an das Gesamtsystem gemeldet wird. Mit der Meldung des Nutzungsendes zum klärungsbedürftigen Beginndatum wird das Fallkennzeichen aus dem Verzeichnis gelöscht. Für alle anderen Meldungen, bei denen ein Nutzungsende im Bestand ist, wird für jede Anfrage, welche zu einer NOK-Meldung führt, und ein Fallkennzeichen benötigt wird, ein neues Fallkennzeichen generiert und nicht gespeichert.

Das Fallkennzeichen wird für ein sich anschließendes Clearing zwischen der anfragenden, federführenden Stelle und der anzufragenden Stelle verwendet. Es stellt einen eindeutigen Bezug zu

der betroffenen KVNR her, die auf Grund einer konfliktbehafteten Rückmeldung des Gesamtsystems im aktuellen Clearingverfahren zu verwenden ist. Dazu ist das vom Gesamtsystem zurückgemeldete Fallkennzeichen von der federführenden Stelle an die anzufragende Stelle mittels unter 7.3 genanntem Verfahren zu übermitteln. Muss im Rahmen des Clearings eine Überprüfung der VSNR bei der DSRV veranlasst werden, ist das Fallkennzeichen gemäß Kapitel 7.4 durch die betroffenen Kassen zu verwenden.

Um eine eindeutige Zuordnung zum Verfahren des Gesamtsystems KVNR vornehmen zu können, sind die ersten Stellen des Fallkennzeichens durch „IKV-“gekennzeichnet.

7.2 Verantwortlichkeiten im Clearing-Verfahren

Die Krankenkasse, die auf die Meldung ‚Vergabeantrag‘ die Rückmeldung des Gesamtsystems erhalten hat, initiiert das Clearing-Verfahren. Gleiches gilt für den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Diese Kasse bzw. dieser Kostenträger ist die federführende Stelle.

Die federführende Stelle übermittelt über das in Kapitel 7.3 beschriebene Verfahren sämtliche Informationen, die ihr zu dem Versicherten vorliegen, an die gemeldete Stelle. Die angefragte Stelle beantwortet diese mit den ihr vorliegenden Informationen zur betreffenden Person. Anhand der ausgetauschten Informationen stellen die Stellen ggf. Personengleichheit fest. Diese Feststellung wird unverzüglich an die beteiligte Stelle übermittelt.

Die ausgetauschten Informationen umfassen insbesondere:

- KVNR
- VSNR
- Name, Vorname(n) inkl. sämtlicher Titel, Vorsatzwörter etc.
- Geschlecht
- Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland
- Staatsangehörigkeit
- Gegenwärtige oder zuletzt bekannte Anschrift des Versicherten
- Anfangsdatum der Versicherung bei der Krankenkasse wie in der Meldung ‘Vergabeantrag‘ an das Gesamtsystem übermittelt.
- Fallkennzeichen

Die Krankenkasse, bei der die Krankenversichertennummer bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V bei dem die Krankenversichertennummer derzeit laut Gesamtsystem in Verwendung ist, ist die angefragte Stelle. Sie muss die Anfrage der federführenden Stelle innerhalb von zwei Arbeitstagen (Montag – Freitag) bearbeiten.

In der Bearbeitung stellt die angefragte Stelle anhand der bei ihr gespeicherten sowie der übermittelten Daten fest, ob Personengleichheit vorliegt. Es gelten die Anforderungen aus Kapitel 7.4. bzgl. der Feststellung der Personengleichheit.

Liegt Personengleichheit vor, muss die angefragte Stelle eine Meldung ‚Nutzungsende' an das Gesamtsystem unverzüglich übermitteln.

Kann nicht zweifelsfrei sichergestellt werden, dass es sich um ein und dieselbe Person handelt, muss dies der federführenden Stelle mitgeteilt werden. Die Stellen können nun weitere Informationen über den Versicherten austauschen bis sie zu einem eineindeutigen Ergebnis kommen. Liegen relevante personenbezogene Daten vor, beträgt die Bearbeitungsfrist für die jeweilige Anfrage 4 Arbeitstage (Montag – Freitag).

Kann entweder kein eindeutiges, zweifelsfreies Ergebnis hinsichtlich der Personengleichheit erzielt werden, oder aber liegt tatsächlich eine Doppelvergabe der VSNR an mehr als eine Person vor, müssen die beteiligten Stelle eine Totlegung oder Stilllegung der VSNR mit Neuvergabe bei der DSRV gemäß Kapitel 7.4 veranlassen. Ziel ist die Änderung der KVNR. Es darf in keinem Fall eine Stilllegung mit Verweisung auf die neue VNSR durchgeführt werden, da dies keine Neuvergabe der KVNR auslöst.

7.3 Verfahren zum Informationsaustausch zu Versicherten zwischen Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

Das Verfahren zum Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen wird in Anlage 5a und 5b normativ beschrieben. Die unterschiedlichen Gültigkeitszeiträume der Anlagen sind zu beachten. Der Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen und der PKV findet auf Grundlage der Anlage 5b statt.

7.4 Anforderungen an die Feststellung der Personengleichheit im Clearing-Verfahren

Die angefragte Stelle muss bei Clearing-Fällen vor Freigabe der KVNR im Gesamtsystem mithilfe der ihr vorliegenden Daten (z. B. aus Meldeverfahren, Bestandssystem, Mitgliedsbescheinigung, Prüfung der VSNR etc.) sowie der von der federführenden Stelle übermittelten Daten sicherstellen, dass es sich zweifelsfrei um den bei ihr Versicherten handelt. Bei Bedarf können die betroffenen Stellen weitere Informationen über die betroffenen Personen austauschen.

Wird Personengleichheit nicht festgestellt, müssen die betroffenen Stellen eine Änderung der zugrundeliegenden VSNR beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen. Dazu nutzen sie

das Fallkennzeichen[6] und Muster 11b des Gemeinsamen Rundschreibens (DEÜV). Solange keine eindeutige Personengleichheit festgestellt wurde, darf keine eGK oder einer digitalen Identität ausgestellt werden.

Hinweis: Die Änderung einer KVNR bedeutet unter Umständen den Verlust des Zugriffs auf in der TI (Telematikinfrastruktur) gespeicherte Daten (z. B. die Daten der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V oder des eRezepts nach § 360 SGB V). Die Krankenkassen müssen daher entsprechende Abhängigkeiten berücksichtigen, sodass Versicherte die Möglichkeit haben, etwaige, z. B. in der ePA, gespeicherte Daten zu sichern.

7.5 Weitere Hinweise und Erläuterungen zum Clearing-Verfahren

Es ist explizit nicht Ziel des Clearing-Verfahrens, unklare Versicherungsverhältnisse zu bereinigen, da dies unter Umständen zeitaufwändig sein kann und somit die Herausgabe der eGK bei unklaren Fällen unnötig verzögern würde. Das hier beschriebene Clearing-Verfahren unterscheidet sich in seiner Zielsetzung somit vom RSA-Clearing Verfahren der GKV.

Insbesondere ist die angefragte Stelle verpflichtet, die Meldung ‚Nutzungsende' abzugeben, sobald Personengleichheit festgestellt wurde. Damit endet die Nutzung der KVNR durch die angefragte Stelle. Sollte eine versicherungsrechtliche Klärung von den beteiligten Stellen für notwendig erachtet werden, muss diese unabhängig vom Clearing-Verfahren der KNVR durchgeführt werden. Kommt eine etwaige versicherungsrechtliche Klärung zu dem Ergebnis, dass die Versicherung bei der angefragten Stelle weiterzuführen ist, muss zunächst die federführende Stelle, sofern bereits ein Vergabeantrag im KVNR-VZ vorhanden ist, eine Stornomeldung zum ‚Vergabeantrag ' übermitteln. Mit der anschließenden Stornomeldung des ‚Nutzungsende' durch die bisherige Stelle-führt sie die KVNR-Nutzung weiter.

Durch diese Regelung ist die Nutzung der KVNR von versicherungsrechtlichen Fragestellungen und ggf. notwendigen Meldekorrekturen aus den sozialversicherungsrechtlichen Meldeverfahren losgelöst. Zugleich kann eine rasche Ausgabe der eGK gewährleistet werden.

7.6 Zentrale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht eine Übersicht zentraler Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (ZAP) im Extranet des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Dialog[7]) für den Fall etwaiger

---

6 Als „GKV-Fallnummer" im Muster 11b des Gemeinsamen Rundschreibens bezeichnet.

7 Vorgehenshinweis für weitere Kostenträger nach § 362 SGB V: Der Zugriff auf die im GKV-Dialog eingestellten Kontaktlisten kann für die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V durch vom GKV-Spitzenverband versandte Einladungen gewährt werden.

Eskalationen unter den Krankenkassen und den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V im KVNR-Clearing. Die ZAPs sowie etwaige ZAP-Änderungen sind dem GKV-Spitzenverband mitzuteilen.

Die Kommunikation soll ausschließlich unter den ZAPs und lösungsorientiert erfolgen. Daten zu konkreten Einzelfallbearbeitungen sind nicht an die ZAPs zu übermitteln.

8. Vorgaben an das Gesamtsystem

8.1 Allgemeine Vorgaben

Gemäß §290 SGB V muss die Vergabe der Krankenversichertennummer von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle vergeben werden. Für die mit dem Aufbau, Betrieb und Weiterentwicklungen gemäß § 290 SGB V beauftragten Stellen gelten neben den in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen Anforderungen die folgenden Vorgaben:

1. Das Gesamtsystem darf keine Rentenversicherungsnummer dauerhaft speichern.
2. Die Vertrauensstelle muss durch geeignete Verfahren (z. B. den Einsatz kryptographischer Hash-Funktionen) sicherstellen, dass Rückschlüsse von der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer und umgekehrt ausgeschlossen sind.
3. Die Vertrauensstelle darf die Rentenversicherungsnummer zur Bildung einer Krankenversichertenhilfsnummer (KVHNR) heranziehen, wenn sichergestellt ist, dass von der KVHNR nicht auf die Rentenversicherungsnummer zurückgeschlossen werden kann. Ebenso muss sichergestellt sein, dass von der Rentenversicherungsnummer nicht auf die KVHNR zurückgeschlossen werden kann.
4. Die KVHNR darf in der Vertrauensstelle gespeichert werden. Die Vertrauensstelle muss die vergebenen Krankenversichertennummern, die Status sowie etwaige Verknüpfungen der zugrundeliegenden Rentenversicherungsnummern mithilfe der KVHNR speichern, um entsprechende Vergabeanfragen der Krankenkassen korrekt beantworten zu können.
5. Die Vertrauensstelle darf zur Vergabe der Krankenversichertennummer keine weiteren personenbezogenen Daten außer der Rentenversicherungsnummer heranziehen.
6. Die Verarbeitungsschritte des Gesamtsystems sind zu protokollieren und die Protokolle nach einer Aufbewahrungsfrist von 8 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Verarbeitung zu löschen.
7. Die Datenübertragung zwischen den Verfahrensbeteiligten muss, entsprechend den in der Sozialversicherung geltenden Standards, festgelegt nach § 95 SGB IV, erfolgen. Diese umfassen auch Festlegungen zur Sicherstellung der Vertraulichkeit und Integrität der übermittelten Daten.
8. Neue zu generierende Krankenversichertennummern müssen durch die Vertrauensstelle pseudozufällig erzeugt werden und dürfen nicht doppelt vergeben werden.
9. Im Falle eines Totalschadens des Gesamtsystems muss die Wiederaufnahme des Betriebs des Gesamtsystems ohne Datenverluste möglich sein.

10. Die Vergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle muss zeitnah (zu einer Anfrage, nicht im Stapelbetrieb über Nacht) in der Zeit von 08:00 Uhr bis 16:00 Uhr arbeitstäglich erfolgen. Arbeitstage sind Montag bis Freitag, ohne bundeseinheitliche Feiertage.
11. Die mit dem Betrieb des Gesamtsystems beauftragte Stelle muss sicherstellen, dass eine Kontaktadresse (Hotline) öffentlich verfügbar und arbeitstäglich in der Zeit von 08:00 Uhr bis 16:00 Uhr erreichbar ist.

8.2 Vom Gesamtsystem gespeicherte Daten

8.2.1 Gespeicherte Daten zur Erzeugung und Vergabe der KVNR

Die für die Erzeugung und Vergabe zuständige VST KVNR als Teil des Gesamtsystems speichert folgende fachlichen Daten:

1. KVHNR als kryptographischer Hash der VSNR
2. KVNR
3. Still- und Totlegungskennzeichen
4. Verweisung zwischen KVHNR auf Grundlage der Meldungen der DSRV

8.2.2 Gespeicherte Daten zur Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR

Das für die Sicherstellung der Eineindeutigkeit der KVNR zuständige KVNR-VZ als Teil des Gesamtsystems speichert folgende fachlichen Daten:

1. KVNR
2. Haupt-IK der Krankenkasse bei der die KVNR in Benutzung ist
3. Grund der Meldung
    a. Vergabeantrag
    b. Nutzungsende
    c. Tod des Versicherten
    d. Totlegung bzw. Stilllegung ohne Verweis (Meldung von der KK)
4. Datum des Nutzungsbeginns der KVNR
5. Datum des Nutzungsendes der KVNR
6. Fallkennzeichen

Die oben beschriebenen Datensätze werden gelöscht, wenn das Datum des Nutzungsendes der KVNR vor 30 Jahren war und keines der folgenden Merkmale als Grund eingetragen ist:

1. Tod des Versicherten
2. Totlegung bzw. Stilllegung ohne Verweis (Meldung von der KK)

Ist eines der oben genannten Meldegründe gesetzt, wird eine Löschung erst 100 Jahre nach dem Datum des Nutzungsendes der KVNR durchgeführt.

Prüfziffernberechnung für die Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V

Unveränderbarer Teil	Veränderbarer Teil		Prüf-Ziffer
	bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit	Bezug der Angehörigen zum Mitglied	

Hauptversicherter

KV-Nr.										PZ	IK									PZ	Ges.PZ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	Stellenzahl
	A	0	0	0	5	0	0	0	1		1	0	9	9	1	1	1	1	4			KV-Nr. ohne PZ
0	1	0	0	0	5	0	0	0	1													Buchstabe in 2stellige Zahl
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				2	1	2	1	2	1				Faktoren
0	2	0	0	0	10	0	0	0	2				18	9	2	1	2	1				Produkt
0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	5			9	9	2	1	2	1	24			Quersumme / Summe
	A	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**1**	**5**	**1**	**0**	**9**	**9**	**1**	**1**	**1**	**1**	**4**		**4**	
0	1	0	0	0	5	0	0	0	1	5	1	0	9	9	1	1	1	1	4			Buchstabe in 2stellige Zahl
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			Faktoren
0	2	0	0	0	10	0	0	0	2	5	2	0	18	9	2	1	2	1	8			Produkt
0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	5	2	0	9	9	2	1	2	1	8		44	Quersumme / Summe

Familienversicherter

KV-Nr.										PZ	IK									PZ	KV-Nr. Hauptversicherter										PZ	Ges.PZ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	Stellenzahl
	C	0	0	0	5	0	0	0	2		1	0	9	9	1	1	1	1	4			A	0	0	0	5	0	0	0	1			KV-Nr. ohne PZ
0	3	0	0	0	5	0	0	0	2												0	1	0	0	0	5	0	0	0	1			Buchstabe in 2stellige Zahl
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				2	1	2	1	2	1			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			Faktoren
0	6	0	0	0	10	0	0	0	4				18	9	2	1	2	1			0	2	0	0	0	10	0	0	0	2			Produkt
0	6	0	0	0	1	0	0	0	4	11			9	9	2	1	2	1	24		0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	5		Quersumme / Summe
	C	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**2**	**1**	**1**	**0**	**9**	**9**	**1**	**1**	**1**	**1**	**4**			**A**	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**1**	**5**	**6**	
0	3	0	0	0	5	0	0	0	2	1	1	0	9	9	1	1	1	1	4		0	1	0	0	0	5	0	0	0	1	5		Buchstabe in 2stellige Zahl
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1		Faktoren
0	6	0	0	0	10	0	0	0	4	1	2	0	18	9	2	1	2	1	8		0	2	0	0	0	10	0	0	0	2	5		Produkt
0	6	0	0	0	1	0	0	0	4	1	2	0	9	9	2	1	2	1	8		0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	5	56	Quersumme / Summe

Datensätze, Datenbausteine und Fehlerkatalog zur Vergabe der Krankenversichertennummer als Pseudonym der Rentenversicherungsnummer sowie Meldungen im Austausch mit dem Gesamtsystem Krankenversichertennummer

Prüfungen des Vorlaufsatzes, des Datensatzes DSKN und des Nachlaufsatzes (bei den Krankenkassen / weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V und dem Gesamtsystem KVNR)

1 VOSZ - Vorlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen; Grundstellung = Leerzeichen
n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaues der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen am Beginn des Abschnittes 4 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG *KE*	Kennung des Vorlaufsatzes **VOSZ**	Zulässig ist nur „VOSZ“. **Fehlernummer: VOSZv01** Zulässig ist nur die Datenlänge 105. **Fehlernummer: VOSZv99**
005-009	005	an	M	VERFAHRENS-MERKMAL *VFMM*	Merkmal, um welche Art von Datenaustausch es sich handelt: **KNTVS** = *Meldungen der Krankenkassen/ der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an das Gesamtsystem KVNR (über Weiterleitungsstellen)* **KNTKV** = *Meldungen des Gesamtsystems KVNR an die Krankenkassen bzw. die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V(über Weiterleitungsstellen)*	Zulässig sind nur die in der Spalte „Inhalt/Erläuterung“ angegebenen Werte. **Fehlernummer: VOSZv10**

010-024	015	an	M	ABSENDER-NUMMER *ABSN*	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers der Datei (vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Prüfung, ob es sich um eine zugelassene Absendernummer bei Dateien - der Krankenkassen (VFMM = „KNTVS“) um eine zugelassene Krankenkassen-Betriebsnummer oder Weiterleitungsstelle und - des Gesamtsystems KVNR (VFMM =„KNTKV“) um „48120751“ oder einer Weiterleitungstelle - der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V um eine zugelassene Betriebsnummer handelt. **Fehlernummer: VOSZv20**
025-039	015	an	M	EMPFAENGER NUMMER *EPNR*	Es ist die Absendernummer des Empfängers der Datei einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers der Datei - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Zulässig ist die Absendernummer des Empfängers der Datei. **Fehlernummer: VOSZv30** Prüfung, ob es sich um eine zugelassene Empfängernummer bei Dateien - der Krankenkassen/ weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V (VFMM =„KNTVS“) um „48120751“ und - des Gesamtsystems KVNR (VFMM = „KNTKV“) um eine zugelassene Betriebsnummer der Krankenkassen/ weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V -oder Weiterleitungsstelle handelt. **Fehlernummer: VOSZv32**
040-047	008	n	M	DATUM-ERSTELLUNG *ED*	Datum der Erstellung der Datei in der Form: **jhjjmmtt**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: VOSZv40** Das Erstellungsdatum muss logisch richtig und darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum und nicht kleiner als das Verarbeitungsdatum minus 6 Monate sein. **Fehlernummer: VOSZv44**
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR *DTNR*	Dateifolgenummer **000001 - 999999**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: VOSZv50** Prüfung, ob es sich um die zulässige Dateifolgenummer handelt (lückenlos aufsteigend je Annahmestelle). **Fehlernummer: VOSZv52**
054-103	050	an	K	NAME-ABSENDER *NAAB*	Kurzbezeichnung des Absenders	Keine Prüfung

104-105	002	n	M	VERSIONS-NR *VERNR*	Versionsnummer des Vorlaufsatzes **01 – 99**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: VOSZv70** Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versions-nummer. **Fehlernummer: VOSZv72**

24

25

2 Datensatz: DSKN - Meldungen im Austausch mit dem Gesamtsystem Krankenversichertennummer

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen; Grundstellung = Leerzeichen
n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt
k = Kannangabe
M = Mussangabe
m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaues der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen am Beginn des Abschnittes 4 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen/Fehlernummer
Daten zur Steuerung						
001-004	004	an	M	KENNUNG *KE*	Kennung, um welchen Datensatz es sich handelt **DSKN**	Zulässig ist „DSKN“. **Fehlernummer: DSKNv01**
005-009	005	an	M	VERFAHREN *VF*	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist **KNVER** = *Meldungen zur Krankenversichertennummer*	Zulässig ist „KNVER“. **Fehlernummer: DSKNv05**
010-024	015	an	M	ABSENDERNUMMER *ABSN*	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes - vormals BBNR-ABSENDER). **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Die Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 des Gemeinsamen Rund-schreibens “Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung” in der gültigen Fassung zu prüfen. **Fehlernummer: DSKN020** Prüfung, ob es sich um eine zulässige Absendernummer handelt. Bei Meldungen -der Krankenkassen (VFMM = „KNTVS“) muss es sich um die zugelassene Haupt-Betriebsnummer der Krankenkassen gemäß Beitragssatzdatei der ITSG - und -des Gesamtsystems KVNR (VFMM „KNTKV“) um „48120751“ -der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V muss es sich um die Betriebsnummer des Kostenträgers handeln. **Fehlernummer: DSKNv10**

025--039	015	an	M	EMPFAENGERNUMMER *EPNR*	Es ist die Absendernummer des Empfängers des Datensatzes einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes - vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Die Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 des Gemeinsamen Rundschreibens "Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung" in der gültigen Fassung zu prüfen. **Fehlernummer: DSKN030** Bei Meldungen der Krankenkassen (VFMM = „KNTVS") muss die Betriebsnummer „48120751" und des Gesamtsystems KVNR (VFMM = „KNTKV") " muss eine zugelassene Krankenkassen-Betriebsnummer angegeben sein der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V muss es die Betriebsnummer des Kostenträgers sein Bei Abgabegrund 96, 97 und 98 ist auch die Betriebsnummer einer Datenannahmestelle zulässig. **Fehlernummer: DSKN032**

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen/Fehlernummer
040-041	002	n	M	VERSIONS-NR *VERNR*	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes **01 - 99**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN040** Zulässig ist nur der Wert „02“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. **Fehlernummer: DSKN042**
042-061	020	n	M	DATUM-ERSTELLUNG *ED*	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: **jhjjmmtt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikro-sekunde)**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN050** Das Erstellungsdatum muss logisch richtig sein. **Fehlernummer: DSKN052** Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein. **Fehlernummer: DSKN054** Die Uhrzeit muss logisch richtig sein. **Fehlernummer: DSKN056**
062-062	001	n	M	FEHLER-KENNZ *FEKZ*	Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze **0** = *Datensatz fehlerfrei* **1** = *Datensatz fehlerhaft*	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN060** Zulässig ist „0“, „1“ **Fehlernummer: DSKN062**
063-063	001	n	M	FEHLER-ANZAHL *FEAN*	Anzahl der Fehler des Datensatzes	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN070** Ist im Feld FEKZ der Wert „0“ angegeben, ist hier nur der Wert „0“ zulässig. **Fehlernummer: DSKN072** Ist im Feld FEKZ ein Wert > „0“ angegeben, ist hier nur ein Wert von „1“ bis „9“ zulässig. **Fehlernummer: DSKNv50** Zulässig ist nur die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Fehler im Datensatz übereinstimmt (maximal „9“). **Fehlernummer: DSKNv52**

064-065	002	n	M	Abgabegrund *GD*	<u>Abgabegründe Kassen:</u> 00-Auskunftsabfrage 01-Vergabeantrag Nutzungsendemeldungen 02-Ende KK-Nutzung 03-Tod des Versicherten 04-Tod/Stilllegung ohne Verweis 05-Verlust KV-Bezug <u>Abgabegründe Gesamtsystem:</u> 12-KVNR zur VSNR 14-KVNR zur VSNR mit Stilllegung mit Verweis 15-VSNR mit Tot/Stilllegung ohne Verweis (ohne Rückmeldung KVNR) 21-OK.Neuvergabe 22-OK.Vergabe vorhandener KVNR. Kein Konflikt. 23-WARN.KVNR vorhanden. Lückenhafte Benutzung 24-NOK-KVNR vorhanden Stilllegung VSNR mit Verweis 25-NOK.Tot-/Stilllegung VSNR ohne Verweis 26-NOK.KVNR vorhanden. Nicht aktiv. Tod des Versicherten. 27-NOK.KVNR vorhanden. Bei KK in Benutzung 28-NOK.KVNR vorhanden Tot/Stilllegung VSNR ohne Verweis (aufgrund Meldung 04) 31-OK.Meldung verarbeitet. 32-NOK.Keine Berechtigung zur Abmeldung (IK-Prüfung) 33-NOK.KVNR nicht vorhanden. 34-NOK.Nutzungsende bereits gemeldet 35-NOK.Nutzungsende liegt vor Nutzungsbeginn 40-OK.Stornierung durchgeführt 41-Stornierung nicht möglich 96-Stilllegung mit Verweis 97-Tot/Stilllegung ohne Verweis 98*-Änderung der Verweisung einer Stilllegung *GD 98 ist für eine Folgeversion vorgesehen und wird derzeitig noch nicht verwendet.	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN074** Bei Meldungen - der Krankenkasse (VFMM="KNTVS") sind nur die Abgabegründe 00, 01, 02, 03, 04 und 05 - des Gesamtsystems KVNR (VFMM="KNTKV") sind nur 12, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 41 und 96, 97, 98, zulässig **Fehlernummer: DSKN076** Abgabe GD=05 ist nur zulässig, wenn Storno-Kennzeichen (SKZ) = J im Datensatz enthalten. **Fehlernummer: DSKN078** Die Meldegründe 51 und 52 werden ausschließlich intern durch das Gesamtsystem KVNR für die Abbildung und Nachvollziehbarkeit von Kassenfusionen genutzt.

39
40

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen/Fehlernummer
Daten zur Identifikation						
066-077	012	an	m	VSNR *VSNR*	Versicherungsnummer in der Form: **bbttmmjjassp**	Prüfung auf Vollständigkeit und zulässige Zeichen. Im numerischen Teil (Stellen 1-8 und 10-12) sind nur Ziffern und für den Anfangsbuchstaben des Namens (Stelle 9) nur ein Großbuchstabe (ohne Umlaute) zugelassen. **Fehlernummer: DSKN082** Die Bereichsnummer (Stellen 1-2) ist auf Zulässigkeit zu prüfen. Zulässig sind die Nummern „02“ - „04“, „08“ - „21“, „23“ - „26“, „28“, „29“, „38“, „39“, „42“ - „44“, „48“ - „61“, „63“ - „66“, „68“, „69“, „78“ - „82“ oder „89“. **Fehlernummer: DSKN084** Das Geburtsdatum muss grundsätzlich logisch richtig sein. Zum Aufbau des Geburtsdatums siehe Gemeinsames Rundschreiben “Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung” in der gültigen Fassung. **Fehlernummer: DSKN086** Die letzte Ziffer der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer der Versicherungsnummer wird wie folgt gebildet: Der Buchstabe wird durch eine zweistellige Zahl ersetzt, welche die Position des Buchstabens im Alphabet (01 bis 26) kennzeichnet. Die Ziffern der damit zwölfstelligen Nummer werden - an der ersten Stelle beginnend - mit den Faktoren 2, 1, 2, 5, 7, 1, 2, 1, 2, 1, 2 und 1 multipliziert. Von den Produkten werden die Quersummen gebildet. Die Quersummen werden addiert. Die Summe wird durch 10 dividiert. Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer. Die zweistellige Verschlüsselung des Buchstabens wird wieder durch den Buchstaben ersetzt; die Versicherungsnummer besteht damit aus elf Informationsstellen und einer Prüfziffer, zusammen zwölf Stellen. **Fehlernummer: DSKN088** VSNR nur zulässig bei GD = 00, 01, 96, 97, 98 **Fehlernummer: DSKN090**

41

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen/Fehlernummer
078-092	015	an	M	BBNR-KK *BBNRKK*	Betriebsnummer des Verursachers (Krankenkasse) des Datensatzes (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen). **nnnnnnnn**	Es ist nur die Betriebsnummer einer Krankenkasse zulässig. Bei Abgabegrund 96, 97 und 98 ist auch die Betriebsnummer einer Datenannahmestelle zulässig. **Fehlernummer: DSKN140**
093-112	020	an	m	AKTENZEICHEN-KK *AZ-KK*	Dieses Feld steht dem Verursacher (Krankenkasse) zur Verfügung. (z.B. bisherige Krankenversichertennummer)	Es sind nur druckbare Zeichen („keine hexadezimalen Verschlüsselungen“) zugelassen Tabelle der druckbaren Zeichen siehe Gliederungspunkt 5 **Fehlernummer: DSKN160** Bei Meldungen mit GD 96, 97 und 98 ist beliebiger Inhalt zugelassen (z.B. BN Empfänger analog BBNREP).
113-122	010	an	m	KV-NR *KV-NR*	Die vom Gesamtsystem KVNR vergebene Krankenversichertennummer	Bei Meldung der Krankenkassen bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V mit GD = 00 und 01 und bei Meldung des Gesamtsystems KVNR GD = 15 und 25 ist nur Grundstellung zulässig. Bei Meldungen des Gesamtsystems KVNR mit GD = 40 und 41 sowie 96 und 97 ist auch Grundstellung zulässig. **Fehlernummer: DSKN180** Es ist nur eine gültige Krankenversichertennummer zulässig. Prüfzifferberechnung siehe Anlage 1 der „Richtlinie zum Aufbau und Verfahren zur Vergabe einer Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V“. **Fehlernummer: DSKN200**

123-154	032	an	M	Datensatz ID *DS-ID*	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller	Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig. **Fehlernummer: DSKN210** Bei Meldungen der Krankenkassen bzw der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V (VFMM = „KNTVS“) muss bei der Annahmeprüfung die Datensatz ID im Gesamtsystem KVNR eindeutig sein und darf nicht mehrmals verwendet werden. **Fehlernummer: DSKNv60** Bei Abgabegrund 00 bis 05: Stellen 1-4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5-8 (Seriennummer) des “IK anfragende KK“ entsprechen. **Fehlernummer: DSKN214**
155-155	001	an	m	Storno-Kennzeichen *SKZ*	Kennzeichen Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung. **J = Storno** **BLANK = kein Storno**	Es sind nur Blank (Leerzeichen) oder „J“ zur Kennzeichnung einer Stornomeldung zulässig. **Fehlernummer: DSKN220** Wenn DS-IDU gesetzt, darf bei GD = 01, 02, 03 ,04 und 05 das Feld SKZ nicht leer sein: **Fehlernummer: DSKN224** Bei GD = 00 sowie 40 und 41 nur Grundstellung zulässig **Fehlernummer: DSKN226**

156-187	032	an	m	Datensatz ID Ursprungs-meldung *DS-IDU*	Datensatz-ID des ursprünglich übermittelten Datensatzes	Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig. **Fehlernummer: DSKN230** Bei Stornomeldungen der Krankenkassen (VFMM = „KNTVS“) bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V muss bei der Annahmeprüfung im Gesamtsystem KVNR die Datensatz ID Ursprungsmeldung die Datensatz ID einer vorausgegangenen Meldung enthalten. **Fehlernummer: DSKNv65**
188-196	009	n	M	IK anfragende KK *IKKK*	Haupt-IK des Verursachers (Krankenkasse)	Es ist nur das Haupt-Institutskennzeichen einer Krankenkasse zulässig. Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN240** Die letzte Ziffer des Institutionskennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. **Fehlernummer: DSKN242** Bei Meldungen mit GD = 96, 97 und 98 ist nur Grundstellung zulässig. **Fehlernummer: DSKN244**
197-204	008	n	m	KVNR Nutzungs-beginn/ende *KNBE*	Datum des KVNR-Nutzungsbeginns bzw. -Nutzungsendes Form: **jhjjmmtt**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN250** Das Datum muss logisch richtig sein. **Fehlernummer: DSKN252** Nur zulässig bei Meldung der Krankenkassen bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V mit GD = 01, 02, 03, 04, 05 und bei Meldung des Gesamtsystems KVNR GD = 23, 27, 34, 35, 40 und 41. **Fehlernummer: DSKN254**

205-213	009	n	m	IK letzte KVNR verwendende KK *IKLE*	Haupt-IK der Krankenkasse, die die KVNR als letztes in Verwendung hatte.	Es ist nur das Haupt-Institutskennzeichen einer Krankenkasse zulässig. 42 Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: DSKN260** Nur zulässig bei Meldung des Gesamtsystems KVNR mit GD = 23, 26, 27, 28, 32, 34, 35 **Fehlernummer: DSKN262**
214-229	016	an	m	Fallkennzeichen FKZ	Vom Gesamtsystem KVNR vergebenes Kennzeichen für Klärfälle zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträgern nach § 362 SGB V	Fallkennzeichen nur zulässig bei GD = 23, 26, 27, 28, 32 **Fehlernummer: DSKN270** Stellen 1-4 des Fallkennzeichens müssen „IKV-“ enthalten. **Fehlernummer: DSKN272**
Daten zum Fehlersachverhalt						
Xxx-xxx					Es folgen ggf. ein oder mehrere Datenbausteine DBFE – Fehler gemäß den Angaben in dem Feld FEKZ. Die Anzahl der Fehler-Datenbausteine ergibt sich aus dem Feld FEAN.	Ist der eingehende Datensatz fehlerhaft (FEKZ im DSKN = „1“), wird keine Längen- und Fehlerprüfung durchgeführt. Die Länge des festen Teils von dem Datensatz DSKN (229 Stellen) ist mit der Länge des gemeldeten Datensatzes abzugleichen. **Fehlernummer: DSKN910**

43

2.1 Datenbaustein: DBFE – Fehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen; Grundstellung = Leerzeichen
n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt
k = Kannangabe
M = Mussangabe
m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen/Fehlernummer
Datenbaustein-Fehler (DBFE)						
001-004	004	an	M	KENNUNG *KE*	Kennung, um welchen Datensatz es sich handelt **DBFE**	Keine Prüfung
005-076	072	an	M	Fehler *FE*	Fehlernummer 7 Stellen plus 1 Leerzeichen plus Fehlertext (z.B.: xxxxxxx BBNREP unzulässig)	Keine Prüfung

3 NCSZ – Nachlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen; Grundstellung = Leerzeichen n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Bezüglich des Aufbaues der Fehlernummern wird auf die allgemeinen Erläuterungen am Beginn des Abschnittes 4 verwiesen.

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG *KE*	Kennung des Nachlaufsatzes **NCSZ**	Zulässig ist nur „NCSZ“. **Fehlernummer: NCSZv01** Zulässig ist nur die Datenlänge 63. **Fehlernummer: NCSZv99**
005-009	005	an	M	VERFAHRENS-MERKMAL *VFMM*	Merkmal, um welche Art von Datenaustausch es sich handelt: *siehe Beschreibung Vorlaufsatz*	Gleicher Inhalt wie Feld VERFAHRENSMERKMAL im Vorlaufsatz. **Fehlernummer: NCSZv10**
010-024	015	an	M	ABSENDER NUMMER *ABSN*	Es ist die Absendernummer einzutragen (Betriebsnummer des Erstellers der Datei – vormals BBNR-ABSENDER) . **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Gleicher Inhalt wie Feld ABSENDERNUMMER im Vorlaufsatz. **Fehlernummer: NCSZv20**
025-039	015	an	M	EMPFAENGER NUMMER *EPNR*	Es ist die Absendernummer des Empfängers der Datei einzutragen (Betriebsnummer des Empfängers der Datei – vormals BBNR-EMPFAENGER). **nnnnnnnn** 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen	Gleicher Inhalt wie Feld EMPFAENGERNUMMER im Vorlaufsatz. **Fehlernummer: NCSZv30**
040-047	008	n	M	DATUM- ER STELLUNG *ED*	Datum der Erstellung der Datei in der Form: **jhjjmmtt**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: NCSZv45** Gleicher Inhalt wie Feld DATUM-ERSTELLUNG im Vorlaufsatz. **Fehlernummer: NCSZv40**
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR *DTNR*	Dateifolgenummer **000001 – 999999**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: NCSZv55** Gleicher Inhalt wie Feld LFD-DATEI-NR im Vorlaufsatz. **Fehlernummer: NCSZv50**

054-061	008	n	M	ANZAHL-SAETZE ZLSZ	Anzahl der erstellten Datensätze (ohne Vor- und Nachlaufsätze)	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: NCSZv65** Zulässig ist die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Datensätze ohne Vor- und Nachlaufsätze übereinstimmt. **Fehlernummer: NCSZv60**
062-063	002	n	M	VERSIONS-NR *VERNR*	Versionsnummer des Nachlaufsatzes **01 – 99**	Zulässig sind nur numerische Zeichen. **Fehlernummer: NCSZv75** Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. **Fehlernummer: NCSZv70**

65
66

4 Fehlerkatalog

Allgemeines

Aufbau der Fehlernummern:

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

Stelle 05 – 05 Ist der Inhalt numerisch, handelt es sich um eine Fehlernummer aus der allgemeinen Prüfung, ansonsten um eine anwenderspezifische Fehlernummer.
In diesen Fällen wird der Alphawert mit der Kennung des jeweiligen Spitzenverbandes der Krankenkassen oder des Gesamtsystems Krankenversichertennummer überlagert:

- A AOK-Bundesverband
- D Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- E Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter- Ersatzkassen-Verband e. V.
- H Hinweise
- I IKK-Bundesverband
- K Knappschaft
- L Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Z Gesamtsystem KVNR

Stellen 06 – 07 Fehlernummer
Wenn Stelle 05 numerisch ist, erfolgt hier die Fortsetzung der Fehlernummer der allgemeinen Prüfung.
Ansonsten folgt die zweistellige Fehlernummer einer anwender- spezifischen Prüfung.

Felder, die zwingend numerisch sein müssen, werden generell entsprechend geprüft. Die Fehlerprüfung erscheint nicht in der Datenbeschreibung; die Fehlernummer ist aber im Fehlerkatalog aufgenommen.
Fehlernummer ab Dxxx900 deuten auf einen gleichzeitigen Abbruch der Fehlerprüfung hin (z. B. wegen eines Fehlers in der Satzlänge).
Die Fehlerprüfung wird nach mehr als 8 erkannten Fehlern abgebrochen. Auf diesen Sachverhalt wird mit der neunten Fehlernummer DSKN920 hingewiesen.

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

Fehlernummer			Text
Daten-satz/ -baustein	Nummer		
Stellen			
0000	000	0	01 2 3 4 5 6 7 7
1234	567	8	90 0 0 0 0 0 0 2
VOSZ	v01		KENNUNG ungleich VOSZ Im Feld Kennung des Vorlaufsatzes ist nur VOSZ zugelassen
VOSZ	v10		VERFAHRENSMERKMAL unzulässig Das Verfahrensmerkmal ist unzulässig
VOSZ	v20		ABSENDERNUMMER nicht zugelassen Der Absender ist nicht zum maschinellen Verfahren zugelassen
VOSZ	v30		EMPFAENGERNUMMER nicht zulässig. Die im Feld Empfängernummer angegebene Absendernummer des Empfängers entspricht nicht der Absendernummer des zulässigen Empfängers.
VOSZ	V32		EMPFAENGERNUMMER nicht zugelassen
VOSZ	v40		DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch Im Feld Datum-Erstellung sind nur numerische Zeichen zulässig
VOSZ	v44		DATUM-ERSTELLUNG logisch falsch/gegen Verarb.Datum fehlerhaft Das im Feld Datum-Erstellung angegebene Datum ist unlogisch, größer als das Verarbeitungsdatum oder liegt mehr als 6 Monate davor
VOSZ	v50		LFD-DATEI-NR nicht numerisch Im Feld Laufende-Datei-Nummer sind nur numerische Zeichen Zulässig
VOSZ	v52		LFD-DATEI-NR nicht lückenlos aufsteigend Die Laufende-Datei-Nummer ist nicht lückenlos aufsteigend
VOSZ	v70		VERSIONS-NR nicht numerisch Im Feld Versions-Nummer sind nur numerische Zeichen zulässig
VOSZ	v72		VERSIONS-NR nicht zugelassen Im Feld Versions-Nummer ist nur der Wert 01 zulässig
VOSZ	v99		Länge VOSZ falsch Für den Vorlaufsatz ist nur eine Länge von 105 Zeichen zulässig

Fehlernummer			Text
Daten-satz/ -baustein	Nummer		
Stellen			
0000	000	0	01 2 3 4 5 6 7 7
1234	567	8	90 0 0 0 0 0 0 2
DSKN	004		KENNUNG unzulässig für diesen Absender (VFMM im VOSZ) Die Kennung des Datensatzes (DSKN) weicht vom Verfahrensmerkmal aus dem Vorlaufsatz ab
DSKN	020		ABSENDERNUMMER fehlerhaft (Ziffer 1.3.2.2 Gem. Rundschreiben) Im Feld Absendernummer ist eine unzulässige Absendernummer angegeben
DSKN	030		EMPFAENGERNUMMER fehlerhaft (Ziffer 1.3.2.2 Gem. Rundschreiben)
DSKN	032		EPNR unzulässig
DSKN	040		VERSIONS-NR nicht numerisch Im Feld Versions-Nummer sind nur numerische Zeichen zulässig
DSKN	042		VERSIONS-NR nicht zugelassen Im Feld Versions-Nummer ist nur der Wert 02 zulässig
DSKN	050		DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch Im Feld Datum-Erstellung sind nur numerische Zeichen zulässig
DSKN	052		DATUM-ERSTELLUNG logisch falsch Das Feld Datum-Erstellung enthält ein unlogisches Datum
DSKN	054		DATUM-ERSTELLUNG größer Verarbeitungsdatum Das im Feld Datum-Erstellung angegebene Datum ist größer als das Verarbeitungsdatum
DSKN	056		DATUM-ERSTELLUNG (Uhrzeit) logisch falsch Die im Feld Datum-Erstellung angegebene Uhrzeit ist logisch falsch
DSKN	060		FEHLER-KZ nicht numerisch Im Feld Fehler-Kennzeichen sind nur numerische Zeichen zulässig

Fehlernummer			Text
Daten-satz/ -baustein	Nummer		
Stellen			
0000	000	0	01 2 3 4 5 6 7 7
1234	567	8	90 0 0 0 0 0 0 2
DSKN	062		FEHLER-KZ ungleich 0 – 1 Als Fehler-Kennzeichen sind nur die Werte 0 bis 1 zulässig
DSKN	070		FEHLER-ANZAHL nicht numerisch Im Feld Fehler-Anzahl sind nur numerische Zeichen zulässig
DSKN	072		FEHLER-ANZAHL ungleich 0, FEHLER-KZ gleich 0 Die Fehler-Anzahl ist nicht 0, obwohl das Fehler-Kennzeichen mit 0 gemeldet wird
DSKN	074		GD (Abgabegrund) nicht numerisch
DSKN	076		GD (Abgabegrund) unzulässig
DSKN	078		GD=05 nur zulässig, wenn SKZ = J
DSKN	082		VSNR unvollständig/enthält unzulässige Zeichen Das Feld Versicherungsnummer ist unvollständig oder enthält unzulässige Zeichen
DSKN	084		VSNR unzulässige Bereichsnummer Das Feld Versicherungsnummer enthält eine unzulässige Bereichsnummer
DSKN	086		VSNR (Geburtsdatum) unzulässig Das Feld Versicherungsnummer enthält ein unlogisches bzw. unzulässiges Geburtsdatum
DSKN	088		VSNR – Prüfziffer falsch Die Prüfziffer der im Feld Versicherungsnummer angegebenen Nummer ist falsch
DSKN	090		VSNR nur zulässig bei GD = 00, 01, 96, 97, 98.
DSKN	140		BBNR-KK enthält keine zul. Betriebsnummer (KKNR oder WL-Stelle)
DSKN	160		AZ-KK enthält keine druckbaren Zeichen. Es sind nur druckbare Zeichen zugelassen.

Fehlernummer			Text
Daten-satz/ -baustein	Nummer		
Stellen			
0000 1234	000 567	0 8	01 2 3 4 5 6 7 7 90 0 0 0 0 0 0 2
DSKN	180		Im Feld KV-NR bei GD 00, 01, 15 und 25 nur Grundstellung zulässig. Bei GD = 40 und 41 sowie 96 und 97 ist auch Grundstellung
DSKN	200		Feld KV-NR muss eine gültige KV- Nr. beinhalten
DSKN	210		Es sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig.
DSKN	214		Stellen 1-4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5-8 (Seriennummer) des “IK anfragende KK“ entsprechen
DSKN	220		Es sind nur Blank (Leerzeichen) oder „j“ zur Kennzeichnung einer Stornomeldung zulässig.
DSKN	224		Wenn DS-IDU gesetzt, darf bei GD = 01, 02 ,03 ,04 und 05 das Feld SKZ nicht leer sein:
DSKN	226		Bei Meldung GD = 00 sowie 40 und 41 ist nur Grundstellung zulässig.
DSKN	230		Es sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig.
DSKN	240		Im Feld IK anfragende KK sind nur numerische Zeichen zulässig.
DSKN	242		Die Prüfziffer der im Feld „IK anfragende KK“ angegebenen Nummer ist falsch.
DSKN	244		Bei Meldungen mit GD = 96, 97 und 98 ist nur Grundstellung zulässig.
DSKN	250		Im Feld KVNR Nutzungsbeginn/ende sind nur numerische Zeichen zulässig.
DSKN	252		Das Feld KVNR Nutzungsbeginn/ende enthält ein unlogisches Datum.
DSKN	254		Nur zulässig bei Meldung der Krankenkassen bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V mit GD = 01, 02, 03, 04, 05 und bei Meldung des Gesamtsystems KVNR GD = 23, 34 und 35.
DSKN	260		Im Feld IK letzte KVNR verwendende KK sind nur numerische Zeichen zulässig.
DSKN	262		Nur zulässig bei Meldung des Gesamtsystems KVNR mit GD = 23, 26, 27, 28, 32, 34, 35

DSKN	270		Fallkennzeichen ist nur zulässig bei GD = 23, 26, 27, 28, 32.
DSKN	272		Stellen 1-4 des Fallkennzeichens müssen „IKV-“ enthalten.
DSKN	910		Gesamtlänge DSKN einschließl. der angeh. Datenbausteine falsch.
DSKN	920		Datensatz enthält mehr als 9 Fehler. Prüfung abgebrochen.
DSKN	v01		KE (Kennung) ist ungleich „DSKN“
DSKN	v05		VF (Verfahren) ist ungleich „KNVER“
DSKN	v10		ABSENDERNUMMER unzulässig
DSKN	v50		FEHLER-KZ > 0, FEAN ungleich 1 bis 9
DSKN	v52		Fehleranzahl ungleich Anzahl Datenbausteine DBFE-Fehler
DSKN	v60		Die Datensatz ID muss im Gesamtsystem KVNR eindeutig sein und darf nicht mehrmals verwendet werden.
DSKN	v65		Die Datensatz-ID Ursprungsmeldung muss die Datensatz ID einer vorausgegangenen Meldung innerhalb des Gesamtsystems KVNR enthalten.

NCSZ

Fehlernummer			Text
Daten-satz/ -baustein	Nummer		
Stellen			
0000	000	0	01 2 3 4 5 6 7 7
1234	567	8	90 0 0 0 0 0 0 2
NCSZ	v01		KENNUNG ungleich NCSZ Im Feld Kennung des Nachlaufsatzes ist nur NCSZ zugelassen
NCSZ	v10		VERFAHRENSMERKMAL ungleich Inhalt im VOSZ Das Feld Verfahrensmerkmal muss identisch mit dem Feld Verfahrensmerkmal des Vorlaufsatzes sein
NCSZ	v20		ABSENDERNUMMER ungleich Inhalt im VOSZ Das Feld Absendernummer muss identisch mit dem Feld Absendernummer des Vorlaufsatzes sein
NCSZ	v30		EMPFAENGERNUMMER ungleich Inhalt im VOSZ Das Feld Empfängernummer muss identisch mit dem Feld Empfängernummer des Vorlaufsatzes sein
NCSZ	v40		DATUM-ERSTELLUNG ungleich Inhalt im VOSZ Das Feld Datum-Erstellung muss identisch mit dem Feld Datum-Erstellung des Vorlaufsatzes sein
NCSZ	v45		DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch Im Feld Datum-Erstellung sind nur numerische Zeichen zulässig
NCSZ	v50		LFD-DATEI-NR ungleich Inhalt im VOSZ Das Feld Laufende-Datei-Nummer muss identisch mit dem Feld Laufende-Datei-Nummer des Vorlaufsatzes sein
NCSZ	v55		LFD-DATEI-NR nicht numerisch Im Feld Laufende-Datei-Nummer sind nur numerische Zeichen zulässig
NCSZ	v60		ANZAHL-SAETZE fehlerhaft Die Angabe im Feld Anzahl Datensätze ist fehlerhaft, zulässig ist die Zahl der gezählten Datensätze ohne Vor- und Nachlaufsatz
NCSZ	v65		ANZAHL-SAETZE nicht numerisch Im Feld Anzahl Datensätze sind nur numerische Zeichen zulässig
NCSZ	v70		VERSIONS-NR nicht zugelassen Im Feld Versions-Nummer ist nur der Wert 01 zulässig
NCSZ	v75		VERSIONS-NR nicht numerisch Im Feld Versions-Nummer sind nur numerische Zeichen zulässig
NCSZ	v99		Länge NCSZ falsch, Abbruch Für den Nachlaufsatz ist nur eine Länge von 63 Zeichen zulässig

5 Tabelle der druckbaren Zeichen

Zeichen	Code nach DIN 66 003 DRV	Bezeichnung
" "	20	Leerzeichen
"!"	21	Ausrufungszeichen
""""	22	Anführungszeichen
"#"	23	Nummernzeichen
"$"	24	Dollar
"%"	25	Prozent
"&"	26	kommerzielles Und
"'"	27	Apostroph
"("	28	runde Klammer auf
")"	29	runde Klammer zu
"*"	2A	Stern
"+"	2B	plus
","	2C	Komma
"-"	2D	Bindestrich
"."	2E	Punkt
"/"	2F	Schrägstrich
"0" - "9"	30 - 39	Ziffern 0 – 9
":"	3A	Doppelpunkt
";"	3B	Semikolon
"<"	3C	kleiner als
"="	3D	gleich
">"	3E	größer als
"?"	3F	Fragezeichen
"§"	40	Paragraph
"A" - "Z"	41 – 5A	Großbuchstaben A – Z
"Ä"	5B	Großbuchstabe Ä
"Ö"	5C	Großbuchstabe Ö
"Ü"	5D	Großbuchstabe Ü
"^"	5E	Zirkumflex
"_"	5F	Unterstreichung
"`"	60	Gravis
"a" - "z"	61 – 7A	Kleinbuchstaben a – z
"ä"	7B	Kleinbuchstabe ä
"ö"	7C	Kleinbuchstabe ö
"ü"	7D	Kleinbuchstabe ü
"ß"	7E	scharfes ss

Alle anderen Codierungen werden durch Leerstelle (X'20) ersetzt.

Spitzenverband

Übergangsverfahren zum Informationsaustausch im Clearing-Verfahren KVNR zwischen Krankenkassen

Anlage 05a der Richtlinie nach § 290 SGB V

Autor:	GKV-Spitzenverband
Stand:	20.09.2022
Version:	0.5

Inhalt

1. Überblick zum Übergangsverfahren KVNR-Clearing 3
2. KVNR-Clearingprozess im Übergangsverfahren 4
3. Zeitplan für die Durchführung des Übergangsverfahrens 5
3.1 Beginn der Durchführung des Übergangsverfahrens 5
3.2 Beendigung der Durchführung des Übergangsverfahrens 5

1. Überblick zum Übergangsverfahren KVNR-Clearing

Mit der Aufnahme des Regelbetriebs des Krankenversichertennummernverzeichnisses (KVNR-VZ) gemäß der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V und den Regelungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses nach § 291a Absatz 5e SGB V ist im Rahmen des KVNR-Clearings das Verfahren zum Informationsaustausch (Kapitel 7.3 der Richtlinie/ Anlage5b) durchzuführen. Da die Umsetzung eines neuen Datenaustauschverfahrens bis zum Zeitpunkt der geplanten Inbetriebnahme des KVNR-VZ nicht durch alle Krankenkassen realisierbar ist, wird für die Durchführung des KVNR-Clearings ein Übergangsverfahren benötigt.

Um Aufwände zu minimieren, soll als Übergangsverfahren kein weiteres neues Verfahren eingerichtet werden. Stattdessen soll für den Informationsaustausch im Rahmen des KVNR-Clearings der GKVSecMailer des GKV-Spitzenverbandes genutzt werden. Beim GKVSec-Mailer handelt es sich um ein webbasiertes E-Mailprogramm, das den sicheren Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kassen innerhalb eines geschlossenen Mailservers ermöglicht und bereits beim Verfahren zur Initialisierung des Gesamtsystems KVNR (Anlage 4 der Richtlinie) genutzt wird.

Im Unterschied zum Initialisierungsvorgehen werden die clearingauslösenden Rückmeldungen dann nicht mehr von der ITSG GmbH versendet. Auslöser für das Verfahren sind nunmehr die Rückmeldungen des Gesamtsystems KVNR. Das Zusammenstellen und der Austausch der Versicherteninformationen obliegt vollständig den Krankenkassen. Daher unterscheidet sich der Clearingprozess im Übergangsverfahren sowohl vom Verfahren zur Initialisierung des Gesamtsystems KVNR gemäß Anlage 4, als auch vom Verfahren zum Informationsaustausch gemäß Anlage 5b der Richtlinie.

1.1 Gültigkeitszeitraum

Das in dieser Anlage 5a beschriebene Verfahren kommt im Zeitraum vom 01.01.2021 bis einschließlich zum 30.09.2022 zum Einsatz. Ab dem 01.10.2022 komm ein maschinelles Verfahren zum Datenaustausch zum Einsatz. Das maschinelle Verfahren ist Gegenstand der Anlage 5b. Die Vorgehensweise zum Wechsel auf das maschinelle Verfahren wird in Anlage 5b beschrieben werden.

2. KVNR-Clearingprozess im Übergangsverfahren

Der Clearingprozess im Übergangsverfahren stellt sich wie folgt dar:

1. Das Gesamtsystem KVNR gibt auf Grund eines Vergabeantrags einer Krankenkasse eine Meldung zurück, die einen Clearingfall auslöst.

   Voraussetzung: Die Kassen stellen gemeinsam mit ihren Datenannahme- und Verteilstellen (DAVen) sicher, dass die Sachbearbeitung der Krankenkasse die Rückmeldung des Gesamtsystem KVNR erhält.

2. Die Krankenkasse, die die clearingauslösende Meldung vom Gesamtsystem KVNR zurückerhalten hat, ist die federführende Kasse. Sie stellt die für das Clearing notwendigen Versicherteninformationen zusammen. Der/die zentrale oder, wenn vorhanden, dezentrale Ansprechpartner/in (ZAP) der federführenden Kasse schickt diese an einen Funktionskontakt (E-Mailsammelpostfach) der beteiligten Kasse im GKVSec-Mailer. Eine Übersicht der von den Kassen verwendeten Funktionskontakte/ E-Mailsammelpostfächer stellt der GKV-Spitzenverband im GKV-Dialog bereit.

   Für die Aufnahme des Erstkontaktes zwischen der federführenden und der beteiligten Krankenkasse ist ein einheitlicher E-Mailbetreff zu verwenden:

   <**KVNR-VZ**: **Name/Vorname des Versicherten - KVNR** >

   Im Rahmen der weiteren Fallbearbeitung ist für einen Folgeaustausch die Wahl des E-Mailbetreffes freigestellt.

   Voraussetzung: Zur Durchführung des Übergangsverfahrens benötigt jede Krankenkasse ein ausschließlich für das KVNR-Clearing eingerichtetes E-Mailsammelpostfach im GKVSec-Mailer für den Erstkontakt zwischen federführender und beteiligter Kasse. Sofern dieses im GKVSec-Mailer nicht bereits im Rahmen der Vorbereitung des Initialisierungsvorgehens angelegt wurde, erfolgt nach einer weiteren Abfrage bei den Kassen die Einrichtung der Benutzeraccounts für das Produktivverfahren durch den GKV-Spitzenverband. Bereits in der Initialisierunsphase genutzte Accounts können nachgenutzt werden, sind jedoch erneut anzugeben.

   Hinweis: Bei der Planung der für den Zugriff auf das E-Mailsammelpostfach zugreifenden Personenanzahl ist das durch ein manuelles oder automatisches Logout bewirkte Sessionende und die einhergehende Gefahr eines Datenverlustes mit zu berücksichtigen.

   Zudem ist bei der Verwendung von E-Mailsammelpostfächern auf einen verantwortungsvollen Umgang mit den Zugangsdaten zu achten und insbesondere bei

Zuständigkeitswechsel der Mitarbeiter sind Zugangspasswortänderungen durchzuführen.

3. Die beteiligte Kasse muss sicherstellen, dass die Anfrage der federführenden Kasse an die hausinterne Sachbearbeitung weitergeleitet wird. Die beteiligte Kasse verschickt durch den zentralen oder, sofern vorhanden, ebenfalls durch einen dezentralen Ansprechpartner, die für das Clearing notwendigen Versicherteninformationen an den Absender der federführenden Kasse zurück. Für die Bearbeitungen der Anfragen gelten die Bearbeitungszeiten gemäß Kapitel 7.4 der Richtlinie.

   Für das Übergangsverfahren werden keine Vorgaben bezüglich der Wahl der Dokumentenart und keine Feldvorgaben, für den Austausch zwischen den Kassen untereinander getroffen.

4. Im Weiteren erfolgt der Austausch zum KVNR-Clearing innerhalb des GKVSec-Mailers über die von den Kassen bekannt gemachten sachbearbeitenden Stellen.

5. Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht eine Übersicht zentraler Ansprechpartner/innen (ZAP) im GKV-Dialog für den Fall etwaiger Eskalationen unter den Krankenkassen. Die Kommunikation soll dabei lösungsorientiert ausschließlich unter den ZAPs erfolgen. Daten zu konkreten Einzelfallbearbeitungen sind nicht an die ZAPs zu übermitteln.

3. Zeitplan für die Durchführung des Übergangsverfahrens

3.1 Beginn der Durchführung des Übergangsverfahrens

Mit Inbetriebnahme des KVNR-VZ ist das Übergangsverfahren für den KVNR-Clearingprozess anzuwenden.

3.2 Beendigung der Durchführung des Übergangsverfahrens

Das Übergangsverfahren endet mit in Krafttreten des Verfahren zum Informationsaustausch gemäß Anlage 5b.

Verfahren zum Informationsaustausch im Clearing-Verfahren KVNR zwischen Krankenkassen sowie zwischen Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

Anlage 05b der Richtlinie nach § 290 SGB V

Autor: GKV-Spitzenverband

Stand: 20.09.2022

Version: 1.0

Inhalt

1. Allgemeines 3
1.1 Gültigkeit 3
2. Informationsaustausch im Clearing zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V 4
2.1 Rollen im Informationsaustausch 4
2.2 Ablauf des Informationsaustauschs im Clearing-Verfahren 4
2.3 Bearbeitungsfristen 6
2.3.1 Erinnerungsverfahren 6
3. Maschinelle Feststellung der Personengleichheit 7
4. Meldedaten für das Clearingverfahren 8
4.1 Übermittlung von Daten zur Durchführung des Clearingverfahrens 8
4.2 Datensatzbeschreibung 9
4.2.1 Sendungsheader 10
4.2.2 Sendungsbody – Verfahren 11
4.2.3 Sendungsbody – Verarbeitungsergebnis 22
5. Fehlerprüfungen und Fehlerverfahren 24
5.1 Parserfehler 24
5.2 Dateifehler 24
5.3 Kernprüfungen 25
6. Übermittlungsart und Datenstruktur 28
7. Anhang A – Normative Vorgaben zur Umsetzung europäischer Sonderzeichen 29
8. Anhang B – Migration vom manuellen auf das maschinelle Verfahren 30

1. Allgemeines

Das Krankenversichertennummernverzeichnis (KVNR-VZ) wird ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer (KVNR) verwendet. Zur Abwicklung der Prüfung von Doppelnutzungen einer KVNR wird ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V, der sogenannte Informationsaustausch im Clearingverfahren KVNR, eingeführt.

Nach Maßgabe der Richtlinie nach § 290 SGB V legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) u.a. die Inhalte des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V fest. Diese Verpflichtung wird mit der vorliegenden Verfahrensbeschreibung, die insbesondere den Aufbau der Datensätze und die notwendigen Schlüsselzahlen bestimmen, erfüllt. Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umsetzung des Datenaustauschs der Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V untereinander und umfasst die Regelungen des KVNR-Clearings.

Neben dem Prüfen von Daten, die für das eigentliche Prozedere des Clearingverfahrens relevant sind, ist eine anfragende Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V gegenüber der bisherigen Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zur Mitteilung der zum Clearingprozess erforderlichen Angaben verpflichtet. Welche Daten dies im Einzelnen sind, wird ebenfalls in der vorliegenden Verfahrensbeschreibung geregelt.

Mit der Aufnahme des Regelbetriebs des Krankenversichertennummernverzeichnisses (KVNR-VZ) gemäß der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und den darin enthaltenen Regelungen zum KVNR-VZ ist im Rahmen des KVNR-Clearings das Verfahren zum Informationsaustausch (Kapitel 7.3 der Richtlinie) durchzuführen.

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

1.1 Gültigkeit

Diese Verfahren sowie die zugehörigen Schemadefinitionen sind ab dem 01.10.2022 im Produktivbetrieb von allen Verfahrensbeteiligten einzusetzen. Die jeweils gültige Schema-Definition

kann vom gkv-datenaustausch.de abgerufen werden. Dort ist auch das jeweilige „Gültig ab“ Datum aufgeführt. Eine Schema-Version gilt immer solange, bis sie von einem Schema mit einer höheren Version abgelöst wird.

2. Informationsaustausch im Clearing zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

2.1 Rollen im Informationsaustausch

Am Informationsaustausch sind ausschließlich die am Clearing-Verfahren beteiligten beiden Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V involviert. Eine Krankenkasse bzw. ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V hat dabei die Rolle der federführenden Krankenkassen bzw. des federführenden Kostenträgers nach § 362 SGB V inne. Clearingpartnerin der federführenden Krankenkasse bzw. des federführenden Kostenträgers ist die „angefragte Krankenkasse bzw. angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V “.

2.2 Ablauf des Informationsaustauschs im Clearing-Verfahren

Der Informationsaustausch im KVNR-Clearingverfahren beginnt mit einer Initialmeldung durch die federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V und endet mit der Rückmeldung durch die angefragte Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V.

Die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V, die bzw. der auf eine Meldung an das Gesamtsystem eine entsprechende Negativmeldung erhalten hat, ist federführend. Die federführende Krankenkasse bzw. der federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V initiiert durch das Absetzen des Datensatzes das Clearing-Verfahren (Initialmeldung).
Die federführende Stelle übermittelt in einer Initialmeldung die für das Clearing notwendigen Versicherteninformationen an die angefragte Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V (s. hierzu Kapitel 4.1). Im Clearingprozess prüft die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V anhand des in Kapitel 3 beschriebenen Verfahrens mit Hilfe der bei ihr gespeicherten und der ihr übermittelten Daten, ob Personengleichheit vorliegt. Es kann nun zu folgenden Fallkonstellationen kommen:

Fall 1 – Feststellung, dass Personengleichheit vorliegt
Stellt die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V Personengleichheit fest, hat sie bzw. er entsprechend den Vorgaben der Richtlinie zu verfahren und das Nutzungsende an das Gesamtsystem KVNR zu melden. Eine Positiv-Rückmeldung an

die federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V ist erforderlich. Das Kennzeichen „Personengleichheit_festgestellt“ muss auf „J“ (Ja) gesetzt werden. Mit Ausnahme der VSNR und der KVNR sind die anderen personenbezogenen Daten der versicherten Person in Grundstellung zu übermitteln.
Nach Erhalt der Positiv-Rückmeldung und der Information im Datensatz über das Nutzungsende in dem Bestand der Vorgängerstelle kann die federführende Krankenkasse bzw. der federführende Kostenträger nach § 362 SGB V erneut eine Anfrage beim Gesamtsystem stellen. Die Abgabe einer maschinellen Rückmeldung ohne Vorprüfung in der Sachbearbeitung ist zulässig.

Fall 2 – Feststellung, dass Personengleichheit nicht vorliegt

Liegt keine Personengleichheit vor, wird mit der Rückmeldung eine Negativmeldung an die federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zurückgemeldet, die die vorliegenden Versicherteninformationen der angefragten Kasse zur KVNR enthält. Das Kennzeichen „Personengleichheit_festgestellt“ muss auf „N“ (Nein) gesetzt werden. In diesem Fall müssen die betroffenen Krankenkassen bzw. der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eine Änderung der zugrundeliegenden VSNR beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen (vgl. Richtlinie Kapitel 7.4).
Vor Abgabe der maschinellen Rückmeldung ist eine Prüfung in der Sachbearbeitung erforderlich.

Fall 3 – Eine abschließende Aussage zur Personengleichheit ist nicht möglich, es besteht weiterer Klärungsbedarf.

Es hat in jedem Fall eine Meldung zu erfolgen, da unklar ist, ob Personengleichheit vorliegt oder nicht. Das Kennzeichen „Personengleichheit_festgestellt“ muss in der Meldung auf „K“ (Klärungsbedarf) gesetzt werden. Zwischen der federführenden Kasse bzw. dem federführenden weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V und der angefragten Kasse bzw. dem angefragten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ist eine bilaterale Klärung außerhalb des maschinellen Verfahrens notwendig, bis als Ergebnis festgestellt wurde, ob Personengleichheit vorliegt oder nicht.
Vor Abgabe der maschinellen Rückmeldung ist eine Prüfung in der Sachbearbeitung erforderlich.

Fall 4 – Meldung erfolgte mittels Stillgelegter VSNR

Wird der angefragten Kasse bzw. dem angefragten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eine bereits als stillgelegte bekannte VSNR übermittelt, antwortet diese bzw. dieser mit „Personengleichheit_festgestellt“ = „S“ (Stillgelegt). Der Vorgang wird zu einem Clearing-Fall. Will

die federführende Kasse bzw. der federführende weitere Kostenträger nach § 362 SGB V das Clearing beginnen und zu diesem Zeitpunkt ist bereits eine Stilllegung mit Verweis erfolgt, wartet diese bzw. dieser zunächst die Rückmeldung der RV mit der neuen VSNR ab. Mit der VSNR wird erneut ein Vergabeantrag am Gesamtsystem gestellt, der wiederum einen Clearingfall auslöst.
Die Abgabe einer maschinellen Rückmeldung ohne Vorprüfung in der Sachbearbeitung ist zulässig

Mit der erfolgten Rückmeldung der angefragten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ist der Clearingprozess im Fall 1 beendet. In den Fällen 2, 3 und 4 ist eine weitere Bearbeitung erforderlich.

2.3 Bearbeitungsfristen

Die Bearbeitungsfristen werden in der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und Regellungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses nach § 290 SGB V beschrieben.

2.3.1 Erinnerungsverfahren

Die federführende Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V hat die Möglichkeit, die angefragte Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an ausstehende Fälle zu erinnern. Eine Erinnerung darf von der federführenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erst dann ausgelöst werden, wenn die Fristen gemäß Kapitel 7.2 der Richtlinie zuzüglich zwei Arbeitstage verstrichen sind, ohne dass eine Meldung der beteiligten Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V bei der federführenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eingegangen ist. Zwischen zwei Erinnerungen müssen mindestens vier Arbeitstage (Montag-Freitag) liegen. Eine Erinnerung über das maschinelle Verfahren ist nur zulässig, solange die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V noch keine Rückmeldung („Art_der_Meldung“ = „02“) an die federführende Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt hat bzw. die Rückmeldung nicht im Datenbestand der federführenden Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V eingegangen ist.

Um eine Erinnerung zu übermitteln, muss das Kennzeichen „Erinnerungsmeldung“ auf „J“ für Ja gesetzt sein. Ansonsten ist der Datensatz (mit Ausnahme von der Datensatz-ID) identisch zur Erstmeldung von der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V zu übermitteln.

Die Rückmeldung der angefragten Kassen an die federführende Kasse muss auch in diesem Fall für das Feld „Datensatz_ID_Ursprungsmeldung“ die Datensatz-ID der Initialmeldung enthalten. Die Nutzung der Datensatz-ID der Erinnerungsmeldungen als Datensatz_ID_Ursprungsmeldung bei der Rückmeldung ist nicht zulässig.

3. Maschinelle Feststellung der Personengleichheit

Zur maschinellen Feststellung der Personengleichheit müssen mindestens die in diesem Abschnitt genannten Merkmale identisch sein.

Ist eines der unten genannten Felder in der Meldung einer Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V gefüllt und in der Meldung der anderen beteiligten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nicht, gelten die Inhalte als ungleich. Die Feststellung der Personengleichheit auf maschinelle Weg schlägt in diesem Fall immer fehl.

Personengleichheit kann im maschinellen Verfahren festgestellt werden, wenn mindestens die folgenden personenidentifizierenden Merkmale vollständig identisch sind:

- Familienname
- Vorname
- Vorsatzwort
- Namenszusatz
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Laenderschlüssel des Wohnorts
- Postleitzahl
- Ort
- Straße
- Hausnummer
- Postfach

Zusätzlich zu den personenidentifizierenden Merkmalen müssen zur maschinellen Feststellung der Personengleichheit die folgenden Ordnungsbegriffe der Sozialversicherung identisch sein:

- VSNR inkl. Status (d.h. VSNR darf weder Still- noch Totgelegt sein)
- KVNR

Beim Vergleich der personenidentifizierenden Merkmale aus der Meldung der federführenden Krankenkassen bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V mit den bei ihr gespeicherten Daten muss folgendes Verfahren bei der angefragten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zur Anwendung kommen:

1. Schritt: Die angefragte Krankenkasse bzw. der angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V konvertiert die in der Meldung der federführenden Krankenkasse bzw. des federführenden Kostenträgers nach § 362 SGB V sowie die bei ihr gespeicherten Daten folgendermaßen und führt den Vergleich durch:
    a. Alle Buchstaben in alphanumerischen Feldern werden in Großbuchstaben konvertiert.
    b. Die folgenden Zeichen werden aus alphanumerischen Feldern entfernt:
        i. Bindestrich - (0x2D)
        ii. Hochkomma/ Apostroph ' (0x27)
        iii. Komma , (0x2C)
        iv. Klammer () (0x28 und 0x29)
        v. Punkt . (0x2E)
        vi. Schrägstrich / (0x2F)
        vii. Und-Zeichen & (0x26)
        viii. Anführungszeichen oben " (0x22, ‚Anführungszeichen unten' ist in ISO 8859-1 nicht vorhanden.
    c. Umlaute und europäische Sonderzeichen in alphanumerischen Feldern werden nach den Vorgaben von Anhang A dieser Anlage in Zeichen von A-Z konvertiert

    Wird eine Übereinstimmung festgestellt, endet der Prozess mit Fall 1
2. Schritt: Die angefragte Krankenkasse bzw. der angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V ermittelt, ob Fall 1, 2, 3 oder 4 vorliegt und erzeugt die entsprechende Rückmeldung an die federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V .

4. Meldedaten für das Clearingverfahren

4.1 Übermittlung von Daten zur Durchführung des Clearingverfahrens

Im Einzelnen sind folgende fachliche Angaben durch die Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V auszutauschen:

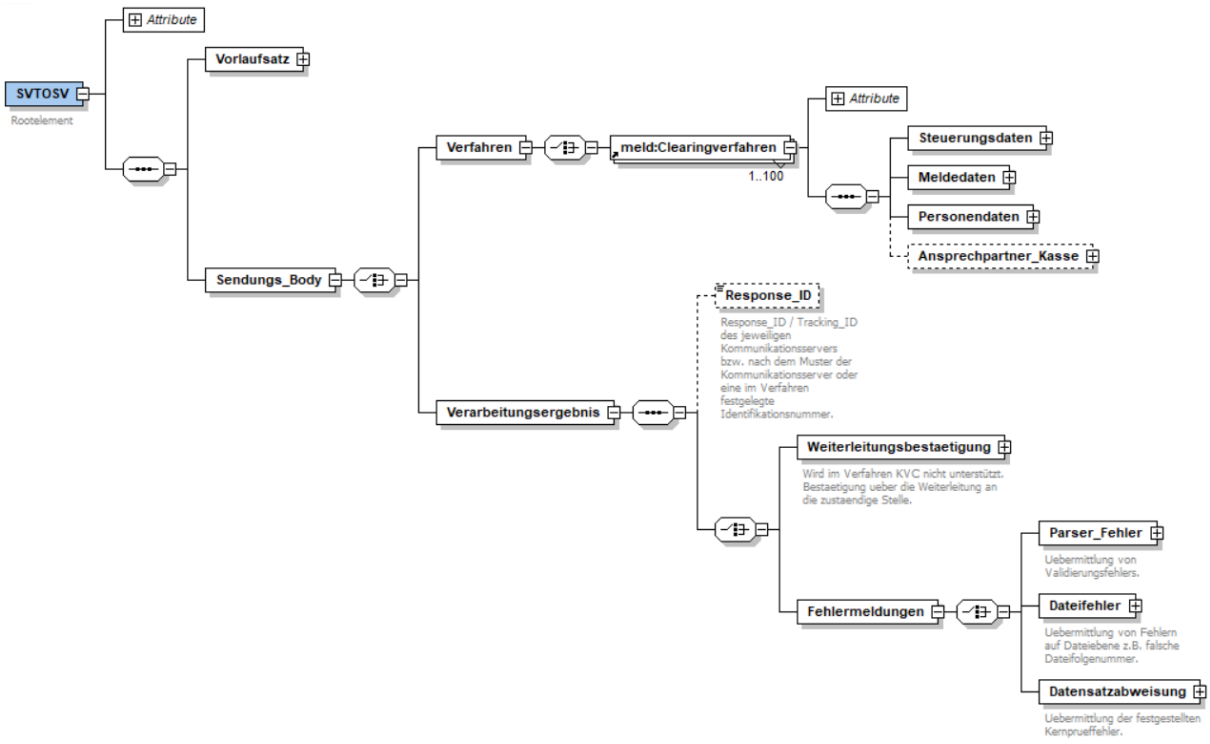
Hinweis: Die der federführenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V bekannten Informationen sind vollständig zu befüllen, so dass der Datensatz aus Sicht der den

Datensatz erstellenden Krankenkasse bzw. aus Sicht des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V so umfassend wie möglich ist.

Für den Fall, dass die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V die Personengleichheit feststellt, müssen die in der Datensatzbeschreibung entsprechend gekennzeichneten Felder in Grundstellung übermittelt werden. In allen anderen Fällen muss die angefragte Krankenkassen bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V die Felder entsprechend der dort vorliegenden Informationen aus dem eigenen Bestand vollständig befüllen und an die federführende Krankenkasse bzw. dem federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V übermitteln. Liegen der angefragten Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V für ein Feld keine Informationen vor, ist das Feld in Grundstellung zu übermitteln.

4.2 Datensatzbeschreibung

Die Datensatzbeschreibung findet Eingang im normativ zu nutzenden XML-Schemadateisatz KVNR-Clearing_20220303_V1.0.0.zip und entspricht folgendem Aufbau.



Es sind bis zu 100 Sätze im Clearingverfahren je Datei zulässig. Die Fälle sind je empfangender Stelle bis zur maximalen Anzahl der Fälle zu bündeln. Bei Überschreitung der maximalen Satzanzahl sind mehrere Dateien zu übermitteln.

Zeichendarstellung:
an = alphanumerisches Feld
n = numerisches Feld
M = Mussangabe
m = bedingte Mussangabe

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.

4.2.1 Sendungsheader

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
01	**1**								**SVTOSV**	**Rootelement**				
02		2							Versionsnummer	Zulässig ist nur eine Version im Format n.n.n Zulässig ist nur der Wert 2.0.0	M	M	an	005
03		**2**							**Vorlaufsatz**					
04			3						Verfahrensmerkmal	**KVC** Zulässig ist nur der Wert "KVC". **Fehlernummer: DSKCv10**	M	M	an	003
05			3						Absendernummer	Die Absendernummer welche der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer entspricht, ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 DEÜV-Rundschreiben zu prüfen. **Fehlernummer: DSKCv15**	M	M	an	008
06			3						Empfaengernummer	Die Empfängernummer welche der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer entspricht, ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 DEÜV-Rundschreiben zu prüfen. **Fehlernummer: DSKCv20**	M	M	an	008

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-führende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Empfängernummer muss eine BBNR bzw. gesonderte Absendernummer der annehmenden Stelle sein **Fehlernummer: DSKCv25**				
07			3						Datum_Erstellung	Datum im Format **YYYY-MM-DDThh:mm:ss** Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum und nicht kleiner als das Verarbeitungsdatum minus 6 Monate sein. **Fehlernummer: DSKCv30**	**M**	**M**	**an**	**019**
08			3						Dateifolgenummer	Prüfung, ob es sich um eine zulässige Dateifolgenummer handelt (lückenlos aufsteigend je Annahmestelle). **Fehlernummer: DSKCv40**	M	M	n	006
09			**3**						**Vollzaehligkeit**	**(keine Anwendung im KVC-Verfahren)**				
10				4					Lieferungsnummer	Angabe um welche Datei der Gesamtlieferung es sich handelt: 1 – 999999	m	m	n	006
11				4					Anzahl_Gesamt	Anzahl der insgesamt zu übermittelnden Dateien 1 – 999999	m	m	n	006

276

277 **4.2.2 Sendungsbody – Verfahren**

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-führende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
12		**2**							**Sendungsbody**					
13			**3**						**Verfahren**					
14				**4**					**Clearingverfahren**	**Datenfeldgruppe**				
15					5				Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes im Format n.n.n Zulässig ist nur der Wert 1.0.0 **Fehlernummer: DSKC200**	M	M	an	005
16					**5**				**Steuerungsdaten**	**Datenfeldgruppe**				

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
17						6			Absendernummer	Dabei handelt es sich um die Absendernummer der absendenden Stelle. Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ ” in der gültigen Fassung zu prüfen. **Fehlernummer: DSKC210**	M	M	an	008
18						6			Absenderkennzeichen	Durch meldungserstellende KK bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zu befüllen. Zulässig sind: **GKV/PKV**	M	M	an	003
19						6			Empfaengernummer	In diesem Feld ist die Absendernummer der zustaendigen Stelle einzutragen. Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ ” in der gültigen Fassung zu prüfen. **Fehlernummer: DSKC212** Bei der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer muss es sich um eine an die DAV angeschlossene Stelle handeln. **Fehlernummer: DSKCv50**	M	M	an	008
20						6			Datum_Erstellung	Angabe des Erstelldatums der Meldung. **Format: YYYY-MM-DDThh:mm:ss**	M	M	an	019

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
21						6			Datensatz_ID	Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller (DS-ID). Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig. **Fehlernummer: DSKC220** Stellen 1-4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5-8 (Seriennummer) des IK der meldenden Stelle entsprechen. **Fehlernummer: DSKC225**	M	M	an	032
22						6			Datensatz_ID_Ursprungsmeldung	Datensatz_ID der Ursprungsmeldung (DS-IDU) Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig. **Fehlernummer: DSKC230** Nur zulässig bei Art der Meldung = 02 mit Bezug zur Datensatz_ID (AdM = 01) **Fehlernummer: DSKC240**		M	an	032
23					**5**				**Meldedaten**	**Datenfeldgruppe**				
24						6			Art_der_Meldung	Art der Meldung (AdM) **01 - Initialmeldung KVNR-Clearing** **02 - Rückmeldung KVNR-Clearing**	M	M	an	**02**
25						6			Erinnerungsverfahren	**J für Ja** **N für Nein** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 dann nur ‚N‘ zulässig. Es gilt Kapitel 2.3.1 **Fehlernummer: DSKC310**	M	M	an	01

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
26						6			IK_federfueh-rende_Kranken-kasse	Haupt-IK der Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V **nnnnnnnnn** Die letzte Ziffer des Institutions-kennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rund-schreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. **Fehlernummer: DSKC320**	M	M	an	009
27						6			IK_ange-fragte_Kranken-kasse	Haupt-IK der Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V **nnnnnnnnn** Die letzte Ziffer des Institutions-kennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rund-schreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. **Fehlernummer: DSKC325**	M	M	an	009
28						6			KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V **[A-Z]nnnnnnnn** Es ist nur eine gültige Krankenver-sichertennummer zulässig. Prüfzifferberechnung siehe Anlage 1 der „Richtlinie zum Aufbau und Verfahren zur Vergabe einer Kran-kenversichertennummer nach § 290 SGB V“. **Fehlernummer: DSKC330**	M	M	an	010
29						6			KVNR_Nutzungs-beginn	Durch federführende Stelle zu übermitteln. **jhjj-mm-tt (Datum)**	M		an	010

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
30						6			KVNR_Nutzungs-ende	**jhjj-mm-tt (Datum)** Nur durch angefragte Stelle zu übermitteln, wenn Personengleich-heit = J und GD_Gesamtsys-tem_KVNR = 27 vorliegt **Fehlernummer: DSKC340**		m	an	010
31						6			GD_Gesamt-system_KVNR	Abgabegrund (GD) entsprechend der Richtlinie nach § 290 SGB V ein Wert aus der Liste 23, 26, 27, 28. Meldungen mit Art_der_Meldung = 02 müssen den Wert „GD_Gesamt-system_KVNR“ aus der Meldung mit Art_der_Meldung = 01 enthalten. **nn**	M	M	n	002
32						6			FKZ_Gesamt-system_KVNR	Fallkennzeichen vom Gesamtsys-tem KVNR vergeben **IKV-nnnnnnnnnnnn**	M	M	an	016
33					**5**				**Personendaten**	**Datenfeldgruppe**				
34						6			Vorname	gemäß Vorgaben der DEÜV Vorname des Versicherten Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC410**	m	m	an	030
35						6			Familienname	gemäß Vorgaben der DEÜV Familienname des Versicherten Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC412**	m	m	an	030
36						6			Geschlecht	gemäß Wertetabellen DEÜV Geschlecht des Versicherten **M = männlich** **W = weiblich** **X = unbestimmt** **D = divers**	m	m	an	001

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer: DSKC413** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC414**				
37						6			Vorsatzwort	gemäß Wertetabellen DEÜV gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rund-schreibens "Meldeverfahren zur Sozi-alversicherung“ Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer. DSKC415** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC416**	m	m	an	020
38						6			Namenszusatz	gemäß Wertetabellen DEÜV Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer. DSKC417** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC418**	m	m	an	020
39						6			Titel	gemäß Vorgaben DEÜV Titel (z.B. Dr., Prof.) des Versicher-ten Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig:	m	m	an	020

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Fehlernummer: DSKC420				
40						6			Geburtsdatum	gemäß Vorgaben der DEÜV Geburtsdatum des Versicherten **jjjj-mm-tt zulässig sind auch jjjj-mm-00 oder jjjj-00-00** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC422**	m	m	an	010
41						6			Geburtsname	gemäß Vorgaben der DEÜV Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC424**	m	m	an	030
42						6			Geburtsort	gemäß Vorgaben der DEÜV Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC426**	m	m	an	034
43						6			Geburtsland	Verwendung des Staatsangehörig-keitsschlüssel (SASC) gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversiche-rung“ (z.B. „000“ für Deutschland) Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer. DSKC427** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC428**	m	m	an	003
44						6			Staatsangehoerig-keit	Verwendung des Staatsangehörig-keitsschlüssel (SASC) gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversiche-rung“ (z.B. „000“ für Deutschland) **nnn**	m	m	an	003

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer. DSKC429** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC430**				
45						6			Postleitzahl	gemäß Vorgaben der DEÜV Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen An-schriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein) Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC432**	m	m	an	010
46						6			Ort	gemäß Vorgaben der DEÜV Wohnort des Mitgliedes Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC434**	m	m	an	034
47						6			Postfach	gemäß Vorgaben der DEÜV Postfach des Versicherten Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC436**	m	m		010
48						6			Laenderkennzei-chen	Länderkennzeichen (LDKZ) des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rund-schreibens " Meldeverfahren zur Sozialversicherung" (z.B. „D“ für Deutschland)	m	m	an	003

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Der angegebene Wert ist unzulaessig. **Fehlernummer. DSKC437** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC438**				
49						6			Strasse	gemäß Vorgaben der DEÜV Straße des Versicherten Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC440**	m	m	an	033
50						6			Hausnummer	gemäß Vorgaben der DEÜV Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC442**	m	m	an	009
51						6			Adresszusatz	gemäß Vorgaben der DEÜV Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: **Fehlernummer: DSKC444**	m	m	an	040
52						6			VSNR	Versicherungsnummer der betref-fenden Person in der Form: **bbttmmjjassp** Prüfung auf Vollständigkeit und zulässige Zeichen. Im numerischen Teil (Stellen 1-8 und 10-12) sind nur Ziffern und für den Anfangs-buchstaben des Namens (Stelle 9) nur ein Großbuchstabe (ohne Um-laute) zugelassen. **Fehlernummer: DSKC450**	M	M	an	012

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										Die Bereichsnummer (Stellen 1-2) ist auf Zulässigkeit zu prüfen. Zulässig sind die Nummern „02“ - „04“, „08“ - „21“, „23“ - „26“, „28“, „29“, „38“, „39“, „42“ - „44“, „48“ - „61“, „63“ - „66“, „68“, „69“, „78“ - „82“ oder „89“. **Fehlernummer: DSKC460** Das Geburtsdatum muss grundsätzlich logisch richtig sein. Zum Aufbau des Geburtsdatums siehe Gemeinsames Rundschreiben “Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung” in der gültigen Fassung. **Fehlernummer: DSKC470** Die letzte Ziffer der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer der Versicherungsnummer wird wie folgt gebildet: Der Buchstabe wird durch eine zweistellige Zahl ersetzt, welche die Position des Buchstabens im Alphabet (01 bis 26) kennzeichnet. Die Ziffern der damit zwölfstelligen Nummer werden an der ersten Stelle beginnend - mit den Faktoren 2, 1, 2, 5, 7, 1, 2, 1, 2, 1, 2 und 1 multipliziert. Von den Produkten werden die Quersummen gebildet. Die Quersummen werden addiert. Die Summe wird durch 10 dividiert. Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer. Die zweistellige Verschlüsselung des Buchstabens wird				

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-füh-rende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
										wieder durch den Buchstaben ersetzt; die Versicherungsnummer besteht damit aus elf Informationsstellen und einer Prüfziffer, zusammen zwölf Stellen. **Fehlernummer: DSKC480**				
53						6			Personengleichheit_festgestellt	**J für Ja (Fall1)** **N für Nein (Fall 2)** **K für Klärungsbedarf (Fall 3)** **S für Stillgelegt (Fall 4)** Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 muss das Feld gefüllt sein, ansonsten ist nur Grundstellung zulässig. **Fehlernummer: DSKC490**		M	an	001
54					**5**				**Ansprechpartner_Kasse**					
55						6			Ansprechpartner_Vorname	Ansprechpartner der Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ =“J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. **Fehlernummer: DSKC510**	M	m	an	030
56						6			Ansprechpartner_Nachname	Ansprechpartner der Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ =“J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. **Fehlernummer: DSKC512**	M	m	an	030
57						6			Ansprechpartner_Telefonnummer	Telefonnummer des Ansprechpartners – Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V	M	m	an	020

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
										Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ =“J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. **Fehlernummer: DSKC514**				

278

279 ### 4.2.3 Sendungsbody – Verarbeitungsergebnis

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
12			**3**						**Verarbeitungsergebnis**					
13				4					Response_ID	Response_ID / Tracking_ID des jeweiligen Kommunikationsservers bzw. nach dem Muster der Kommunikationsserver oder eine im Verfahren festgelegte Identifikationsnummer.	m	m	an	023
14				**4**					**Weiterleitungsbestätigung**	**(keine Anwendung im KVC-Verfahren)**				
15					5				Dateifolgenummer_Original	Dateifolgenummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006
16				**4**					**Fehlermeldungen**					
17					5				Parser_Fehler	**Datenfeldgruppe zur Übermittlung von Validierungsfehlern**				
18						6			Fehlertext_Parser	Übermittlung des Fehlertextes bei der Validierung des Schemas.	m	m		1000
19					**5**				**Dateifehler**	**Datenfeldgruppe zur Übermittlung von Fehlern auf Dateiebene**				
20						6			Dateifolgenummer_Original	Dateifolgenummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006
21						**6**			**Fehlercode**	**Datenfeldgruppe**				
22							7		Fehlernummer	Wert aus der Spalte „Fehlernummer“ gemäß Tabelle im Kapitel 5.1	m	m	an	007
23							7		Fehlertext	Zur Fehlernummer gehörender Wert aus der Spalte „Fehlertext“ gemäß Tabelle in Kapitel 5.1	m	m	an	064

Z#	Ebene								Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder-führende Kasse	ART ange-fragte Kasse	Typ	Länge
24					**5**				**Datensatzabwei-sung**	**Datenfeldgruppe zur Übermittlung der festgestellten Kernprüffehler**				
25						6			Dateifolgenum-mer_Original	Dateifolgenummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006
26						**6**			**Kernpruefung**	**Datenfeldgruppe**				
27							7		Datensatz_ID	Datensatz_ID der fehlerhaften Mel-dung.	m	m	an	032
28							7		BBNR	Absendernummer aus dem fachlichen Datensatz.	m	m	an	008
29							**7**		**Fehlercode**	**Datenfeldgruppe**				
30								8	Fehlernummer	Fehlernummer der Kernprüfung	m	m	an	007
31								8	Fehlertext	Fehlertext der Kernprüfung	m	m	an	064

280

281

5. Fehlerprüfungen und Fehlerverfahren

Eine Schemavalidierung ist vor Übertragung der Datei von der absendenden und vor Verarbeitung der Datei von der annehmenden Krankenkasse bzw. von dem annehmenden Kostenträger nach § 362 SGB V durchzuführen. Im Falle von Fehlern bei der Schemavalidierung darf kein Versand erfolgen. Dateien mit fehlerhaftem Schema müssen von der annehmenden Krankenkasse bzw. dem annehmenden Kostenträger nach § 362 SGB V abgelehnt werden. Sie dürfen nicht weiterverarbeitet werden.

5.1 Parserfehler

Um dem Ersteller der Nachricht das Auffinden des Fehlers zu erleichtern, ist bei einer Annahmeverweigerung auf Grund einer fehlgeschlagenen Schemavalidierung der Parser-Fehlertext zu übermitteln.

Fehlertext	Art der Prüfung
Es ist der Fehlertext des Parsers zu übermitteln	XSD-Validierung

5.2 Dateifehler

Zudem können Dateifehler mit folgenden V-Fehler auftreten. Diese müssen individuell bei der Datenannahme abgefangen werden. Sie werden über die in Kapitel 4.2 beschriebene Fehlerstruktur zurückgemeldet.

Fehlernummer	Fehlerlangtext Fehlerkurztext	Art der Prüfung
DSKCv10	Das Verfahrensmerkmal ist ungültig.	V-Fehler
DSKCv15	Absendernummer fehlerhaft.	V-Fehler
DSKCv20	Empfaengernummer fehlerhaft.	V-Fehler
DSKCv25	Empfängernummer muss BBNR der annehmenden Stelle sein.	V-Fehler
DSKCv30	Erstellungsdatum falsch.	V-Fehler
DSKCv40	Dateifolgenummer falsch.	V-Fehler
DSKCv50	Betriebsnummer der Stelle nicht an DAV angeschlossen.	V-Fehler

5.3 Kernprüfungen

Es sind Kernprüfungen durchzuführen. Es gelten die Vorgaben in Kapitel 4 bzgl. der durchzuführenden Art der Prüfung.

Fehlernummer	Fehlerlangtext Fehlerkurztext	Art der Prüfung
DSKC200	Zulässig ist nur der Wert 1.0.0	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC210 DSKC212	Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ ” in der gültigen Fassung zu prüfen. Die Betriebsnummer ist unzulaessig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC220 DSKC230	Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig. Verwendung unzulaessiger Zeichen.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC225	Stellen 1-4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5-8 (Seriennummer) des IK der meldenden Stelle entsprechen. Stellen 1-4 der Datensatz-ID sind unzulaessig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC240	Nur zulässig bei Art der Meldung = 02 mit Bezug zur Datensatz_ID (AdM = 01) DS-IDU nur bei AdM=02 zulaessig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC310	Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 dann nur ‚N‘ zulässig. Wenn AdM=02, dann nur N zulaessig.	Kernprüfung Meldedaten
DSKC320 DSKC325	Die letzte Ziffer des Institutionskennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer des Institutionskennzeichens ist falsch.	Kernprüfung Meldedaten
DSKC330	Es ist nur eine gültige Krankenversichertennummer zulässig. Prüfzifferberechnung siehe Anlage 1 der „Richtlinie zum Aufbau und Verfahren zur Vergabe einer Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V“. Feld KVNR muss eine gültige Krankenversichertennummer beinhalten.	Kernprüfung Meldedaten

DSKC340	Nur durch angefragte Stelle zu übermitteln, wenn Personengleichheit = J und GD_Gesamtsystem_KVNR = 27 vorliegt. Nur zu übermitteln, wenn Personengleichheit = J und GD = 27.	Kernprüfung Meldedaten
DSKC410 DSKC412 DSKC414 DSKC416 DSKC418 DSKC420 DSKC422 DSKC424 DSKC426 DSKC428 DSKC430 DSKC432 DSKC434 DSKC436 DSKC438 DSKC440 DSKC442 DSKC444	Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: Es ist nur Grundstellung zulaessig.	Kernprüfung Personendaten
DSKC413 DSKC415 DSKC417 DSKC427 DSKC429 DSKC437	Der angegebene Wert ist unzulaessig. Wert ist unzulaessig.	Kernprüfung Personendaten
DSKC450	Prüfung auf Vollständigkeit und zulässige Zeichen. Im numerischen Teil (Stellen 1-8 und 10-12) sind nur Ziffern und für den Anfangsbuchstaben des Namens (Stelle 9) nur ein Großbuchstabe (ohne Umlaute) zugelassen. VSNR unvollständig/enthält unzulaessige Zeichen	Kernprüfung Personendaten
DSKC460	Die Bereichsnummer (Stellen 1-2) ist auf Zulässigkeit zu prüfen. Zulässig sind die Nummern „02“ - „04“, „08“ - „21“, „23“ - „26“, „28“, „29“, „38“, „39“, „42“ - „44“, „48“ - „61“, „63“ - „66“, „68“, „69“, „78“ - „82“ oder „89“. VSNR unzulaessige Bereichsnummer	Kernprüfung Personendaten

DSKC470	Das Geburtsdatum muss grundsätzlich logisch richtig sein. Zum Aufbau des Geburtsdatums siehe Gemeinsames Rundschreiben "Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung" in der gültigen Fassung. VSNR (Geburtsdatum) unzulaessig	Kernprüfung Personendaten
DSKC480	Die letzte Ziffer der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer der Versicherungsnummer wird wie folgt gebildet: Der Buchstabe wird durch eine zweistellige Zahl ersetzt, welche die Position des Buchstabens im Alphabet (01 bis 26) kennzeichnet. Die Ziffern der damit zwölfstelligen Nummer werden an der ersten Stelle beginnend - mit den Faktoren 2, 1, 2, 5, 7, 1, 2, 1, 2, 1, 2 und 1 multipliziert. Von den Produkten werden die Quersummen gebildet. Die Quersummen werden addiert. Die Summe wird durch 10 dividiert. Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer. Die zweistellige Verschlüsselung des Buchstabens wird wieder durch den Buchstaben ersetzt; die Versicherungsnummer besteht damit aus elf Informationsstellen und einer Prüfziffer, zusammen zwölf Stellen. VSNR - Pruefziffer falsch	Kernprüfung Personendaten
DSKC490	Wenn „Art_der_Meldung" = 02 muss das Feld „Personengleichheit_festgestellt" gefüllt sein, ansonsten ist nur Grundstellung zulässig. Wenn AdM=02, muss Feld gefuellt sein, sonst nur Grundstellung zulaessig.	Kernprüfung Personendaten
DSKC510 DSKC512 DSKC514	Wenn „Art_der_Meldung" = „02" und „Personengleichheit_festgestellt" ="J" nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. Nur bei AdM=02 und Personengleichheit=J Grundstellung zulaessig.	Kernprüfung Ansprechpartner_Kasse

307

308

6. Übermittlungsart und Datenstruktur

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch eine gesicherte und verschlüsselte sftp-Datenübertragung (nach Vorgaben „Gemeinsame Grundsätze Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß §95 SGB IV“) über die etablierten Wege durch die Datenannahme- und -weiterleitungsstellen in der direkten, unmittelbaren Kommunikation der Krankenkassen und weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V miteinander. Die federführende Krankenkasse und die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V kommunizieren auf diesem Weg direkt mit der angefragten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Das Gesamtsystem KVNR ist am Informationsaustausch nicht beteiligt. Der Datenaustausch im KVC-Verfahren innerhalb der GKV folgt dem Muster der Verfahrens FAMI, KVKV sowie KWR. Somit sind die DAVen auch im KVC-Verfahren eingebunden.
Grundlage ist die Übertragung per KKS mit Auftragssatz als flache Datei sowie die Nutzdatei als xml-Datei.

Für den xml-Datenaustausch zwischen Krankenkassen und den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V werden Vorgaben aus anderen xml-Verfahren mit einem einheitlichen Header verwendet. Der xml-Header enthält einen Vorlaufsatz. Der xml-Body enthält die Daten für das Clearingverfahren sowie das Fehlerverfahren. Das in dieser Anlage genannte XML-Schema ist verbindlich zu nutzen.
Die zu übermittelnden XML-Dateien dürfen ausschließlich im Encoding ISO-8859-1 erstellt werden.

7. Anhang A – Normative Vorgaben zur Umsetzung europäischer Sonderzeichen

Sonderzeichen		Abbildung auf	
Buchstabe	Code-Punkt		Code-Punkt(e)
À	0xc0	A	0x41
Á	0xc1	A	0x41
Â	0xc2	A	0x41
Ã	0xc3	A	0x41
Ä	0xc4	AE	0x410x45
Å	0xc5	AA	0x410x41
Æ	0xc6	AE	0x410x45
Ç	0xc7	C	0x43
È	0xc8	E	0x45
É	0xc9	E	0x45
Ê	0xca	E	0x45
Ë	0xcb	E	0x45
Ì	0xcc	I	0x49
Í	0xcd	I	0x49
Î	0xce	I	0x49
Ï	0xcf	I	0x49
Ð	0xd0	D	0x44
Ñ	0xd1	N	0x4E
Ò	0xd2	O	0x4F
Ó	0xd3	O	0x4F
Ô	0xd4	O	0x4F
Õ	0xd5	O	0x4F
Ö	0xd6	OE	0x4F0x45
Ø	0xd8	OE	0x4F0x45
Ù	0xd9	U	0x55
Ú	0xda	U	0x55
Û	0xdb	U	0x55
Ü	0xdc	UE	0x550x45
Ý	0xdd	Y	0x59
Þ	0xde	TH	0x540x48
ß	0xdf	SS	0x530x53
ÿ	0xFF	Y	0x59

8. Anhang B – Migration vom manuellen auf das maschinelle Verfahren

Der Wechsel vom Verfahren nach Anlage 5a auf das in dieser Anlage beschriebene Verfahren findet zu dem in Kapitel 1.1 beschriebenen Zeitpunkt statt. Alle bis zu diesem Zeitpunkt nach Anlage 5a begonnen Verfahren müssen in dem Verfahren nach Anlage 5a abgeschlossen werden, d.h. der GKVSecMailer ist für die bezeichneten Fälle bis zu deren Abschluss zu verwenden. Eine Migration der Fälle in das maschinelle Verfahren wird nicht durchgeführt. Für alle ab dem in Kapitel 1.1 genannten Zeitpunkt auftretenden Fälle ist das maschinelle Verfahren durchzuführen.

Spitzenverband

Konzept zur Identifizierung auslösender Meldesachverhalte zur Abgabe von Meldungen ‚Vergabeantrag' und Meldungen ‚Nutzungsende'

Anlage 06 der Richtlinie nach § 290 SGB V

Autor:	GKV-Spitzenverband
Stand:	20.09.2022
Version:	Version 0.4

Inhalt

1. Allgemeines 3
2. Kassenwechsel im Rahmen einer Kündigung/Sonderkündigung (GKV) 4
3. Kassenwechsel bei einem sofortigen Wahlrecht (GKV) 5
4. Kassenwechsel unter Berücksichtigung der Fami-Meldegrundsätze (GKV) 6
5. Kassenwechsel im Familienverbund (GKV) 7
6. Meldungen bei Verbleib bei der bisherigen Kasse (GKV) 8
7. Sachverhalt zum überschneidenden Nutzungsbeginn (GKV/PKV) 9
8. Beispiele 10
8.1 Beispiele zu Kapitel 2 10
8.2 Beispiele zu Kapitel 3 11
8.3 Beispiel zu Kapitel 6 12
8.4 Beispiel zu Kapitel 7 13

1. Allgemeines

Ziel der nachfolgenden Beschreibung ist es, für alle Krankenkassen einheitliche Meldezeitpunkte für die Meldungen Nutzungsende und Vergabeantrag festzulegen und abzustimmen. Das beschriebene Verfahren hat zum Ziel, die Anzahl der Clearingfälle und die Anzahl der auszutauschenden Meldungen möglichst gering zu halten. Das Konzept macht wegen der Unterschiede der von den Krankenkassen eingesetzten Software-Systeme keine Vorgaben dazu, welche Anteile maschinell oder aber auf anderem Wege umzusetzen sind. Die jeweilige Ausgestaltung obliegt den Krankenkassen ggf. in Zusammenarbeit mit ihren IT-Dienstleistern.

Dabei wird vorgegeben, dass die Meldungen Nutzungsende und Vergabeantrag im Rahmen eines in der Zukunft liegenden Kassenwechsels frühestens 5 Wochen vor dem geplanten Wechseldatum erstellt werden. Das Stellen eines Vergabeantrages für einen mehr als fünf Wochen entfernten Kassenwechsel ist unzulässig. So kann die Anzahl der Fälle, in denen Meldungen aufgrund zwischenzeitlicher Änderungen im Sachverhalt storniert bzw. rückabgewickelt werden müssen, reduziert werden. Es bleibt aber für die neu gewählte Kasse genug Zeit, die eGK rechtzeitig zum Mitgliedschaftsbeginn zu versenden.

Hinweis: Das Konzept wurde von der Fachkonferenz KVNR unter Moderation des GKV-Spitzenverbands erarbeitet und im Weiteren ergänzt.

Durch die Aufnahme weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V in das KVNR-Verfahren, ergeben sich abhängig von den in den Kapiteln dargestellten Sachverhalten unterschiedliche Geltungsbereiche. Derzeitig sind aus dem Bereich der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V die Mitgliedsunternehmen der PKV umfasst. Daher erfolgen in den Kapitelüberschriften Zuordnungen des Geltungsbereiches für die GKV oder PKV bzw. GKV/PKV.

Die vorliegende Dokumentenversion entfaltet ihre Gültigkeit zusammen mit der Anlage 5b zur Richtlinie nach § 290 SGB V zum 01.10.2022.

2. Kassenwechsel im Rahmen einer Kündigung/Sonderkündigung (GKV)

Auslöser für die Meldungen „Nutzungsende" und „Vergabeantrag" ist die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse an die neu gewählte Kasse im Rahmen des Krankenkassen-Meldeverfahrens[1].

Erstellt (bzw. versendet) die bisherige Krankenkasse die Rückmeldung, so setzt sie sich gleichzeitig eine Wiedervorlage/ einen Merker/ einen Trigger (im Folgenden immer WV genannt) für den Versand der Meldung "Nutzungsende".

Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem in der Rückmeldung angegebenem Ende der Mitgliedschaft/ Bindungsfrist abzüglich 35 Kalendertage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Nutzungsende" erstellt und abgeschickt.

Geht die Rückmeldung bei der neu gewählten Krankenkasse ein, erzeugt sie für sich ebenfalls eine WV für die Meldung "Vergabeantrag". Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem in der Rückmeldung angegebenem Ende der Mitgliedschaft/ Bindungsfrist abzüglich der Terminfrist „Meldung Nutzungsende" (35 Kalendertage) – 3 Arbeitstage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Vergabeantrag" erstellt und abgeschickt.

Wechselt das Mitglied mit seinen familienversicherten Angehörigen die Krankenkasse, so gilt dieses Verfahren ebenfalls für die Familienangehörigen.

[1] Krankenkassen-Meldeverfahren = elektronischen Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Abs.2 SGB V.

3. Kassenwechsel bei einem sofortigen Wahlrecht (GKV)

Auslöser für die Meldungen „Nutzungsende" und „Vergabeantrag" ist in diesen Fällen die Initialmeldung, die im Rahmen des Krankenkassen-Meldeverfahrens[2] erstellt wird.

Erstellt die neu gewählte Krankenkasse die Initialmeldung, prüft sie gleichzeitig, ob der Beginn der Mitgliedschaft innerhalb der nächsten 35 Kalendertage oder gar in der Vergangenheit liegt.

Wenn Ja, erstellt sie eine WV mit einem Termin Tagesdatum plus 3 Arbeitstage.
Wird der Termin erreicht, erstellt sie die Meldung "Vergabeantrag".

Wenn Nein, erzeugt sie für sich ebenfalls eine WV für die Meldung "Vergabeantrag".
Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem in der Initialmeldung angegebenem Beginn der Mitgliedschaft abzüglich der Terminfrist „Meldung Nutzungsende" (35 Kalendertage) – 3 Arbeitstage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Vergabeantrag" erstellt und abgeschickt.

Geht die Initialmeldung bei der bisherigen Krankenkasse ein, muss sie ebenfalls prüfen, ob das Ende der Mitgliedschaft (errechnet aus Beginn der Mitgliedschaft der Initialmeldung minus 1) innerhalb der nächsten 35 Kalendertage oder gar in der Vergangenheit liegt.

Wenn Ja, muss die Meldung "Nutzungsende" sofort (=taggleich) erstellt werden.

Wenn Nein, setzt sie sich ebenfalls eine WV für den Versand der Meldung "Nutzungsende".
Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem errechneten Ende der Mitgliedschaft abzüglich 35 Kalendertage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Nutzungsende" erstellt und abgeschickt.

Auch hier gilt: Wechselt das Mitglied mit seinen familienversicherten Angehörigen die Krankenkasse, so gilt dieses Verfahren ebenfalls für die Familienangehörigen.

Die Regelungen in diesem Abschnitt gelten nicht im Zusammenhang mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

[2] Krankenkassen-Meldeverfahren = elektronischen Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Abs.2 SGB V.

4. Kassenwechsel unter Berücksichtigung der Fami-Meldegrundsätze (GKV)

Auslöser für die Meldungen Nutzungsende und Vergabeantrag ist in diesen Fällen die Anfrage (mit Grund 1 oder 3) der neu gewählten Krankenkasse im Rahmen des Fami-Meldeverfahrens.

Das Verfahren entspricht dann dem Kassenwechsel bei einem sofortigen Wahlrecht:

Erstellt die **neu gewählte Krankenkasse** die Anfrage gemäß der Fami-Meldegrundsätze, prüft sie gleichzeitig, ob der Beginn der Mitgliedschaft/ Familienversicherung innerhalb der nächsten 35 Kalendertage oder gar in der Vergangenheit liegt.

Wenn Ja, erstellt sie eine WV mit einem Termin Tagesdatum plus 3 Arbeitstage.

Wird der Termin erreicht, erstellt sie die Meldung "Vergabeantrag".

Wenn Nein, erzeugt sie für sich ebenfalls eine WV für die Meldung "Vergabeantrag".
Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem in der Anfrage angegebenem Beginn der Mitgliedschaft/ Familienversicherung abzüglich der Terminfrist „Meldung Nutzungsende" (35 Kalendertage) - 3 Arbeitstage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Vergabeantrag" erstellt und abgeschickt.

Geht die Anfrage gemäß Fami-Meldegrundsätzen bei der **bisherigen Krankenkasse** ein, muss sie ebenfalls prüfen, ob das Ende der Mitgliedschaft/ Familienversicherung (errechnet aus Beginn der Mitgliedschaft/Familienversicherung der Anfrage minus 1) innerhalb der nächsten 35 Kalendertage oder gar in der Vergangenheit liegt.

Wenn Ja, muss die Meldung "Nutzungsende" sofort (=taggleich) erstellt werden.

Wenn Nein, setzt sie sich ebenfalls eine WV für den Versand der Meldung "Nutzungsende".
Diese WV erhält einen Termin, der sich aus dem errechneten Ende der Mitgliedschaft/ Familienversicherung abzüglich 35 Kalendertage errechnet.

Ist der WV Termin erreicht, wird taggleich die Meldung "Nutzungsende" erstellt und abgeschickt.

Da die Krankenversicherungsnummer bereits für das Fami-Meldeverfahren benötigt wird, muss aber ggf. schon vor dem oben beschriebenen Verfahren ein erster Vergabeantrag durch die neu gewählte Krankenkasse gestellt werden. Da muss jede Krankenkasse selbst eine Lösung finden, damit die zu erwartende Rückmeldung "NOK - bei anderer Krankenkasse bereits in Benutzung" nicht automatisch einen Klärfall auslöst. Das lässt sich erst ab 01.07.2021 vermeiden, wenn die geplante Meldung zur Abfrage einer KV-Nummer implementiert ist.

5. Kassenwechsel im Familienverbund (GKV)

Entsprechend der bisherigen Ausführungen gilt folgender Grundsatz:
Wechselt das Mitglied mit seinen familienversicherten Angehörigen die Krankenkasse, so gilt dieses Verfahren ebenfalls für die Familienangehörigen.

Weil mit der Erzeugung der Initialmeldung bei der gewählten Krankenkasse i.d.R. noch keine Familienversicherungszeiten im Bestandssystem gespeichert sind, werden folgende Anforderungen für eine einheitliche Umsetzung gestellt:

Art der Meldung <> 3

- Verarbeitung der Anmeldungen der Familienangehörige als Anstoß für die manuelle/maschinelle Erzeugung Vergabeantrag für Familienversicherte
- Verarbeitung der Initialmeldung Eingang bei der bisherigen KK als Anstoß für die maschinelle Erzeugung Meldung Nutzungsende für Familienversicherte (analog Mitglied).

Art der Meldung = 3 (Kündigung/Sonderkündigung)

- Verarbeitung der Rückmeldung Ausgang bei der bisherigen KK als Anstoß für die maschinelle Erzeugung Meldung Nutzungsende für Familienversicherte (analog Mitglied).
- Verarbeitung der Rückmeldung Eingang bei der gewählten KK als Anstoß für die maschinelle Erzeugung Vergabeantrag für Familienversicherte (analog Mitglied).

6. Meldungen bei Verbleib bei der bisherigen Kasse (GKV)

Es ist möglich, dass im elektronischen Meldeverfahren nach § 175 SGB V zwischen den Krankenkassen ein Wechsel von der bisherigen zur gewählten Krankenkasse nicht zustande kommt. In diesen Fällen können abhängig vom Zeitpunkt der Meldungen im Meldeverfahren nach § 175 SGB V auch bereits Meldungen an das Verzeichnis KV-Nummer (Gesamtsystem KVNR) übermittelt worden sein.

Auslöser für an das Gesamtsystem KVNR abzusetzende Stornierungsmeldungen ist eine Meldung der bisherigen Krankenkasse über das Nichtzustandekommen des Kassenwechsels mit Kennzeichen = 7 (Widerruf der Wahlerklärung gemäß Kapitel 2.4.3 der Verfahrensbeschreibung) für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 SGB V Abs. 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels.
Wenn die gewählte Krankenkasse diese erhält, muss sie unabhängig von der „Art der Meldung" unverzüglich - mindestens jedoch noch am gleichen Tag eine Stornomeldung für eine ggf. vorhandene Meldung „Vergabeantrag" an das Gesamtsystem KVNR übermitteln.
.
Die bisherige Krankenkasse, die die Meldung über das Nichtzustandekommen des Kassenwechsels erzeugt, muss ein Storno ihrer Meldung „Nutzungsende" am dritten Arbeitstag nach dem Versand der Meldung über das Nichtzustandekommen des Kassenwechsels an das Gesamtsystem KVNR übermitteln.

Die Storno-Meldungen gegenüber dem Gesamtsystem KVNR sind nur dann abzugeben, wenn aus dem Kassenwechsel bereits Meldungen gegenüber dem Gesamtsystem KVNR erfolgt sind.

7. Sachverhalt zum überschneidenden Nutzungsbeginn (GKV/PKV)

Es kann zu Meldungskonstellationen gegenüber dem Gesamtsystem KVNR kommen, bei der der gemeldete KVNR-Nutzungsbeginn einer federführenden Kasse <= dem im Gesamtsystem KVNR vorliegenden Nutzungsbeginn einer anzufragenden Kasse ist.

In einem solchen Fall erhält eine mit einem Vergabeantrag am Gesamtsystem anfragende Kasse eine NOK-Rückmeldung mit Abgabegrund 27 sowie den Nutzugsbeginn der im Gesamtsystem KVNR aktuell gemeldeten nutzenden Kasse.
Die nun federführende Kasse übermittelt gemäß dem KVNR-Clearingverfahren nach Anlage 5b eine Initialmeldung an die angefragte Kasse. Stellt diese die Personengleichfest fest, übermittelt diese eine Rückmeldung an die angefragte Kasse mit dem an das Gesamtsystem KVNR zu übermittelenden Nutzungsende (Nutzungsbeginn aus Initialmeldung – 1 Tag). Das von der angefragten Kasse an das Gesamtsystem KVNR übermittelte Nutzungsende kann jedoch nicht fehlerfrei verarbeitet werden, da das Nutzungsende kleiner ist als der im Gesamtsystem KVNR gespeicherte Nutzungsbeginn.
Stellt nun die federführende Stelle aufgrund der Rückmeldung der angefragten Stelle erneut einen Vergabeantrag, erhält diese erneut eine NOK-Meldung mit Meldegrund 27.

Zur Vermeidung solcher Fälle, ist der in der Initialmeldung der federführenden Stelle enthaltene Nutzungsbeginn wie folgt zu übermitteln:

- Nutzungsbeginn der Initialmeldung = Nutzungsbeginn letzte KK aus NOK-Rückmeldung vom Vergabeantrag + 1 Tag.

Die angefragte Kasse übermittelt bei festgestellter Personengleichheit das Nutzungsende in der Rückmeldung an die federführende Stelle und an das Gesamtsystem KVNR wie folgt:

- Nutzungsende = Nutzungsbeginn aus Initialmeldung – 1 Tag

Ein nahtloser Übergang der KVNR wird somit gewährleistet. Eine manuelle Klärung der Personenidentität und des KVNR-Nutzungsübergangs ist nicht erforderlich. Es kann in diesen Fällen zu einer Abweichung des gemeldeten KVNR-Nutzungsbeginns und dem Versicherungsbeginn liegen. Dies ist jedoch gegenüber dem Gesamtsystem KVNR nicht relevant.

Ein Beispielfall ist im Kapitel 8 dargestellt.

8. Beispiele

Zur Orientierung und um das Zusammenspiel zwischen dem in den Punkten 2 bis 4 beschriebenen Fachverfahren Krankenkassen-Meldeverfahren und dem Konzept zur Identifizierung auslösender meldesachverhalte zur Abgabe von „Vergabeanträgen" und Meldungen „Nutzungsende" zu verdeutlichen, sollen folgende Beispiele zu den entsprechenden Fallkonstellationen dienen."

Vorbemerkung: Es handelt sich in allen Beispielen um versicherungspflichtig Beschäftigte.

8.1 Beispiele zu Kapitel 2

Fallgruppe	*Fachverfahren*	*Verzeichnis KV-Nummer*	*Fazit*
Kündigungsverfahren Beispiel: Beitritt zu Gunsten von Kasse B per 01.04.2021 am 05.01.2021	Kasse B erstattet Initialmeldung am 07.01.2021 („unverzüglich" nach Abschluss des Kundendialogs aufgrund der unvollständigen Beitrittserklärung vom 05.01.2021).	Kasse B meldet „Vergabeantrag" für die Mitgliedschaft ab 01.04.2021 am 01.03.2021 (01.04. abzgl. 35 Kalendertage – 3 Arbeitstage => In diesem Fall 31 Tage!) Hinweis: Hier ist ein Wochenende enthalten!	Zum Zeitpunkt des „Vergabeantrags" ist die Freigabe der KV-Nummer bereits verpflichtend erfolgt. Dieser zeitliche Ablauf sollte für Fälle des Kündigungsverfahrens der Regelfall sein.
Mitgliedschaft bei Kasse A seit 2015 (Bindungsfrist abgelaufen, kein Wahltarif)	Kasse A bestätigt das Ende der Mitgliedschaft per 31.03.2021 bis spätestens 22.01.2021[3]	Kasse A muss die Meldung „Nutzungsende" am 24.02.2021 (01.04. abzgl. 35 Tage) absetzen	

[3] Die Rückmeldung hat spätestens 14 Tage nach Eingang der Initialmeldung von Kasse A zu erfolgen – vgl. Verfahrensbeschreibung, Abschnitt 2.3.3.2

8.2 Beispiele zu Kapitel 3

Fallgruppe	*Fachverfahren*	*Verzeichnis KV-Nummer*	*Fazit*
Sofortiges Wahlrecht **Beispiel 1:** Neue Versicherungspflicht ab 01.02.2021 Aktive Kassenwahl zu Gunsten von Kasse B am 03.02.2021	Kasse B erstattet Initialmeldung am 04.02.2021	Kasse B meldet „Vergabeantrag" für die Mitgliedschaft ab 01.02.2021 am 09.02.2021 Hinweis: Hier ist ein Wochenende enthalten; vgl. Abschnitt 6.1.	Zum Zeitpunkt des „Vergabeantrags" ist die Freigabe der KV-Nummer bereits verpflichtend erfolgt. Dieser zeitliche Ablauf sollte der Regelfall sein (sofortiges Wahlrecht nur innerhalb von 14 Tagen möglich).
Mitgliedschaft bei Kasse A bis 15.01.2021	Kasse A bestätigt das Ende der Mitgliedschaft per 15.01.2021 am 11.03.2021[4]	Kasse A hat die Initialmeldung vom 04.02.2021 am 05.02.2021 erhalten und muss taggleich die Meldung „Nutzungsende" absetzen[5]	
Beispiel 2: Neue Versicherungspflicht ab 01.04.2021 Aktive Kassenwahl zu Gunsten von Kasse B am 03.02.2021	Kasse B erstattet Initialmeldung am 04.02.2021	Kasse B meldet „Vergabeantrag" für die Mitgliedschaft ab 01.04.2021 am 01.03.2021 (01.04. abzgl. 32 Tage) Hinweis: Hier ist ein Wochenende enthalten vgl. Abschnitt 6.1.	Zum Zeitpunkt des „Vergabeantrags" ist die Freigabe der KV-Nummer bereits verpflichtend erfolgt. Dieser zeitliche Ablauf sollte eher untypisch sein; hier hat die Vorkasse mehr Zeit für evtl. Rückwerbe-versuche.
	Kasse A bestätigt das Ende der Mitgliedschaft per 31.03.2021 am 28.04.2021	Kasse A hat die Initialmeldung vom 04.02.2021 am	

[4] Die Abmeldung zur Sozialversicherung erfolgt spätestens 6 Wochen nach Beschäftigungsende. Die Rückmeldung im Rahmen des Fachverfahrens erfolgt unverzüglich, spätestens aber 2 Wochen danach – vgl. Verfahrensbeschreibung, Abschnitt 2.3.1.2.1.

[5] Anlage 6 zur Richtlinie nach § 290 SGB V, darin Abschnitt 3

Mitgliedschaft bei Kasse A bis 31.03.2021		05.02.2021 erhalten und muss die Meldung „Nutzungsende" am 24.02.2021 (01.04. abzgl. 35 Tage) absetzen	

8.3 Beispiel zu Kapitel 6

Kündigungsverfahren (gilt auch für Sofortiges Wahlrecht)
Aktive Kassenwahl zu Gunsten von Kasse B zum 01.09.2022 am 22.06.2022
danach Widerruf der Wahlerklärung durch Versicherten am 09.08.2022, Versicherter verbleibt bei der Kasse A

Vorgehen Kasse A

- Kasse A hat Meldung Nutzungsende mit Nutzungsende 31.08.2022 an KVNR-VZ (VST) übermittelt und eine OK-Rückmeldung verarbeitet
- Fachverfahren KWR:
    - Kasse A übermittelt Rückmeldung mit Kassenwechsel nicht möglich = 7 am 10.08.2022 an Kasse B
- Verzeichnis KV-Nummer:
    - Kasse A übermittelt Storno Meldung Nutzungsende mit Nutzungsende 31.08.2022 am 15.08.2022 an KVNR-VZ (VST)
    - Fristenberechnung:
        - 3 Arbeitstage nach Übermittlung Rückmeldung am 10.08.2022:
        - 11.08. – 15.08.2022, da 13./14.08.2022 ein Wochenende ist

Fazit: Die Storno Meldung Nutzungsende wird am 15.08.2022 und somit 2 Arbeitstage später als Storno Vergabeantrag von Kasse B (11.08.2022) an das KVNR-VZ (VST) übermittelt.

Vorgehen Kasse B

Kasse B hat Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.09.2022 an KVNR-VZ (VST) übermittelt und eine OK-Rückmeldung verarbeitet

- Fachverfahren KWR:
    - Kasse B empfängt und verarbeitet Rückmeldung mit Kassenwechsel nicht möglich = 7 am 11.08.2022 von Kasse A
- Verzeichnis KV-Nummer:
    - Kasse B übermittelt Storno Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.09.2022 am 11.08.2022 an KVNR-VZ (VST)

Fazit: Der Storno Vergabeantrag wird am 11.08.2022 und somit 2 Arbeitstage früher als Storno Meldung Nutzungsende (15.08.2022) an das KVNR-VZ (VST) übermittelt

8.4 Beispiel zu Kapitel 7

Sachverhalt:

Krankenkasse A: (angefragte KK) Nutzungsbeginn 01.12.2020 – OK-Meldung liegt vor

Krankenkasse B: (federführende KK) Nutzungsbeginn 15.08.2020 – NOK-Meldung

Vorgehen:

Initialmeldung wird durch die federführende KK mit Nutzungsbeginn = Nutzungsbeginn letzte KK aus NOK-Rückmeldung Vergabeantrag + 1 Tag maschinell erzeugt und an die angefragte KK übermittelt, damit die angefragte KK bei Personengleichheit = J maschinell eine Meldung Nutzungsende mit Nutzungsende = Nutzungsbeginn aus Initialmeldung -1 Tag erzeugen und verarbeiten kann.

Ergebnis:

- Initialmeldung durch KK B mit Nutzungsbeginn 02.12.2020
- Angefragte KK A erstellt maschinell Meldung Nutzungsende 01.12.2020

Folgen:

Der Nutzungsübergang der KVNR ist lückenlos. Es gibt lediglich eine Differenz zwischen dem Versicherungsbeginn (15.08.2020) und Nutzungsbeginn KVNR (02.12.2020) bei KK A.
(Anmerkung: bei Vorliegen einer OK-Meldung aus dem Gesamtsystem kann eine eGK auch vor dem Nutzungsbeginn ausgestellt werden und nicht erst ab 02.12.2020)

Spitzenverband

Stichtage der Erstmeldung der weiteren verfahrensbeteiligten Kostenträger nach § 362 SGB V

Anlage 7 der Richtlinie nach § 290 SGB V

Autor:	GKV-Spitzenverband
Stand:	20.09.2022
Version:	1.0

Inhalt

1. Vorbemerkung 3
2. Liste der verfahrensbeteiligten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V..... 3

1. Vorbemerkung

Diese Anlage enthält die Liste der verfahrensbeteiligten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V sowie deren Stichtage der Erstmeldung in tabellarischer Form.

Die Tabelle in Abschnitt 2 ist alphabetisch nach dem Namen der weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V sortiert. Je Kostenträger sind die folgenden Informationen gelistet

- Name des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V („Name“)
- Haupt-IK des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V („Haupt-IK“)
- Betriebsnummer des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V („BBNR“)
- Betriebsnummer der Datenannahme- und Verteilstelle des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V (BBNR DAV)
- Tag der Erstmeldung[1] des weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V („Datum Erstmeldung“ vgl. Richtlinie § 290 SGB V Anlage 8 Kapitel 3.1.1)

Die weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nutzen die Meldung „Vergabeantrag“ zur Initialisierung des Gesamtsystems KVNR mit ihrem jeweiligen Versichertenbestand. Weitere Informationen sind dem entsprechenden Kapitel zur Meldung „Vergabeantrag“ der Richtlinie nach § 290 SGB V zu entnehmen.

Änderungen an der Liste in Kapitel 2 dieser Anlage sind bei Änderung weder dem BMG zur Genehmigung vorzulegen noch mit dem/der BfDI einvernehmlich abzustimmen.

2. Liste der verfahrensbeteiligten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V

Nr.	Kennung[2]	Name	Haupt-IK	BBNR (log. Empf.)	BBNR DAV (physik. Empf.[3])	Datum Erstmeldung[1]
01	50	Allianz Private Krankenversicherungs-AG	168140346	14471082	81726688	01.10.2022
02	54	ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG	168141427	81731275	81726688	01.01.2023

[1] Das frühestmögliche Erstmeldungsdatum ist der 01.10.2022.

[2] Zweistellige Kennung des weiteren Kostenträgers zur Verwendung im Datenaustausch für den Kommunikationsweg PKV->GKV

[3] Bei der BBNR 81726688 handelt es sich um den PKV-Konnektor des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V.

03	55	ARAG Krankenversicherungs-AG	168141121	81729389	81726688	
04	56	AXA Krankenversicherung AG	168140950	81728709	81726688	
05	57	Barmenia Krankenversicherung a. G.	168140426	81735172	81726688	
06	58	Bayerische Beamtenkrankenkasse AG (VKB)	168141347	81732761	81726688	01.04.2023
07	59	Concordia Krankenversicherungs-AG	168141187	81728806	81726688	01.07.2023
08	60	Continentale Krankenversicherung a.G.	168140017	81729312	81726688	01.10.2022
09	61	Debeka Krankenversicherungsverein a. G.	168140288	81729528	81726688	
10	62	DEVK Krankenversicherungs-AG	168141314	81731402	81726688	
11	63	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	168140448	81734832	81726688	
12		ENVIVAS Krankenversicherung AG			81726688	
13	64	Freie Arzt-und Medizinkasse VVaG	168140530	81729168	81726688	
14	65	Generali Deutschland Krankenversicherung AG	168140040	81733660	81726688	
15	66	Gothaer Krankenversicherung AG	168141198	81728889	81726688	01.10.2022
16	67	Hallesche Krankenversicherung a.G.	168140437	81731685	81726688	
17		HanseMerkur Krankenversicherung a.G.	168140186		81726688	
18	68	HUK-COBURG Krankenversicherung a. G.	168141176	81732943	81726688	
19	69	INTER Krankenversicherung AG	168141450	81734461	81726688	
20	70	KUK Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover	168141041	81726973	81726688	

21	71	LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG	168140518	81727246	81726688	01.01.2023
22	72	LKH Landeskrankenhilfe VVaG	168140119	81731533	81726688	01.11.2022
23	73	LVM Krankenversicherungs-AG	168141096	81733875	81726688	
24	74	Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG	168141416	81728349	81726688	01.10.2022
25	75	Münchener Verein Krankenversicherung a. G.	168140379		81726688	
26	76	NÜRNBERGER Krankenversicherung AG	168141256	81732083	81726688	15.02.2023
27	77	ottonova Krankenversicherung AG	168141461	81727689	81726688	
28	78	Postbeamtenkrankenkasse	950585030	81732180	81726688	
29	79	Provinzial Krankenversicherung Hannover AG	168141358	81730097	81726688	
30	80	R+V Krankenversicherung AG	168141165	81733158	81726688	
31	52	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	168140028	89219210	81726688	17.10.2022
32		SONO Krankenversicherung a.G.			81726688	
33		ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G.			81726688	
34	81	Süddeutsche Krankenversicherung a.G.	168140391	81728588	81726688	01.07.2023
35	82	UKV – Union Krankenversicherung AG	168141085	81726876	81726688	01.04.2023
36	83	uniVersa Krankenversicherung a.G	168140459	81727326	81726688	
37	84	Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG	168141438	81727504	81726688	
38		Vigo Krankenversicherung VVaG	168141154		81726688	

39	85	Württembergische Krankenversicherung AG	168141392	81734104	81726688	
40		Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten	950686021		81726688	

32

Spitzenverband

Konzept zur Schnittstelle zwischen GKV und PKV im Verfahren nach § 290 SGB V

Anlage 8 der Richtlinie nach § 290 SGB V

Autor: GKV-Spitzenverband

Stand: 04.03.2022

Version: 1.0

Inhalt

1. Vorbemerkung 4
2. Umgang mit Doppelversicherungen zwischen GKV und PKV 4
   - 2.1 Allgemeine Grundsätze 4
   - 2.2 Vorgehen zur Abbildung von Doppelversicherungen 5
     - 2.2.1 Voraussetzungen 5
3. Regeln und ausgewählte Fallbeispiele für Schnittstelle GKV–PKV 6
   - 3.1 Verbindliche Regelungen für GKV und PKV an der gemeinsamen Schnittstelle 6
     - 3.1.1 Regel 1 – Initialisierung/Erstmeldung durch PKV 6
     - 3.1.2 Regel 2 – Frist zur Abgabe der Meldung „Vergabeantrag“ 6
     - 3.1.3 Regel 3 – Ablauf bei Feststellung der Personengleichheit 6
     - 3.1.4 Regel 4 – Keine Notwendigkeit der Angleichung an Versicherungszeiten 6
     - 3.1.5 Regel 5 – Keine Meldung „Nutzungsende“ bei Umwandlung eines Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaft 6
   - 3.2 Beispiel 1: Übergangsfälle („Initialisierung der PKV im laufenden Betrieb“) 7
     - 3.2.1 Situation 7
     - 3.2.2 Lösung 7
   - 3.3 Beispiel 2: Systemwechsel im Kündigungsverfahren 8
     - 3.3.1 Situation 8
     - 3.3.2 Lösung 8
   - 3.4 Beispiel 3: Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum Jahreswechsel 9
     - 3.4.1 Situation 9
     - 3.4.2 Lösung 9
     - 3.4.3 Hinweise 9
   - 3.5 Beispiel 4: Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze durch Beschäftigungswechsel 10
     - 3.5.1 Situation 10
     - 3.5.2 Lösung 10
   - 3.6 Beispiel 5: Vollversicherung vs. Anwartschaftsversicherung 11
     - 3.6.1 Situation 11
     - 3.6.2 Lösung 11
   - 3.7 Beispiel 6: Eintritt der Versicherungspflicht – Rückwirkende Kündigung PKV 12
     - 3.7.1 Situation 12
     - 3.7.2 Problematik 12
     - 3.7.3 Lösung 12

3.8 Beispiel 7: Eintritt der Versicherungspflicht – Kündigung der PKV in die Zukunft 13
3.8.1 Situation 13
3.8.2 Problematik 13
3.8.3 Lösung 13
3.9 Beispiel 8: Doppelversicherungen I: GKV kommt zu bestehender PKV-Versicherung hinzu 14
3.9.1 Situation 14
3.9.2 Problematik 14
3.9.3 Lösung 14
3.9.4 Fortsetzung Beispiel 8 – Teil 1 14
3.9.5 Fortsetzung Beispiel 8 – Teil 2 14
3.9.6 Lösung 15
3.10 Beispiel 9: Doppelversicherungen II – PKV kommt zu bestehender GKV-Versicherung hinzu 16
3.10.1 Situation 16
3.10.2 Problematik 16
3.10.3 Lösung 16

1. Vorbemerkung

Die Aufnahme der PKV in das Gesamtsystem KVNR zeigt einige Besonderheiten, da es zwischen der PKV und der GKV für den Versicherungswechsel kein maschinelles Verfahren analog dem KWR- oder FAMI-Meldeverfahren in der GKV gibt. Das bedeutet, dass bei einem Wechsel immer ein Clearingverfahren zur Feststellung der Personenidentität durchgeführt werden muss. Aufgrund der verschiedenen Absicherungssysteme gibt es zudem zulässige Doppelversicherungen in der PKV und der GKV. Diese können temporär oder auch dauerhaft auftreten.
Die in den Beispielen im Abschnitt „Regel“ enthalten Ausführungen sind normativ an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV.

2. Umgang mit Doppelversicherungen zwischen GKV und PKV

2.1 Allgemeine Grundsätze

Die folgenden Grundsätze sind in den Vorgaben der Richtlinie nach § 290 SGB V normativ festgelegt:

1. Das Gesamtsystem KVNR bildet keine Versicherungszeiten ab
2. Bei Feststellung der Personenidentität im Clearing-Verfahren ist das Nutzungsende zu melden.
3. An der Schnittstelle GKV-PKV darf das Nutzungsende nur im Rahmen eines (KVNR-)Clearingverfahrens gemeldet. Die Beendigung eines Vertrags bewirkt keine Meldung Nutzungsende.
4. Bei der Initialisierung der PKV darf bei einer zum Stichtag laufenden Anwartschaftsversicherung kein Vergabeantrag gestellt werden.
5. Wird eine Vollversicherung in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt, darf keine Meldung Nutzungsende erfolgen. Die Notwendigkeit zur Abgabe der Meldung Nutzungsende ergibt sich ggf. durch die Feststellung der Personengleichheit im Rahmen eines Clearingverfahrens.
6. Ziel des Gesamtsystems KVNR ist es sicherzustellen, dass eine eGK (bzw. digitale Identität) nur dann von einer neuen Institution ausgestellt werden darf, wenn die betroffene KVNR auch tatsächlich nur einer Person zugeordnet ist.
7. Eine herausgegebene eGK (bzw. digitale Identität) muss nach Abgabe der Meldung „Nutzungsende“ nur gesperrt werden, wenn die Meldung aufgrund einer Still- bzw. Totlegungsmeldung des Gesamtsystems KVNR oder wegen des Todes der Versicherten Person durchgeführt wird. Wird die Meldung „Nutzungsende“ aus anderen Gründen abgegeben, muss keine Sperrung durchgeführt werden.

2.2 Vorgehen zur Abbildung von Doppelversicherungen

Auch nach der Übermittlung der Meldung „Nutzungsende“ dürfen von der die Meldung abgebenden Krankenkassen bzw. dem Kostenträger weitere eGKs (bzw. digitale Identitäten) ausgegeben oder aber die KVNR für Zwecke nach § 17 IRegG genutzt werden, wenn die Abgabe der Meldung „Nutzungsende“

- von einer gesetzlichen Krankenkasse aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erfolgt bzw.
- von einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt oder
- von einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V aufgrund eines Clearing-Verfahrens mit einem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erfolgt, sofern die Kostenträger eine unterschiedliche gesetzliche Grundlage haben.

Es liegt in der Verantwortung der KK (bzw. der PKV) die Personengleichheit bei der Nutzung der KVNR sicherzustellen. Daher kann die KK nach Abgabe der Meldung „Nutzungsende“ vor Herausgabe der eGK/DI für die betreffende KVNR erneut eine Meldung „Vergabeantrag“ abgeben und damit ein Clearing-Verfahren auslösen. Soll 24 Monate nach Abgabe der Meldung Nutzungsende eine neue eGK/DI für die versicherte Person ausgegeben werden, muss eine neue Meldung „Vergabeantrag“ gestellt werden.

Eine Einschränkung dieser Vorgehensweise ausschließlich auf Doppelversicherungen erfolgt bewusst nicht, da ansonsten an der Schnittstelle GKV-PKV eine versicherungsrechtliche Klärung erforderlich wäre. Diese würde sich ggfs. negativ auf die Bereitstellungszeit einer eGK/DI auswirken.

2.2.1 Voraussetzungen

Bei einer Totlegung (bzw. Stilllegung ohne Verweis) erhalten alle Krankenkassen bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V die Information über die Still- und Totlegung. Jede Krankenkasse bzw. weitere Kostenträger nach § 362 SGB V, welche die betroffene VSNR im Bestand hat, ist verpflichtet, die betroffene eGK (bzw. digitale Identität) zu sperren. Das Nutzungsende ist so zu melden, dass es mit dem Sperrdatum der eGK (bzw. digitale Identität) zusammenfällt (vgl. Richtlinie). Die gültige VSNR ist gemäß DEÜV zu ermitteln. So dann ist ein neuer Vergabeantrag beim Gesamtsystem KVNR zu stellen. Bei Doppelversicherung führt dies zu Clearing-Fällen.

Im Fall der Abgabe der Meldung „Nutzungsende“ wegen des Todes der Versicherten Person erhalten die anderen Krankenkassen bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V, welche die eGK (bzw. digitale Identität) ausgegeben haben keine Benachrichtigung.

3. Regeln und ausgewählte Fallbeispiele für Schnittstelle GKV-PKV

3.1 Verbindliche Regelungen für GKV und PKV an der gemeinsamen Schnittstelle

3.1.1 Regel 1 - Initialisierung/Erstmeldung durch PKV

Für Versicherungsverhältnisse der PKV, die vor dem jeweiligen Erstmeldungstag gemäß Anlage 7 begonnen haben und für Versicherungsverhältnisse, die am Erstmeldungstag beginnen wird der 01.10.2022 (wenn dies dem Datum des Eintritts der PKV in das KVNR-Verfahren entspricht) als Datum „Nutzungsbeginn“ in der Meldung „Nutzungsantrag“ übermittelt. Für alle Versicherungsverhältnisse der PKV, deren Versicherungsbeginn nach dem Erstmeldungstag liegt, wird das tatsächliche Datum des Nutzungsbeginns übermittelt.

3.1.2 Regel 2 - Frist zur Abgabe der Meldung „Vergabeantrag“

Der Vergabeantrag darf frühestens 35 Tage vor dem Versicherungsbeginn gemeldet werden. Die Fristenregelung ist erforderlich, um die Wahrscheinlichkeit und Notwendigkeit von Rückabwicklungen von Vergaben („Storno-Meldungen“) zu reduzieren.

3.1.3 Regel 3 - Ablauf bei Feststellung der Personengleichheit

Mit Feststellung der Personengleichheit ist taggleich die Meldung „Nutzungsende“ zu übersenden. Der Clearing-Partner ist ebenfalls taggleich zu informieren. Drei Tage nach Feststellung (und Bestätigung der Personengleichheit) ist die Meldung „Vergabeantrag“ zu stellen.

3.1.4 Regel 4 - Keine Notwendigkeit der Angleichung an Versicherungszeiten

Das Gesamtsystem KVNR bildet keine Versicherungszeiten ab. Die Nutzungszeiten der KVNR können daher von den Versicherungszeiten abweichen. Entsprechende Korrekturen zur Angleichung der Nutzungszeiten an die Versicherungszeiten können daher unterbleiben, solange nicht die Nutzung der KVNR für eGK, digitale Identität oder im Zusammenhang mit § 17 IRegG dadurch behindert werden.

3.1.5 Regel 5 - Keine Meldung „Nutzungsende“ bei Umwandlung eines Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaft

Wird eine „Krankenvollversicherung“ in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt, erfolgt zunächst keine Meldung Nutzungsende an das Gesamtsystem (gilt gleichermaßen für GKV wie PKV). Bei Nutzung der KVNR durch eine andere Krankenversicherung kommt es zu einem Clearingfall zwischen (GKV und PKV). Bei Feststellung der Personengleichheit findet Regel 3 Anwendung.

3.2 Beispiel 1: Übergangsfälle („Initialisierung der PKV im laufenden Betrieb“)

3.2.1 Situation

PKV Unternehmen ist zum Stichtag 01.10.2022 dem Verfahren nach § 290 SGB V beigetreten. Person XY hat zum 31.07.2021 die Mitgliedschaft bei der KK A gekündigt und ist seit 01.08.2021 bei dem PKV-Unternehmen B krankenversichert. Gemäß der Richtlinie nach § 290 SGB V hat die KK A das Nutzungsende zum 31.07.2021 nicht gemeldet. Das PKV-Unternehmen B stellt am 05.10.2022 einen Vergabeantrag ab 01.10.2022 und erhält eine NOK-Meldung. Das KVNR-Clearingverfahren ergibt Personengleichheit.

3.2.2 Lösung

Es gilt Regel 1 (vgl. Kapitel 3.1.1).
Die KK A meldet am 07.10.2022 das Nutzungsende zum 30.09.2022. Das PKV-Unternehmen B stellt drei Arbeitstage später einen Vergabeantrag. Der Vergabeantrag ist drei Arbeitstage nach Rückmeldung der KK A zu stellen, um eine erneute NOK-Meldung zu verhindern.
Im Verfahren nach Anlage 5b ist der Vergabeantrag mit dem Nutzungsbeginn 01.10.2022 als einheitlichen Stichtag zu stellen, obwohl die PKV-Versicherung bereits vorher begonnen hat. Der Stichtag ist abhängig vom Eintrittsdatum des jeweiligen Mitgliedsunternehmens der PKV.

3.3 Beispiel 2: Systemwechsel im Kündigungsverfahren

3.3.1 Situation

Person XY ist als hauptberuflich Selbstständiger bei der Krankenkasse A seit 01.01.2015 freiwillig versichert, kündigt am 18.08.2022, um ab 01.11.2022 bei der PKV-Versicherung B privat krankenversichert zu werden.

3.3.2 Lösung

Es gilt Regel 2 (vgl. Kapitel 3.1.2).
Vergabeantrag durch das PKV-Unternehmen generell frühestens 35 Tage vor Versicherungsbeginn. Damit wird die Notwendigkeit einer Rückabwicklung deutlich reduziert.

3.4 Beispiel 3: Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum Jahreswechsel

3.4.1 Situation

Person XY ist jahrelang als Arbeitnehmer versicherungspflichtig bei der KK A. Der Arbeitgeber meldet am 18.02.2023 einen Beitragsgruppenwechsel zum 01.01.2023. Am 20.02.2023 teilt die KK A der Person XY mit, dass sie wegen Überschreitung der Arbeitsentgeltgrenze ab 01.01.2023 versicherungsfrei ist und weist auf die Austrittsmöglichkeit hin. Person XY erklärt am 27.02.2023 den Austritt gegenüber der KK A und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall beim PKV-Unternehmen B ab 01.01.2023 nach, die sie am 23.02.2023 abgeschlossen hat.

3.4.2 Lösung

Regel 3 findet Anwendung (vgl. Kapitel 3.1.3).
Vergabeantrag durch PKV-Unternehmen B am 23.02.2023 mit Nutzungsbeginn 01.01.2023. Die entsprechende NOK-Meldung geht am 24.02.2023 ein. Im Clearingverfahren wird die Personengleichheit festgestellt. KK A hat das Nutzungsende zum 31.12.2022 zu melden, der erneute Vergabeantrag durch das PKV-Unternehmen hat drei Tage nach der Feststellung der Personengleichheit zu erfolgen, damit ein erneuter Clearingfall vermieden wird.

3.4.3 Hinweise

In der Praxis kann sich die Fallkonstellation aufgrund der von DEÜV losgelösten Informationen des Versicherten zeitlich unterscheiden. Das Versicherungsverhältnis wird aufgrund eines Vergabeantrags KVNR/Clearing nicht geklärt.

3.5 Beispiel 4: Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze durch Beschäftigungswechsel

3.5.1 Situation

Person XY ist jahrelang als Arbeitnehmer versicherungspflichtig bei der KK A. Am 01.11.2022 nimmt sie eine neue Beschäftigung als versicherungsfreier Arbeitnehmer auf. Der neue Arbeitgeber gibt die entsprechenden Meldungen am 15.11.2022 ab. Am 28.11.2022 teilt die Krankenkasse A der Person mit, dass sie wegen Überschreitung der Arbeitsentgeltgrenze ab 01.11.2022 versicherungsfrei ist und weist auf die Austrittsmöglichkeit hin. Person XY schließt am 04.12.2022 eine private Krankenversicherung bei der PKV-Versicherung ab 01.11.2022 ab. Die Austrittserklärung liegt der KK A noch nicht vor.

3.5.2 Lösung

Regel 4 kommt zur Anwendung (vgl. Kapitel 3.1.4).
Vergabeantrag durch PKV-Unternehmen B am 04.12.2022 mit Nutzungsbeginn 01.11.2022. Die entsprechende NOK-Meldung geht am 05.12.2022 ein. Die KK A hat das Nutzungsende 31.10.2022 nach Feststellung der Personenidentität zu melden, das PKV-Unternehmen den Vergabeantrag drei Arbeitstage nach der Mitteilung zu stellen. Eine Berichtigung im Gesamtsystem erfolgt nur dann, wenn der Wechsel gar nicht zu Stande kommt (Storno-Vergabeantrag, Storno-Meldung Nutzungsende). Verschiebt sich lediglich der Zeitpunkt des Wechsels erfolgt keine Berichtigung.

3.6 Beispiel 5: Vollversicherung vs. Anwartschaftsversicherung

3.6.1 Situation

Person XY ist seit Geburt beim PKV-Unternehmen B privat krankenversichert. Von der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) erfolgte eine Befreiung. Nach Abschluss des Studiums wird am 01.11.2022 eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Es bestehen jedoch gute Aussichten, dass in absehbarer Zeit ein Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt wird. Deshalb wandelt Person XY zum 01.11.2022 die private Krankenvollversicherung in eine große PKV-Anwartschaftsversicherung um.
Am 03.11.2022 wählt XY die KK A als zuständige Krankenkasse. KK A stellt am 03.11.2022 einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.11.2022 und erhält am 04.11.2022 eine NOK-Meldung, da ein laufender Nutzungszeitraum des PKV-Unternehmens B im Gesamtsystem verzeichnet ist.

3.6.2 Lösung

Es kommt Regel 5 (vgl. Kapitel 3.1.5) zum Einsatz.
Eine Anwartschaftsversicherung wird in der Regel im Anschluss an eine „Vollversicherung“ durchgeführt. Daher bedarf es keiner besonderen Regelung. Bei Feststellung der Personengleichheit ist das Nutzungsende 31.10.2022 zu melden.

3.7 Beispiel 6: Eintritt der Versicherungspflicht – Rückwirkende Kündigung PKV

3.7.1 Situation

Person XY ist als versicherungsfreier Arbeitnehmer beim PKV-Unternehmen B versichert. Durch einen Wechsel in der Beschäftigung ab 01.12.2022 wird sie versicherungspflichtig und wählt am 05.12.2022 die KK A. Der Eintritt der Versicherungspflicht wird am 02.02.2023, also innerhalb der Frist nach § 205 Abs. 2 Satz 1 VVG gegenüber dem PKV-Unternehmen nachgewiesen. Die private Krankenversicherung wird deshalb rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht gekündigt.
KK A stellt am 05.12.2022 einen Vergabeantrag. Die NOK-Meldung aus dem Gesamtsystem wird am 06.12.2022 zurückgemeldet. Das Clearing hat Personengleichheit ergeben.

3.7.2 Problematik

Am 06.12.2022 stellt sich der Sachverhalt zunächst als Doppelversicherung dar, da das PKV-Unternehmen die Kündigung und den Nachweis der Versicherungspflicht noch nicht erhalten hat.

3.7.3 Lösung

Es kommt Regel 3 (vgl. Kapitel 3.1.3) zum Einsatz.
Mit Feststellung der Personenidentität hat das PKV-Unternehmen B das Nutzungsende zum 30.11.2022 zu melden. Drei Arbeitstage nach der Mitteilung stellt die KK A erneut einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.12.2022, erhält eine OK-Meldung und kann die eGK (bzw. digitale Identität) ausstellen.

3.8 Beispiel 7: Eintritt der Versicherungspflicht – Kündigung der PKV in die Zukunft

3.8.1 Situation

Person XY ist als versicherungsfreier Arbeitnehmer beim PKV-Unternehmen B versichert. Durch einen Wechsel in der Beschäftigung ab 01.11.2022 wird sie versicherungspflichtig und wählt am 04.11.2022 die KK A. Der Eintritt der Versicherungspflicht wird am 04.04.2023, also nicht innerhalb der Frist nach § 205 Abs. 2 Satz 1 VVG gegenüber dem PKV-Unternehmen B nachgewiesen. Die private Krankenversicherung wird deshalb erst zum 30.04.2023 gekündigt (§ 205 Abs. 2 Satz 4 VVG).

3.8.2 Problematik

Es besteht vom 01.11.2022 bis 30.04.2023 tatsächlich eine Doppelversicherung.

3.8.3 Lösung

Es kommt Regel 3 (vgl. Kapitel 3.1.3) zum Einsatz.
Das PKV-Unternehmen B hat nach Feststellung der Personenidentität das Nutzungsende 31.10.2022 sofort zu melden. Drei Arbeitstage nach der Mitteilung stellt die KK A einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.11.2022 und erhält eine OK-Meldung und kann die eGK (bzw. digitale Identität) ausstellen. Die Zeit der Doppelversicherung ist für das Gesamtsystem KVNR nicht relevant.

3.9 Beispiel 8: Doppelversicherungen I: GKV kommt zu bestehender PKV-Versicherung hinzu

3.9.1 Situation

Person XY seit Jahren beim PKV-Unternehmen B privatversichert, ebenso der Ehegatte als Selbstständiger. Zuletzt war die Person XY bei KK A gesetzlich versichert. Die Person XY übt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus. Am 01.11.2022 wird die Arbeitszeit ausgeweitet, mit der Folge, dass Versicherungspflicht eintritt. Die Person XY will aber auf die private Krankenversicherung nicht verzichten und weiter privat versichert bleiben. Sie informiert daher das PKV-Unternehmen B nicht über den Eintritt der Versicherungspflicht.
Der Arbeitgeber meldet die Person XY bei der KK A an. Die KK A stellt einen Vergabeantrag ab 01.11.2022 an das Gesamtsystem und erhält eine NOK-Meldung. Das Clearing-Verfahren ergibt Personengleichheit.

3.9.2 Problematik

Es liegt eine Doppelversicherung vor.

3.9.3 Lösung

Mit der Feststellung der Personenidentität hat das PKV-Unternehmen das Nutzungsende 31.10.2022 zu melden. Das PKV-Unternehmen übermittelt das Nutzungsende am 30.11.2022. Drei Arbeitstage nach der Mitteilung stellt die KK A einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.11.2022 und erhält eine OK-Meldung. Damit kann sie eine eGK (bzw. digitale Identität) ausstellen.

3.9.4 Fortsetzung Beispiel 8 – Teil 1

Zu einem späteren Zeitpunkt will das PKV-Unternehmen eine neue eGK für Person XY ausgeben. Nachdem die Produktion der eGK gestartet wurde, stellt das PKV-Unternehmen fest, dass die Meldung Nutzungssende >= 24 Monate zurückliegt. Das PKV-Unternehmen muss vor Herausgabe der eGK einen Vergabeantrag stellen. Nutzungsbeginn ist der 01.01.2025. Damit wird ein Clearing-Verfahren zwischen KK A und Unternehmen B ausgelöst. Die Personengleichheit wird festgestellt. KK übermittelt ein Nutzungsende 31.12.2024, Unternehmen B einen neuen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.01.2025. Dieser wird mit OK vom Gesamtsystem bestätigt.

3.9.5 Fortsetzung Beispiel 8 – Teil 2

Durch die Scheidung am 03.08.2027 kann sich Person XY eine private Krankenversicherung neben einer Pflichtversicherung nicht mehr leisten und weist dem PKV-Unternehmen B am 10.08.2027

den Eintritt der Versicherungspflicht zum 01.11.2022 nach. Die Kündigung wird zum 31.08.2027 wirksam.

3.9.6 Lösung

Aufgrund einer Kündigung darf keine Meldung Nutzungsende erfolgen. Dies gilt sowohl für die GKV als auch für die PKV. Sollte die PKV nach der Kündigung für die Nutzung der KVNR eingetragen sein, käme es zu einem erneuten Clearing-Verfahren zwischen Unternehmen B und KK A. Dieser Fall kann bis zu 5 Jahre nach Kündigung der PKV eintreten. Grund: Gültigkeitsdauer der eGK bei de KK A: 5 Jahre.

3.10 Beispiel 9: Doppelversicherungen II - PKV kommt zu bestehender GKV-Versicherung hinzu

3.10.1 Situation

Ein Ehepaar, beide gesetzlich bei der KK A versichert, ein Kind in der Familienversicherung. Ehegatte XY wird ab 01.11.2022 Beamter und schließt die Restkostenversicherung beim PKV-Unternehmen B ab. Auch das Kind wird in der PKV versichert. Ein Ausschlusstatbestand der Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V beseht nicht.
Das PKV-Unternehmen stellt für das familienversicherte Kind einen Vergabeantrag zum 01.11.2022 und erhält eine NOK-Meldung.

3.10.2 Problematik

Es handelt sich um eine Doppelversicherung.

3.10.3 Lösung

Die KK A meldet das Nutzungsende nach Feststellung der Personengleichheit zum 31.10.2022.
Drei Tage nach der Mitteilung stellt das PKV-Unternehmen B einen Vergabeantrag mit Nutzungsbeginn 01.11.2022 und erhält eine OK-Meldung und kann eine eGK (bzw. digitale Identität) herausgeben.
Wird zu einem späteren Zeitpunkt der PKV-Vertrag wirksam gekündigt, darf das PKV-Unternehmen das Nutzungsende nicht melden.