

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 11. November 2014
in Berlin



Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Familienversicherung; hier: Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens in den Fällen von häufig wiederkehrenden Familienversicherungen im Wechsel mit versicherungspflichtigen Beschäftigungen von kurzer Dauer	5
Top 2 Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung	7
Top 3 Krankenkassenwahlrecht; hier: Prüfung der Krankenkassenzuständigkeit bei einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle	9
Top 4 Beitragssatz in der Krankenversicherung während der Freistellungsphase von Altersteilzeitarbeit; hier: Beschäftigungsaufnahme nach Beendigung der Altersteilzeitarbeit zum Erreichen einer abschlagsfreien Altersrente für besonders langjährig Versicherte ab Vollendung des 63. Lebensjahres	11



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
11. November 2014



Top 1

Familienversicherung;

hier: Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens in den Fällen von häufig wiederkehrenden Familienversicherungen im Wechsel mit versicherungspflichtigen Beschäftigungen von kurzer Dauer

Sachverhalt:

Die Familienversicherung von Ehegatten, Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung verlangt unter anderem, dass diese Familienangehörigen kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V/ § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI).

Unter dem Gesamteinkommen im Sinne der vorgenannten Regelungen zum Ausschluss der Familienversicherung ist nach der Legaldefinition in § 16 SGB IV die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zu verstehen; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen. Bei der Prüfung der Frage, ob die maßgebende Gesamteinkommengrenze überschritten wird, ist ausschließlich das regelmäßig im Monat erzielte bzw. zufließende Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Bei der Feststellung des regelmäßigen Gesamteinkommens sind die Grundsätze, die für die Statusentscheidungen im Versicherungsrecht (z. B. für die Beurteilung der Versicherungspflicht oder -freiheit von Beschäftigungsverhältnissen) entwickelt wurden, zu beachten. Insbesondere gilt es, dem Grundsatz einer vorausschauenden Betrachtungsweise ausreichend Rechnung zu tragen.

Aus der Praxis wurde die Frage gestellt, ob in den Fällen von häufig wiederkehrenden Familienversicherungen im Wechsel mit versicherungspflichtigen Beschäftigungen von kurzer Dauer das Arbeitsentgelt aus diesen Beschäftigungen bei der Ermittlung des in der Familienversicherung relevanten regelmäßigen Gesamteinkommens zu berücksichtigen ist. Unter anderem stellt sich die Frage, ob diese Beurteilung von der Häufigkeit der einzelnen Arbeitseinsätze (z. B. halbmonatiger Rhythmus) bzw. davon abhängig ist, ob die Zeiten der jeweiligen Beschäftigungen von vornherein feststehen oder sich kurzfristig ergeben.

Ergebnis:

Die Prüfung des Gesamteinkommens im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bzw. des § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI bei der Feststellung der Familienversicherung ist durch den Grundsatz einer vorausschauenden Betrachtungsweise geprägt. Diese Prüfung kommt allerdings nur für sol-



che Zeiträume infrage, in denen ein möglicher Anspruch auf die Familienversicherung überhaupt auf dem Prüfstand steht. Scheidet die Familienversicherung für bestimmte Zeiträume bereits wegen der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V aus, sind diese Zeiträume und das in dieser Zeit erzielte Arbeitsentgelt nicht in die Prüfung der Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens einzubeziehen. Dies gilt ohne Rücksicht darauf, wie lange die einzelnen Beschäftigungszeiträume dauern, in welchem Rhythmus die Arbeitseinsätze erfolgen und zum welchen Zeitpunkt sie dem Versicherten bzw. der Krankenkasse bekannt sind.

Diese Herangehensweise stellt sicher, dass Arbeitsentgelt, das bereits als ein Tatbestand einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum Ausschluss der Familienversicherung geführt hat, nicht darüber hinaus auf die beschäftigungslosen Zeiten „ausstrahlt“ und dadurch in seiner Eigenschaft als Gesamteinkommen für weitere Zeiträume die Familienversicherung ausschließt. Darüber hinaus lässt dieses Verfahren die Verwerfungen vermeiden, die ansonsten durch eine mögliche doppelte Verbeitragung desselben Arbeitsentgeltes (zum einen im Rahmen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und zum anderen im Rahmen einer wegen des Ausschlusses der Familienversicherung notwendigen freiwilligen Mitgliedschaft) entstehen könnten.

Das beschriebene Verfahren entspricht im Übrigen der gängigen Praxis bei den prognostischen Entscheidungen über den Versicherungsstatus, wonach künftige Veränderungen der Einkommenssituation (selbst wenn sie bereits im Voraus bekannt sind) jeweils erst ab dem Zeitpunkt ihrer Wirkung Berücksichtigung finden. Zum Beispiel wird der zu erwartende Entgeltwegfall aus Anlass einer geplanten Inanspruchnahme von Elternzeit im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtungsweise bei der Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB V zunächst nicht berücksichtigt und wirkt sich erst ab Beginn der Elternzeit aus. So wird auch in den hier zur Diskussion stehenden Sachverhalten davon ausgegangen, dass sich die aktuelle wirtschaftliche Situation des Versicherten jeweils mit der Aufnahme bzw. Beendigung einer Beschäftigung so grundlegend verändert, dass eine neue Betrachtung – und sei es nur für kurze Zeiträume – erforderlich wird.



Top 2

Weiterentwicklung des maschinellen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung

Sachverhalt:

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

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

Bezugnehmend auf die Diskussion in der Fachkonferenz Beiträge am 17. Juni 2014 zu Top 6 der Beratungsunterlagen bestand Einvernehmen, die vorgebrachten Friktionen im Verfahren, die im Wesentlichen von technischen Fragestellungen geprägt waren, im Rahmen der am 26. Juni 2014 stattfindenden technischen Arbeitsgruppe zum Fami-Meldeverfahren ergänzend zu erörtern.

Ergebnis der vorgenannten technischen Arbeitsgruppe war, die Verfahrensbeschreibung einschließlich der Anlagen in der Fassung vom 22. August 2013 insbesondere im Hinblick auf

- die seit der Einführung des maschinellen Verfahrens erforderlichen Klarstellungen und notwendigen Anpassungen im Bereich der Datenübermittlung und den Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine sowie
- die sich aus der Umsetzung eines maschinellen Fehlerrückmeldeverfahrens ergebenden Änderungen

zu überarbeiten (vgl. Top 1 der technischen Arbeitsgruppe am 26. Juni 2014).

Fachkonferenz Beiträge
11. November 2014



Ergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer kommen überein, die Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Meldegrundsätze einschließlich der Anlagen in der Version 1.2 in der zum 1. Januar 2015 respektive 1. Januar 2016 an geltenden Fassung final zu verabschieden. Die aktualisierten Dokumente sind als Anlage beigefügt.

Anlagen



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

Stand: 26.06.2014
Gültig ab: 01.01.2015
Version: 1.2

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliches.....	4
2	Verfahren bei den Krankenkassen	5
2.1	Voraussetzungen bei den Krankenkassen.....	5
2.1.1	Allgemeines.....	5
2.1.2	Datenübermittlung.....	5
2.1.3	Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine	7
2.1.4	Stornierung von maschinellen Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten.....	7
2.1.5	Erinnerungsverfahren	7
2.1.6	Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen	9
2.2	Aufbau und Prüfung der Meldungen.....	9
2.3	<u>Bestandsfehlerverfahren</u>	9
3	Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen.....	10
3.1	Allgemeines	10
3.2	Prüfung der Meldungen	10
3.2.1	Allgemeines.....	10
3.2.2	Weiterleitung der Meldungen.....	10
3.3	Fehlerbehandlung.....	10
3.3.1	Fehlerhafte Dateien.....	10
3.3.2	Fehlerhafte Datensätze	10
4	Inhalt spezieller Datenfelder	11
4.1	Allgemeines	11
4.2	DSFM	11
4.2.1	Abgabegrund.....	11
4.2.2	Art der Meldung.....	12
4.2.3	Aktenzeichen Krankenkasse	12
4.2.4	Krankenversicherternummer gem. § 290 SGB V.....	12
4.3	DBZT	13
4.3.1	Versichert bis	13
4.3.2	(voraussichtlich) Versichert ab.....	13
4.4	<u>DBBF</u>	13
4.4.1	<u>Bestandsfehler</u>	13
5	Anlagen	15

Änderungsprotokoll Datenaustausch Familienversicherung (VB)

Abschnitt/ Seite	Erläuterung
Einleitung	Der Einleitungstext der Verfahrensbeschreibung wurde unter Kapitel 1 (Grundsätzliches) eingefügt. Die Absätze 2 und 3 des ehemaligen Kapitels "1. Grundsätzliches" wurden gestrichen (redundant). Der Absatz 1 des ehemaligen Kapitels "1 Grundsätzliches" wurde in das Kapitel 2.1.1 - Voraussetzungen bei den Krankenkassen - Allgemeines verschoben.
Verfahren bei den Krankenkassen - Datenübermittlung	2.1.2 - Aufnahme der Verfahrenskennung "MFV"
Fehlerhafte Datensätze	3.3.2 - es wurde darauf hingewiesen, dass die "BBNR-ABSENDER" und die "BBNR-EMPFAENGER" zu tauschen sind.
Erinnerungsverfahren	redaktionelle Änderung um Interpretationsspielräume zu vermeiden (Option eines wurde entfernt)
Verfahren bei den Krankenkassen - Bestandsfehlerverfahren	Das ab 1. Januar 2016 einzusetzende Bestandsfehlerverfahren wurde ergänzt.
Inhalt der Datenfelder im DSFM und im DBZT - Art der Meldung	Das "B" für Bestandsfehler wurde hinzugefügt (gültig ab 01.01.2016).
Anlagen	5. Schlüsselzahlen für die Bestandsfehler wurde hinzugefügt (gültig ab 01.01.2016).
Inhalt der Datenfelder - DBBF	Das Feld "BESTANDSFEHLER" wurde näher erklärt (gültig ab 01.01.2016).
Verwendungsregeln für Datensätze und Datenbausteine	Hinweis, dass die Datensätze unverändert in der Kassenbestandssoftware zu verarbeiten sind und bei der Beantwortung ebenso unverändert zurückzuübermittelt werden.
Stornierung von maschinellen Meldungen; Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten	Auf die Rückgabe eines Bestandsfehlers mit Grund "02" ab 01.01.2016 anstelle einer E-Mail wird verwiesen.

1 Grundsätzliches

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

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

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

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

2 Verfahren bei den Krankenkassen

2.1 Voraussetzungen bei den Krankenkassen

2.1.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

2.1.2 Datenübermittlung

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

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

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

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

2.1.3 Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine

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

2.1.4 Stornierung von maschinellen Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten

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

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

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

Wird eine Meldung an eine unzuständige Krankenkasse übermittelt, hat diese ihre Unzuständigkeit dem im Datensatz aufgeführten Ansprechpartner per E-Mail mitzuteilen. Die bereits abgegebene Meldung verbleibt bei der unzuständigen Krankenkasse; sie bedarf keiner Stornierung. Ab 01.01.2016 ist anstatt der E-Mail ein Bestandsfehler gemäß der Anlage 5 mit dem Grund „2“ (keine Versicherung feststellbar) zu melden. Eine erneute Übermittlung einer Erstanfrage hat nach weiterer Ermittlung an die zuständige Krankenkasse zu erfolgen.

2.1.5 Erinnerungsverfahren

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

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

2.1.6 Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen

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

2.2 Aufbau und Prüfung der Meldungen

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

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

- DBAN - Anschrift
- DBNA - Name
- DBZT - Zeiten
- DBAP - Ansprechpartner
- DBBF - Bestandsfehler
- DBFE - Fehler.

2.3 Bestandsfehlerverfahren

Ab dem 1. Januar 2016 ist ein maschinelles Bestandsfehlerverfahren vorgesehen. Hierbei übermittelt die Krankenkasse, die bei einem eingehenden Datensatz („ABGABE-GRUND“ „01“ oder „03“) Abweichungen gemäß der Bestandsfehler (siehe Anlage 5) feststellt diese Abweichungen an die absendende Krankenkasse mit dem Datenbaustein DBBF zurück. Im Feld „ART-DER-MELDUNG“ im DSFM ist das Kennzeichen „B“ – Bestandsfehler zu setzen und der DSFM mit den ursprünglich übermittelten Daten zurück zu melden. Die Bestandsfehler sind ebenfalls über den im maschinellen Fami-Meldeverfahren etablierten Transferweg zu melden. Die Felder „BBNR-ABSENDER“ und „BBNR-EMPFAENGER“ im DSFM sind im Falle eines Bestandsfehlers zu tauschen.

3 Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen

3.1 Allgemeines

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

3.2 Prüfung der Meldungen

3.2.1 Allgemeines

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

3.2.2 Weiterleitung der Meldungen

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

3.3 Fehlerbehandlung

3.3.1 Fehlerhafte Dateien

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

3.3.2 Fehlerhafte Datensätze

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

4 Inhalt spezieller Datenfelder

4.1 Allgemeines

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

4.2 DSFM

4.2.1 Abgabegrund

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

In diesem Feld ist der Grund für die Übermittlung der Daten anzugeben. Die Abgabegründe ergeben sich aus § 9 Abs. 3 bis 6 der Fami-Meldegrundsätze; die dazugehörigen Meldungen dienen der Umsetzung der Anlagen 3 bis 6 der Fami-Meldegrundsätze. Eine Meldung mit Grund der Abgabe „01“ ist nicht abzugeben, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde, wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 2 der Fami-Meldegrundsätze). Eine Meldung mit Grund der Abgabe "03" ist nicht abzugeben bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder § 9 SGB V versichert waren (vgl. § 9 Abs. 6 Satz 4 der Fami-Meldegrundsätze).

4.2.2 Art der Meldung

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

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

4.2.3 Aktenzeichen Krankenkasse

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

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

4.2.4 Krankenversicherungsnummer gem. § 290 SGB V

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

4.3 DBZT

4.3.1 Versichert bis

005-012	008	n	m	VERSICHERT-BIS VERS-BIS	Datum, bis wann die Versicherung bestand jhjmmtt
---------	-----	---	---	----------------------------	---

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

4.3.2 (voraussichtlich) Versichert ab

013-020	008	n	m	VERSICHERT-SEIT VERS-SEIT	Datum, ab wann die Versicherung besteht jhjmmtt
---------	-----	---	---	------------------------------	--

In diesem Feld ist das Datum anzugeben, ab dem die Familienversicherung oder Mitgliedschaft bei der zuständig gewordenen Krankenkasse (bezüglich der Familienversicherung voraussichtlich) beginnt. Die Grundlage für die Übermittlung des Beginn-Datums bildet § 9 Abs. 3 und 6 Satz 1 der Fami-Meldegrundsätze. Dieses Datenfeld entspricht der bisherigen Angabe eines Beginn-Datums in den Anlagen 3 und 5 der Fami-Meldegrundsätze. Die Mussangabe unter Bedingungen „m“ ergibt sich aus dem „ABGABE-GRUND“ im DSFM (Stellen 171-172).

4.4 DBBF

4.4.1 Bestandsfehler

005-006	002	an	M	BESTANDSFEHLER BF	Grund des Bestandsfehlers: 01 = Abgabegrund passt nicht zum Versichertenbestand 02 = keine Versicherung feststellbar 03 = fehlende Erstanfrage 04 = Erstanfrage bereits beantwortet
---------	-----	----	---	----------------------	---

In diesem Feld ist der Grund für die maschinelle Bestandsfehler-Rückmeldung gemäß Anlage 5 anzugeben. Wird bei der maschinellen Verarbeitung einer Meldung mit dem Abgabegrund „01“ oder „03“ („ABGABEGRUND“ Stellen 171-172 im DSFM) ein Bestandsfehler bei der abgebenden Krankenkasse festgestellt, ist der Datensatz Meldungen nach dem Fami-Meldegrundsätzen (DSFM) mit den unveränderten Ursprungsdaten, ergänzt um den Bestandsfehler gemäß Anlage 5, der aufnehmenden Krankenkasse zurückzumelden.

5 Anlagen

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

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

Stand:	26.06.2014
Gültig ab:	01.01.2015
Version:	1.2.0

Inhaltsverzeichnis

1	Datensatz: VOSZ - Vorlaufsatz.....	3
2	Datensatz: DSFM – Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen	5
3	Datenbaustein: DBNA - Name.....	10
4	Datenbaustein: DBAN - Anschrift	11
5	Datenbaustein: DBZT – Zeiten	12
6	Datenbaustein: DBAP – Ansprechpartner	14
7	Datenbaustein: DBBF – Bestandsfehler	17
8	Datenbaustein: DBFE - Fehler.....	18
9	Datensatz: NCSZ - Nachlaufsatz.....	19

Änderungsprotokoll Datenaustausch Familienversicherung - Anlage 1

Version	Abschnitt/ Seite	Erläuterung
1.2.0	NCSZ - VERSIONS-NR	Wegfall der Prüfung NCSZH10 da die Prüfung in KV-internen-Verfahren nicht durchgeführt wird
1.2.0	DSFM - GEBURTSDATUM	Erweiterung der Prüfung DSFM132: Im Geburtstag oder im Geburtsmonat ist „00“ bzw. „0000“ zulässig, wenn der Geburtstag und der Geburtsmonat nicht zu ermitteln sind.
1.2.0	DSFM - ART-DER-MELDUNG	Das Kennzeichen "B" für Bestandsfehler wurde hinzugefügt (gültig ab 01.01.2016).
1.2.0	DSFM - MM-BESTANDSFEHLER	Merkmal Bestandsfehler (Stelle 201) wurde hinzugefügt (gültig ab 01.01.2016).
1.2.0	DBBF - Datenbaustein Bestandsfehler	Datenbaustein Bestandsfehler (DBBF) wurde neu aufgenommen (gültig ab 01.01.2016).
1.2.0	DSFM - FEHLER-ANZAHL	Prüfung DSFMv30 redaktionell angepasst.
1.2.0	Ermittlung Datenbausteine	Der DBBF - Bestandsfehler wurde mit aufgenommen.

1 Datensatz: VOSZ - Vorlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung des Vorlauf- satzes 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 Datenaus- tausch es sich handelt: -WLTWL = Meldungen der Weiterleitungsstel- len untereinander, -WLTKV = Meldungen der Weiterleitungsstel- len an die Kranken- kassen, -KVTWL = Meldungen der Krankenkassen an die Weiterleitungsstel- len nach den Fami- Meldegrundsätzen	Zulässig sind nur die in der Spalte „Inhalt/Erläuterung“ angegebenen Werte. Fehlernummer: VOSZv10
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leer- zeichen) nnnnnnnn	Prüfung, ob es sich um eine zu- lässige Absender-Betriebsnummer handelt. Bei Dateien: - der Krankenkassen (VFMM = „KVTWL“) muss es sich um eine Betriebsnummer einer Kranken- kasse, -der Datenannahmestellen (VFMM = „WLTKV“ oder „WLTWL“) der Einzugsstellen muss es sich um eine gültige Betriebsnummer einer Datenannahmestelle der Einzugs- stellen (s. Anlage 17 des DEÜV- Rundschreibens) handeln. Fehlernummer: VOSZv20

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

2 Datensatz: DSFM – Meldungen nach den Fami-Meldegrundsätzen

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datensatz es sich handelt DSFM	Zulässig ist „DSFM“. Fehlernummer: DSFMv01 Zulässig sind im Feld „VERFAHRENS-MERKMAL“ im VOSZ (Stellen 005-009) nur die Werte „WLTWL“, „WLTKV“ oder „KVTWL“ Fehlernummer: DSFM010
005-009	005	an	M	VERFAHREN VF	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist MVFAM = Meldungen der Krankenkassen nach den Fami-Meldegrundsätzen	Zulässig ist „MVFAM“. Fehlernummer: DSFMv05
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers des Datensatzes (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen "BBNR-ABSENDER" muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer einer Krankenkasse handeln. Fehlernummer: DSFMv10 Die Betriebsnummer ist gemäß des DEÜV Rundschreibens Ziffer 1.3.2.2 zu prüfen. Fehlernummer: DSFM020
025-039	015	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM030
040-054	015	an	M	BBNR-EMPFAENGER BBNREP	Betriebsnummer des Empfängers des Datensatzes (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen BBNR-EMPFAENGER muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer einer Krankenkasse handeln. Fehlernummer: DSFMv20 Die Betriebsnummer ist gemäß des DEÜV Rundschreibens Ziffer 1.3.2.2 zu prüfen. Fehlernummer: DSFM040

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
055-056	002	n	M	VERSIONS-NR VERNRR	<p>Versionsnummer des übermittelten Datensatzes</p> <p>01-99</p>	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM050</p> <p>Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. Fehlernummer: DSFM052</p>
057-076	020	n	M	DATUM- ERSTELLUNG ED	<p>Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form:</p> <p>jhjmmmtt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikrosekunde) in den letzten 6 Stellen optional</p>	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM060</p> <p>Das Erstellungsdatum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSFM062</p> <p>Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein. Fehlernummer: DSFM064</p> <p>Die Uhrzeit muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSFM066</p>
077-077	001	n	M	FEHLER-KENNZ FEKZ	<p>Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze</p> <p>0 = Datensatz fehlerfrei, 1 = Datensatz fehlerhaft</p>	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen Fehlernummer:DSFM070</p> <p>Zulässig ist nur „0“ oder „1“ Fehlernummer:DSFM072</p> <p>Bei Meldungen von den Krankenkassen zur Datenannahmestelle (VFMM im VOSZ (Stellen 005-009) = „KVTWL“) ist nur der Wert „0“ zulässig. Fehlernummer: DSFMv25</p>
078-078	001	n	M	FEHLER-ANZAHL FEAN	<p>Anzahl der Fehler des Datensatzes in der Form:</p> <p>n</p>	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM080</p> <p>Ist im Feld "FEHLER-KENNZ" (Stelle 077) der Wert „0“ angegeben, ist hier nur der Wert „0“ zulässig. Fehlernummer: DSFM082</p> <p>Ist im Feld "FEHLER-KENNZ" ein Wert > „0“ angegeben, ist hier nur ein Wert von „1“ bis „9“ zulässig. Fehlernummer: DSFMv30</p> <p>Zulässig ist nur die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Fehler im Datensatz übereinstimmt (maximal „9“). Fehlernummer: DSFMv35</p>

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
079-090	012	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM090
091-102	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-MELDUNG AZ-KK-MEL	Dieses Feld steht der zuständig gewordenen Krankenkasse zur freien Verfügung	Zulässig sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche. Fehlernummer:DSFM100 Bei Rückmeldungen sind die in diesem Feld ggf. enthaltenen Werte auch mit anzugeben.
103-114	012	an	K	AKTENZEICHEN-KK-RUECKMELDUNG AZ-KK-RUECK	Dieses Feld steht der bisher zuständigen Krankenkasse zur freien Verfügung	Zulässig sind nur Buchstaben ohne Umlaute, Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche. Fehlernummer:DSFM105
115-115	001	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM110
116-170	055	an	k	DATENSATZ-ID DS-ID	Datensatz-ID wird zu einem späteren Zeitpunkt spezifiziert.	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer:DSFM115
171-172	002	n	M	ABGABE-GRUND AGGD	Grund der Abgabe 01 = Mitgliedschaft/FAMI neue Kasse – Vorkasse FAMI, 02 = Rückmeldung Vorkasse – Ende FAMI, 03 = voraussichtlich FAMI neue Kasse – Vorkasse Mitglied, 04 = Rückmeldung Vorkasse – Ende Mitgliedschaft	Zulässig sind nur numerische Zeichen Fehlernummer:DSFM120 Zulässig sind nur die Ziffern „01“, „02“, „03“ oder „04“. Fehlernummer: DSFM122 Bei "ART-DER-MELDUNG" (Stelle 181) „E“ sind nur die Ziffern „01“ oder „03“ zulässig. Fehlernummer: DSFM124
173-180	008	n	M	GEBURTSDATUM GEBDT	Geburtsdatum des Versicherten im Format jhjjmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSFM130 Prüfung auf logische Richtigkeit. Im Geburtstag oder im Geburtstag und im Geburtsmonat ist „00“ bzw. „0000“ zulässig, wenn der Geburtstag und der Geburtsmonat nicht zu ermitteln sind. Fehlernummer: DSFM132 Das Geburtsdatum darf nicht mehr als 150 Jahre vor dem Verarbeitungsdatum liegen. Fehlernummer: DSFM134 Das Geburtsdatum darf nicht nach dem Verarbeitungsdatum liegen. Fehlernummer: DSFM136

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
181-181	001	an	M	ART-DER-MELDUNG AT-ME	Kennzeichen der Meldung: M = Meldung, S = Stornierung, E = Erinnerung B = Bestandsfehler	Zulässig ist nur „M“, „S“, „E“ oder „B“ Fehlernummer: DSFM140
182-191	010	an	M	KVNR KVNR	Krankenversicherternummer gem. § 290 SGB V (10 Stellen)	Die Krankenversicherternummer beinhaltet in den Stellen 2-10 ausschließlich die Ziffern 0-9. Fehlernummer:DSFM150 Die Krankenversicherternummer ist im Format wie folgt zu übermitteln: Die 1. Stelle: Alpha-Zeichen (Wertebereich A - Z, ohne Umlaute), 2. bis 9. Stelle: 8-stellige lfd. Zählnummer, 10. Stelle: Prüfziffer. Fehlernummer:DSFM152 Die letzte Ziffer der Krankenversicherternummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer wird gemäß Anlage 1 der „Organisatorischen und technischen Richtlinien zur Nutzung der Versicherungsnummer nach § 147 SGB VI bei Einführung einer neuen Krankenversicherternummer nach § 290 SGB V“ gebildet. Fehlernummer:DSFM154
192-196	005	an	M	RESERVE	Reservefeld	Zulässig ist nur Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSFM155
197-197	001	an	M	MM-NAME	Datenbaustein DBNA – Name vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM160 Bei „MM-NAME“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBNA“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM162
198-198	001	an	M	MM-ANSCHRIFT	Datenbaustein DBAN – Anschrift vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM170 Bei „MM-ANSCHRIFT“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBAN“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM172
199-199	001	an	M	MM-ZEITEN	Datenbaustein DBZT – Zeiten vorhanden: J = Daten vorhanden	Zulässig ist nur „J“. Fehlernummer: DSFM180 Bei „MM-ZEITEN“ = „J“ muss der Datenbaustein „DBZT“ vorhanden sein. Fehlernummer: DSFM182

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

3 Datenbaustein: DBNA - Name

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

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

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

4 Datenbaustein: DBAN - Anschrift

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

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

5 Datenbaustein: DBZT – Zeiten

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

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

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

6 Datenbaustein: DBAP – Ansprechpartner

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

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

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
056-075	020	an	k	FAX-ANSPRECHPARTNER FAX-AP	<p>Faxrufnummer des Ansprechpartners gemäß DIN 5008:</p> <p>Die Faxnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern, vor der Durchwahlnummer steht ein Bindestrich.</p> <p>Beispiele: Einzelschluss, 04404 912145 Durchwahlanschluss, 04401 922-122, International +49 4401 922-131. (Die länderbezogene Zusatznummer sollte durch das Zeichen + vor der Landesvorwahl dargestellt werden (z. B. statt 0049 besser +49).</p>	Keine Prüfung.
076-145	070	an	M	EMAIL-ANSPRECHPARTNER EMAIL-AP	<p>E-Mail-Adresse des Ansprechpartners in der Form:</p> <p><user>@<host>. <domain>.<topeleveldomain>.</p> <p>user = Benutzername, host = Rechnername zur Postverarbeitung, domain = Bereichsname, in dem der Rechner steht, topeleveldomain = Bereich der Registrierung.</p> <p>Beispiel: <u>name@hrz.tu-xx.de</u></p>	<p>Die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners der Krankenkasse muss immer vorhanden sein. Fehlernummer: DBAP040</p> <p>Zulässig sind Ausrufungszeichen, Anführungszeichen, Nummernzeichen, Dollar, Prozent, Komma, Apostroph, runde Klammer auf, runde Klammer zu, Stern, plus, Komma, Bindestrich, Punkt, Schrägstrich, Ziffern 0 – 9, Doppelpunkt, Semikolon, kleiner als, gleich, größer als, Fragezeichen, Paragraph (§), AT-Zeichen (@), Großbuchstaben (A – Z, Ä, Ö, Ü), Zirkumflex, Unterstreichung, Gravis, Kleinbuchstaben (a – z, ä, ö, ü).</p> <p>Fehlernummer: DBAP042</p> <p>Das Zeichen „@“ oder „§“ muss einmal vorhanden sein. Das Zeichen „@“ oder „§“ darf nur einmal vorhanden sein. Das Zeichen „@“ oder „§“ darf nicht am Anfang oder am Ende des Feldes vorhanden sein. Fehlernummer: DBAP044</p> <p>Anmerkung: Das Zeichen „@“ ist unter DOS, Windows und UNIX zu verwenden. Das Zeichen „§“ gilt für Host-Anwender (mangels AT-Zeichen im EBCDIC- und 7-Bit-</p>

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

7 Datenbaustein: DBBF – Bestandsfehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt DBBF	Zulässig ist „DBBF”. Fehlernummer: DBBF001 Zulässig ist nur die Datenlänge 006. Fehlernummer: DBBF910
005-006	002	n	M	BESTANDSFEHLE R BF	Grund des Bestandsfehlers: 01 = Abgabegrund passt nicht zum Versichertenbestand 02 = keine Versicherung feststellbar 03 = fehlende Erstanfrage 04 = Erstanfrage bereits beantwortet	Zulässig sind nur die Ziffern „01“, „02“, „03“ oder „04”. Fehlernummer: DBBF020

8 Datenbaustein: DBFE - Fehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

9 Datensatz: NCSZ - Nachlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;

Grundstellung = Leerzeichen

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

K = Pflichtangabe, soweit bekannt

k = Kannangabe

M = Mussangabe

m = Mussangabe unter Bedingungen

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

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

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

Anlage 2 - Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung

Stand:
Gültig ab:
Version:

26.06.2014
01.01.2015
1.2.0

Inhaltsverzeichnis

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

Änderungsprotokoll Datenaustausch Familienversicherung (FK)

Version	Abschnitt/ Seite	Erläuterung
1.2.0	NCSZH10	Wegfall der Prüfung, da die Prüfung in KV-internen-Verfahren nicht durchgeführt wird.
1.2.0	DBZT026	Im Kurztext wurde der Bezug auf das zu prüfende Feld geändert. Alt "VERSICHERT-BIS" neu "VERSICHERT-SEIT".
1.2.0	DSFM140	Das Kennzeichen "B" für Bestandfehler wurde bei der Fehlerprüfung hinzugefügt.
1.2.0	DSFM	Die Fehlerprüfungen DSFM200, DSFM 202, DSFM204 und DSFM206 wurden neu ergänzt.
1.2.0	DBBF	Die Fehlerprüfungen: DBBF001, DBBF910 und DBBF020 wurden ergänzt.
1.2.0	DSFM	Führenden Nullen in folgenden Fehlernummern ergänzt: DSFM010 - DSFM020 - DSFM030 - DSFM040 - DSFM050 - DSFM052 - DSFM060 - DSFM062 - DSFM064 - DSFM066 - DSFM070 - DSFM072 - DSFM080 - DSFM082 - DSFM090.
1.2.0	DSFM	Redaktionelle Änderung bei folgenden Fehlernummern: DSFMv01 - DSFMv05 - DSFMv30
1.2.0	NCSZ	Redaktionelle Änderung bei folgenden Fehlernummern: NCSZv01 - NCSZv10 - NCSZv20 - NCSZv30 - NCSZv40 - NCSZv45 - NCSZv50 - NCSZv55 - NCSZv60 - NCSZv65 - NCSZv70 - NCSZv75

1 Hinweise / Erläuterungen

Aufbau der Fehlernummern:

Stellen 01 – 04

Kennzeichen des Datensatzes / Datenbausteins, in dem ein fehlerhafter Sachverhalt aufgetreten ist.

Stellen 05 – 05

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

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

Stellen 06 – 07

Fehlernummer

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

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

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

Die Fehlerprüfung wird nach mehr als 8 erkannten Fehlern abgebrochen.

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

2 Fehlerkatalog Datenaustausch Familienversicherung

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

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

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

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
			- 9	
MFV	DSFM	v35	FEHLER-ANZAHL ungleich Anzahl Datenbausteine DBFE-Fehler	ANZAHL" nur ein Wert zwischen 1 und 9 zulässig. Es ist nur der Wert zulässig, der der Anzahl der angehängten Fehlerbausteine entspricht.
MFV	DBZT	001	KENNUNG ungleich DBZT	Im Feld „KENNUNG“ des „DBZT“ ist nur „DBZT“ zulässig.
MFV	DBZT	010	VERSICHERT-BIS nicht logisch	Das Feld „VERSICHERT-BIS“ darf nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung enthalten.
MFV	DBZT	012	Datum VERSICHERT-BIS gegen Erst.Datum fehlerhaft	Das im Feld "VERSICHERT-BIS" angegebene Datum liegt mehr als 3 Monate in der Zukunft
MFV	DBZT	014	Grundstellung ist unzulässig bei ABGABE-GRUND 02 oder 04	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "04" enthalten, ist Grundstellung nicht zulässig.
MFV	DBZT	016	VERSICHERT-BIS ungleich Grundstellung; ABGABE-GRUND 01 oder 03	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "01" oder "03" enthalten, ist nur Grundstellung zulässig.
MFV	DBZT	020	VERSICHERT-SEIT nicht logisch	Das Feld „VERSICHERT-SEIT“ darf nur ein logisch richtiges Datum oder Grundstellung enthalten.
MFV	DBZT	022	Datum VERSICHERT-SEIT gegen Erst.Datum fehlerhaft	Das im Feld "VERSICHERT-SEIT" angegebene Datum liegt mehr als 3 Monate in der Zukunft
MFV	DBZT	024	Grundstellung ist unzulässig bei ABGABE-GRUND 01 oder 03	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "01" oder "03" enthalten, ist Grundstellung nicht zulässig.
MFV	DBZT	026	VERSICHERT-SEIT ungleich Grundstellung; ABGABE-GRUND 02 oder 04	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "04" enthalten, ist nur Grundstellung zulässig.
MFV	DBZT	030	ART-VERSICHERUNG ungleich 1 oder 2	Im Feld "ART-VERSICHERUNG" sind nur die Werte "1" oder "2" zulässig.
MFV	DBZT	032	ART-VERSICHERUNG ungleich 1	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "02" oder "03" enthalten, ist nur 1 zulässig.
MFV	DBZT	034	ART-VERSICHERUNG ungleich 2	Ist im Feld "ABGABE-GRUND" (Stellen 171-172 im DSFM) der Wert "04" enthalten, ist nur 2 zulässig.
MFV	DBZT	910	Länge DBZT nicht korrekt	Für den "DBZT" ist nur eine Länge von „021“ Zeichen zulässig.
MFV	DBAP	001	KENNUNG ungleich DBAP	Im Feld „KENNUNG“ des „DBAP“ ist nur „DBAP“ zulässig.
MFV	DBAP	010	ANREDE-ANSPRECHPARTNER ungleich M oder W	Im Feld "ANREDE-ANSPRECHPARTNER" sind nur die Werte "M" oder "W" zulässig.
MFV	DBAP	020	NAME-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "NAME-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	030	TELEFON-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "TELEFON-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	040	EMAIL-ANSPRECHPARTNER darf nicht leer sein	Das Feld "EMAIL-ANSPRECHPARTNER" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.

Verfahren	Kennung	Nummer	Kurztext	Langtext
MFV	DBAP	042	EMAIL-ANSPRECHPARTNER enthält unzulässige Zeichen	"Die Emailadresse des Ansprechpartners darf nur die festgelegten Zeichen enthalten."
MFV	DBAP	044	EMAIL-ANSPRECHPARTNER Zeichen @ oder § fehlen	"Die Emailadresse des Ansprechpartners muss das Zeichen @ oder § enthalten, allerdings nur einmal und nicht am Anfang oder am Ende."
MFV	DBAP	050	NAME1 darf nicht leer sein	Das Feld "NAME1" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	060	PLZ darf nicht leer sein	Das Feld "PLZ" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	070	ORT darf nicht leer sein	Das Feld "ORT" darf nicht Grundstellung (Leerzeichen) enthalten.
MFV	DBAP	910	Länge DBAP nicht korrekt	Für den "DBAP" ist nur eine Länge von „321“ Zeichen zulässig.
MFV	DBBF	001	KENNUNG ungleich DBBF	Im Feld „KENNUNG“ des „DBBF“ ist nur „DBBF“ zulässig.
MFV	DBBF	020	BESTANDSFEHLER ungleich 01, 02, 03 oder 04	Im Feld "BESTANDSFEHLER" sind nur die Ziffern „01“, „02“, „03“ oder „04“ zulässig.
MFV	DBBF	910	Länge DBBF nicht korrekt	Für den "DBBF" ist nur eine Länge von „006“ Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v01	KENNUNG ungleich „NCSZ“	Im Feld "KENNUNG" des Nachlaufsatzes ist nur „NCSZ“ zulässig.
MFV	NCSZ	v10	VERFAHRENS-MERKMAL ungleich VERFAHRENS-MERKMAL VOSZ	Das Feld „VERFAHRENS-MERKMAL“ muss identisch mit dem Feld „VERFAHRENS-MERKMAL“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v20	BBNR-ABSENDER ungleich BBNR-ABSENDER VOSZ	Das Feld „BBNR-ABSENDER“ muss identisch mit dem Feld „BBNR-ABSENDER“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v30	BBNR-EMPFAENGER ungleich BBNR-EMPFAENGER VOSZ	Das Feld „BBNR-EMPFAENGER“ muss identisch mit dem Feld „BBNR-EMPFAENGER“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v40	DATUM-ERSTELLUNG ungleich DATUM-ERSTELLUNG VOSZ	Das Feld „DATUM-ERSTELLUNG“ muss identisch mit dem Feld „DATUM-ERSTELLUNG“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v45	DATUM-ERSTELLUNG nicht numerisch	Im Feld "DATUM-ERSTELLUNG" sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v50	LFD-DATEI-NR ungleich LFD-DATEI-NR VOSZ	Das Feld „LFD-DATEI-NR“ muss identisch mit dem Feld „LFD-DATEI-NR“ des Vorlaufsatzes sein.
MFV	NCSZ	v55	LFD-DATEI-NR nicht numerisch	Im Feld „LFD-DATEI-NR“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v60	ANZAHL SAETZE fehlerhaft	Die Angabe im Feld „ANZAHL SAETZE“ ist fehlerhaft, zulässig ist die Zahl der gezählten Datensätze ohne Vor- und Nachlaufsatz.
MFV	NCSZ	v65	ANZAHL SAETZE nicht numerisch	Im Feld „ANZAHL SAETZE“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v70	VERSIONS-NR ungleich „01“	Im Feld „VERSIONS-NR“ ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer zulässig.
MFV	NCSZ	v75	VERSIONS-NR nicht numerisch	Im Feld „VERSIONS-NR“ sind nur numerische Zeichen zulässig.
MFV	NCSZ	v99	Länge NCSZ nicht korrekt	Für den Nachlaufsatz ist nur eine Länge von „63“ Zeichen zulässig.

Anlage 3 - Schlüsselzahlen für die Abgabegründe

Stand:	12.03.2013
Gültig ab:	01.01.2014
Version:	1.0

Inhaltsverzeichnis

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

1 Anlage 3 - Schlüsselzahlen zur Familienversicherung

Schlüssel	Beschreibung
01=	Mitgliedschaft/FAMI neue KK - Vorkasse FAMI § 9/3/Nr.1+2 - Anlage 3
02=	Rückmeldung Vorkasse - Ende FAMI § 9/4 - Anlage 4
03=	voraussichtlich FAMI neue KK - Vorkasse Mitglied § 9/6/S1 - Anlage 5
04=	Rückmeldung Vorkasse - Ende Mitgliedschaft § 9/6/S2 - Anlage 6

Anlage 4

Beschickung der Verfahrensmerkmale, Betriebsnummern und Datumsangaben

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

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

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

Anlage 5 - Schlüsselzahlen für die Bestandsfehler

Stand:	26.06.2014
Gültig ab:	01.01.2016
Version:	1.0

Inhaltsverzeichnis

1	Anlage 5 - Schlüsselzahlen für die Bestandsfehler.....	3
---	--	---

1 Anlage 5 - Schlüsselzahlen für die Bestandsfehler

Schlüssel	Beschreibung
01 =	Abgabegrund passt nicht zum Versichertenbestand
02 =	keine Versicherung feststellbar
03 =	fehlende Erstanfrage
04 =	Erstanfrage bereits beantwortet

Top 1

Maschinelles Fehlerrückmeldeverfahren – FAMI-Meldeverfahren

Sachverhalt:

Im Rahmen des Projektes „OMS“ wurde ein Optimierungsvorschlag als „machbar“ (grün) an das BMAS übergeben. Dieser Optimierungsvorschlag befasst sich mit einer elektronischen Rückmeldemöglichkeit von Fehlern aus den Bestandssystemen der Sozialversicherungsträger an den ursprünglichen Adressaten (z.B. Arbeitgeber).

Aufgrund des übergebenen Optimierungsvorschlages ist mit einer zeitnahen gesetzlichen Regelung durch das BMAS zu rechnen.

In der Fachkonferenz Datenannahme am 19. Februar 2014 wurde unabhängig davon der Vorschlag unterbreitet, dass die Umsetzung eines maschinellen Fehlerrückmeldeverfahrens als Forschungsprojekt für andere Meldeverfahren im Fami-Meldeverfahren implementiert werden könnte. Da es sich beim Fami-Meldeverfahren um ein internes Meldeverfahren der GKV handelt, würden auftretende Friktionen keine Außenwirkung erlangen.

In Vorbereitung auf die Sitzung bittet der GKV-Spitzenverband die Teilnehmer darum, aussagekräftig darüber zu sein, welche Bestandsfehler derzeit bereits ausgesteuert werden.

Ziel der Sitzung sollte es sein, gemeinsam die weitere Vorgehensweise für die Implementierung eines maschinellen Fehlerrückmeldeverfahrens zu erarbeiten und dabei den Transferweg, Datensatz und Fehlerkatalog festzulegen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer bestätigten, dass das maschinelle Verfahren von allen Kassen eingesetzt wird. Weiterhin diskutieren die Teilnehmer über die aus ihrer Sicht derzeit noch auftretenden Friktionen im maschinellen Fami-Meldeverfahren. Dabei stellte sich in erster Linie heraus, dass teilweise noch immer Papier versandt wird, die Adressierung an die korrekte Krankenkasse, insbesondere bei Kassenfusionen nicht immer vorgenommen werden kann, da unterschiedliche Listen mit Krankenkassen-Betriebsnummern eingesetzt werden und die Datensätze, auf die die abgebende der aufnehmenden Krankenkasse antwortet nicht in allen Fällen die gleichen Inhalte des



Ursprungsdatensatzes haben. Die Klarstellungen hierzu werden in der Verfahrensbeschreibung genauer definiert.

Von allen Teilnehmern wurde zugesichert, die Friktionen, die derzeit in ihren Häusern noch auftreten, schnellstmöglich abzustellen. Für das Routing wird seitens des GKV-Spitzenverbandes geprüft, ob die Betriebsnummerdatei der ITSG GmbH oder die Betriebsnummernliste der DRV aus dem KVdR „KV-KV-Verfahren“ am geeignetsten erscheint. Die BITMARCK Software GmbH und die AOK Systems bestätigten, dass für das interne Routing die Institutionskennzeichen aus der Betriebsnummerdatei der DRV benötigt werden.

Des Weiteren einigten sich die Teilnehmer darauf, ein maschinelles Fehlerrückmeldeverfahren aus der Kassenbestandssoftware im Fami-Meldeverfahren umzusetzen und dafür den im Fami-Meldeverfahren etablierten Transferweg zu nutzen. Ein zusätzlicher Datenbaustein soll die Bestandsfehler transportieren.

Die Sitzungsteilnehmer erzielen zusätzlich Einigkeit darüber, dass die Umsetzung bis zum 1. Januar 2016 erfolgt. Der GKV-Spitzenverband wird eine Anpassung der Verfahrensbeschreibung nebst zugehörigen Dokumenten vornehmen und im Nachgang der Sitzung zur Abstimmung allen Beteiligten zur Verfügung stellen.



Top 3

Krankenkassenwahlrecht;

hier: Prüfung der Krankenkassenzuständigkeit bei einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle

Sachverhalt:

Eine Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bei einer bestimmten Krankenkasse kommt grundsätzlich im Wege der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch die betroffene Person zustande. Die durch die gewählte Krankenkasse ausgestellte Mitgliedsbescheinigung muss der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgelegt werden. Versäumt das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht der zur Meldung verpflichteten Stelle die Mitgliedsbescheinigung vorzulegen, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand, bzw. beim Fehlen einer „letzten“ Krankenkasse die Anmeldung bei einer wählbaren Krankenkasse vorzunehmen (vgl. § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung einer zur Meldung verpflichteten Stelle ohne vorangegangene Wahlerklärung des Mitglieds erhält, ist zur Prüfung ihrer Zuständigkeit verpflichtet. Die Gemeinsame Verlautbarung der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 30. Juni 2008 enthält hierzu unter Punkt 5.3 folgende Aussage: „Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V erhält, hat eine Prüfung ihrer Zuständigkeit entsprechend den Abschnitten 5.5.4 bis 5.5.5 durchzuführen“.

Während die grundsätzliche Ausrichtung dieses Standpunkts unberührt bleibt, besteht bei solchen Sachverhalten in der Praxis – insbesondere im Hinblick auf die RSA-Prüfungen – die Unklarheit über die möglichen Konsequenzen für die Durchführung der Mitgliedschaft, wenn der Krankenkasse eine abschließende Aufklärung des Sachverhaltes nicht gelingt.

Ergebnis:

Erhält eine Krankenkasse eine Anmeldung einer zur Meldung verpflichteten Stelle ohne vorangegangene Wahlerklärung des Pflichtmitglieds und kann sie trotz der Ausschöpfung der zumutbaren Ermittlungsaktivitäten ihre Zuständigkeit für die Durchführung der Pflichtmit-

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
11. November 2014



gliedschaft nicht abschließend klären, hat sie die Anmeldung zu akzeptieren und die Mitgliedschaft durchzuführen.



Top 4

Beitragsatz in der Krankenversicherung während der Freistellungsphase von Altersteilzeitarbeit;

hier: Beschäftigungsaufnahme nach Beendigung der Altersteilzeitarbeit zum Erreichen einer abschlagsfreien Altersrente für besonders langjährig Versicherte ab Vollendung des 63. Lebensjahres

Sachverhalt:

In der Krankenversicherung gilt gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. August 2004 – B 12 KR 22/02 R – (USK 2004-41) während der Altersteilzeit im Blockmodell in der Freistellungsphase der ermäßigte Beitragsatz, weil der Beschäftigte in der Freistellungsphase einen Krankengeldanspruch dauerhaft nicht realisieren kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Aufnahme einer Beschäftigung nach Beendigung der Freistellungsphase nicht beabsichtigt ist (vgl. Abschnitt 3.3 des gemeinsamen Rundschreibens vom 2. November 2010 zu den versicherungs-, beitrags-, melde- und leistungsrechtlichen Auswirkungen des Altersteilzeitgesetzes).

Die Vereinbarungen über die Altersteilzeit müssen sich nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 AltTZG mindestens auf die Zeit bis zu einem Anspruch auf eine Altersrente erstrecken. In Anlehnung an § 5 Abs. 1 und § 4 Abs. 2 AltTZG ist dies u. a. der Zeitpunkt, zu dem eine (ggf. geminderte) Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beansprucht werden kann (siehe Abschnitt 2.2.2.1 des o. g. gemeinsamen Rundschreibens). In der Vergangenheit haben die Arbeitnehmer bei Abschluss einer Altersteilzeitvereinbarung häufig beabsichtigt, die Altersrente für langjährig Versicherte nach § 36 in Verb. mit § 235 SGB VI in Anspruch zu nehmen. Diese Altersrente kann vorzeitig mit Vollendung des 63. Lebensjahres in Anspruch genommen werden, allerdings verbunden mit lebenslangen Abschlägen in Höhe von 0,3 v. H. je Kalendermonat der vorzeitigen Inanspruchnahme.

Durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vom 23. Juni 2014 (BGBl. I S. 787) können ab 1. Juli 2014 „besonders langjährig“ Versicherte nach Vollendung des 63. Lebensjahres und Erfüllung der Wartezeit von 45 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen (vgl. § 236b SGB VI). Für Geburtsjahrgänge ab 1953 wird das Zugangsalter schrittweise angehoben, sodass der Geburtsjahrgang 1964 erst mit dem vollendeten 65. Lebensjahr eine abschlagsfreie Rente bei 45

Wartezeitjahren in Anspruch nehmen kann. Angesichts dessen ergibt sich für Arbeitnehmer, die sich bereits in Altersteilzeitarbeit befinden und ursprünglich beabsichtigten, eine Altersrente mit Abschlägen in Anspruch zu nehmen, die Möglichkeit, durch die Aufnahme eines zeitlich befristeten Arbeitsverhältnisses im Anschluss an die reguläre Beendigung der Altersteilzeit (sog. Anschlussbeschäftigung) die Wartezeit für eine ungeminderte Altersrente zu erfüllen. So können sich beispielsweise die Arbeitnehmer der Jahrgänge 1953 durch eine zweimonatige Anschlussbeschäftigung im Jahre 2016 die abschlagsfreie Altersrente mit 63 Jahren sichern.

Die Einführung der hier in Rede stehenden „Rente mit 63“ war für die Arbeitnehmer zum Zeitpunkt des Abschlusses ihrer Altersteilzeitvereinbarung noch nicht absehbar. Erst die Neuregelung eröffnete den Altersteilzeitbeschäftigten die Möglichkeit, noch eine abschlagsfreie Altersrente zu erlangen. Sofern es zu einer Anschlussbeschäftigung kommt, dürfte deren zeitlicher Umfang von vorneherein feststehen und jeweils nur so viele Monate betragen, wie die Arbeitnehmer für die Erfüllung der Wartezeit nach § 236b SGB VI benötigen. Es handelt sich daher im Allgemeinen um befristete Beschäftigungsverhältnisse von nur kurzer Dauer.

Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob und ggf. ab welchem Zeitpunkt die Aufnahme dieser Anschlussbeschäftigung dazu führen wird, dass während der Freistellungsphase der Altersteilzeit in der Krankenversicherung anstelle des ermäßigten Beitragssatzes der allgemeine Beitragssatz anzusetzen ist.

Ergebnis:

Die Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes in der Krankenversicherung während der Freistellungsphase der Altersteilzeit im Blockmodell erfordert, dass nach der Freistellungsphase keine erneute Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung beabsichtigt ist, weil nur so ein späterer Anspruch auf Krankengeld des Versicherten faktisch ausgeschlossen ist. Üben Arbeitnehmer im Anschluss an die beendete Altersteilzeit bis zum Beginn der abschlagsfreien Altersrente mit 63 Jahren nach § 236b SGB VI eine mehr als geringfügige Beschäftigung aus, verfügen sie während dieser Beschäftigung im Falle der Arbeitsunfähigkeit jedoch über einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V. Auf Seiten der Krankenkasse besteht insofern ein entsprechendes wirtschaftliches Leistungsrisiko. Deshalb hat die Aufnahme einer krankenversicherungspflichtigen Anschlussbeschäftigung zur Folge, dass die während der Freistellungsphase der Altersteilzeit zu leistenden

Krankenversicherungsbeiträge - ungeachtet der im Einzelfall ggf. nur wenige Monate betragenden Beschäftigungsdauer - auf Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes zu bemessen sind.

Sofern die krankenversicherungspflichtige Anschlussbeschäftigung bereits vor Beginn der Freistellungsphase der Altersteilzeit vereinbart wird, ist für die gesamte Dauer der Freistellungsphase der allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung zugrunde zu legen. Wird die krankenversicherungspflichtige Anschlussbeschäftigung erst nach dem Beginn der Freistellungsphase vereinbart, sind die Krankenversicherungsbeiträge von dem Tag der Vereinbarung an auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes zu bemessen; für die Zeit davor bleibt der ermäßigte Beitragssatz maßgebend.

Durch eine Anschlussbeschäftigung, die im Rahmen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung ausgeübt wird, tritt für die Beschäftigten keine Krankenversicherungspflicht ein. Für sie entsteht nach der Freistellungsphase somit kein (erneuter) Krankengeldanspruch. Deshalb ist während der Freistellungsphase weiterhin der ermäßigte Beitragssatz in der Krankenversicherung anzuwenden, wenn eine geringfügig entlohnte Anschlussbeschäftigung vereinbart wird. Hierbei ist unbeachtlich, dass geringfügig entlohnte Beschäftigungen rentenversicherungspflichtig sind.

Die vorstehenden Ausführungen gelten sowohl für Anschlussbeschäftigungen bei dem Arbeitgeber der vorangegangenen Altersteilzeitbeschäftigung als auch für Anschlussbeschäftigungen bei anderen Arbeitgebern.

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
11. November 2014



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
11. November 2014



Teilnehmerliste

<u>Name</u>	<u>Kassenart, Organisation</u>
Herr Bloching	AOK
Herr Kern	AOK
Frau Moswald	AOK
Herr Weißenborn	BKK
Frau Zillner	BKK
Herr Pisu	EK
Frau Schade	EK
Herr Sieben	EK
Frau Wittich	EK
Herr Holzki	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Majchrzak	Knappschaft
Herr Methler	Knappschaft
Herr Knatz	SVLFG
Herr Heller	GKV-SV
Herr Janas	GKV-SV
Frau Riesen	GKV-SV
Herr Thiemann	GKV-SV
Herr Uelschen	GKV-SV