

# Das Pflichtenheft

## Systematik und Aufbau des Pflichtenheftes

Dieses Pflichtenheft dient der Systemuntersuchung als Beratungs- und Prüfunterlage und formuliert die inhaltlichen Mindestanforderungen und einen optimalen Sollzustand von systemgeprüften Zahlstellenprogrammen.

Insbesondere die Anforderungen der Kernprüfungen werden im Pflichtenheft nicht dargestellt und sind deshalb zusätzlich zu beachten.

Das Pflichtenheft ist nach Modulen gegliedert.  
Jedem Modul sind Themen, Kategorien und Schlagworte zugeordnet.  
Unter einem Thema sind die Schlagworte in Kategorien zusammengefasst.

Zu Pflichtkriterien sind in der Regel die dazugehörigen Fundstellen in Gesetzen, Verordnungen und Verlautbarungen dokumentiert. Der Hinweis auf eine Fundstelle wird im Text der Kriterien jeweils mit (F..) bezeichnet. So bedeutet der Hinweis "(F1)", dass in dem Feld "Fundstelle 1" eine zugehörige Rechtsgrundlage angegeben wird.

Änderungen im Pflichtenheft mit Umsetzungsverpflichtung (Doppelparagraphen- oder Einfachparagraphenzeichen) müssen programmtechnisch innerhalb von 3 Monaten nach Veröffentlichung der neuen Version des Pflichtenheftes umgesetzt sein.

Die Umsetzung der Kriterien ist im Rahmen eines Beratungs- bzw.- Prüftermins nachvollziehbar darzustellen. Grundsätzlich ist der Nachweis auf Basis von eigenen Testfällen im System vorzunehmen.

Für den Erhalt des Kennzeichens "zusätzliche Qualitätsmerkmale zur Verfahrenssicherheit" sind alle Kriterien, die mit dem Symbol für "zusätzliche Qualitätsmerkmale zur Verfahrenssicherheit" gekennzeichnet sind, umzusetzen.

Eine Zustimmung seitens des GKV-Spitzenverband zu dieser Pflichtenheftversion war nicht erforderlich.

Die in dieser Version enthaltenen Kriterien waren bereits Bestandteil der genehmigten Pflichtenheftversion 2024.2 für Entgeltabrechnungsprogramme.

## Fundstellen und Abkürzungen

### Fundstellen- und Abkürzungsverzeichnis zu den im Pflichtenheft verwendeten Begriffen

#### Fundstellenverzeichnis:

F01	SGB V § 202
F02	SGB V § 226
F03	SGB V § 229
F04	SGB V § 237
F05	SGB V § 241
F06	SGB V § 248
F07	SGB V § 250
F08	SGB V § 256
F09	SGB IV § 28a
F10	SGB XI § 55
F11	GG § 22 DEÜV
F12	GS zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 SGB V
F13	Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren
F14	Datensatzbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren
F15	GS zum Aufbau der Datensätze für die Übermittlung von Beitragsnachweisen der Zahlstellen
F16	Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung des Beitragsnachweises für die Bezieher von Versorgungsbezügen
F17	Frage/Antwortkatalog zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren
F18	Gemeinsame Grundsätze Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß § 95 SGB IV
F19	GR Meldeverfahren DEÜV; Anlagen 6, 7 8, 17 und 18
F20	Bundeseinheitliche Grundsätze für das Testverfahren nach § 22a Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)
F21	BE 04./05.10.1989
F22	DEÜV § 5 Abs. 7
F23	SGB V § 223
F24	SGB V § 238
F25	RS 2014/254 des GKV-SV vom 19.06.2014 zum FQWG
F26	RS zum Kinderberücksichtigungsgesetz
F27	RS "Durchführung des GKV-Modernisierungsgesetzes"

F28	Verfahrensbeschreibung für die maschinelle Beantragung einer Zahlstellennummer oder gesonderten Absendernummer
F29	Grundsätze zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse nach § 28a Absatz 3e SGB IV
F30	Verfahrensbeschreibung zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse nach § 28a Absatz 3e SGB IV
Abkürzungsverzeichnis:	
AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
ABV	Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen
AltEinkG	Alterseinkünftegesetz
AO	Abgabenordnung
ATZ	Altersteilzeit
AU	Arbeitsunfähigkeit
AV	Arbeitslosenversicherung
AVmG	Altersvermögensgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgericht
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BE	Besprechungsergebnis
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGR	Beitragsgruppe
BSG	Bundessozialgericht
BVV	Beitragsverfahrensverordnung
DEÜV	Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
EBV	Entgeltbescheinigungsverordnung
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EGA	Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
EstG	Einkommensteuergesetz
euBP	elektronisch unterstützte Betriebsprüfung
FK	Fachkonferenz
GdA	Grund der Abgabe
GFR	Richtlinien für die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügige Beschäftigungen
GG	Gemeinsame Grundsätze
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GR	Gemeinsames Rundschreiben
GS	Grundsätze

GTST	Gefahrtarifstelle
GV	Gemeinsame Verlautbarung
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KUG	Kurzarbeitergeld
KV	Krankenversicherung
KVLG	Krankenversicherung der Landwirte, Zweites Gesetz
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung
med. Leist.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
PGS	Personengruppenschlüssel
PV	Pflegeversicherung
RL	Richtlinien
RS	Rundschreiben
RV	Rentenversicherung
SachBezV	Sachbezugsverordnung
SGB III	Drittes Buch Sozialgesetzbuch (Arbeitsförderung)
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch (Gemeinsame Vorschriften)
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Krankenversicherung)
SGB VI	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (Rentenversicherung)
SGB VII	Siebtens Buch Sozialgesetzbuch (Unfallversicherung)
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch (Pflegeversicherung)
SpiO	Spitzenorganisation
SpiV	Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger
SV	Sozialversicherung
SvEV	Sozialversicherungsentgeltverordnung

SV-Tage

Sozialversicherungstage

## Symbole

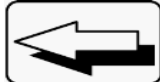
Erklärung der in Kriterien verwendeten Symbole



= grundsätzlich innerhalb von 3 Monate nach Veröffentlichung umzusetzende Standardanforderung an ein systemuntersuchtes Programm.



=zusätzliche Qualitätsmerkmale zur Verfahrenssicherheit



=Tipp und Hinweis



= innerhalb von 3 Monate nach Veröffentlichung umzusetzende Standardanforderung an ein systemuntersuchtes Programm. Eine Nichtumsetzung verhindert den erfolgreichen Abschluss der Qualitätskontrolle bzw. Systemuntersuchung



## Inhaltsverzeichnis

<b>Module,Themen,Kategorien,Schlagworte</b>	<b>Seite</b>
<b>Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen</b>	10
└ <b>1. Grundlagen</b>	10
└ <b>1. Grundlagen</b>	10
1. Grundlagen	10
└ <b>2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten</b>	11
└ <b>1. Zahlstellenstamm</b>	11
1. Zahlstellenstamm	11
└ <b>2. Krankenkassenstamm</b>	12
1. Krankenkassenstamm	12
└ <b>3. Versorgungsbezieherstamm</b>	13
1. Name / Staatsangehörigkeit	13
2. Anschrift	14
3. Versicherungsnummer	15
4. Versicherungsnummernabfrage (DSVV)	17
5. Krankenkassenschlüssel	18
6. Kennzeichnung Versorgungsbezug	19
7. Ordnungsmerkmal	20
8. Änderung von Stammdaten des Versorgungsbezuges	21
9. Dokumentation	22
└ <b>3. SV-Stammdatendatei</b>	23
└ <b>SV-Stammdatendatei</b>	23
1. Grundlagen	23
└ <b>4. Beitragsberechnung</b>	24
└ <b>1. Grundlagen</b>	24
1. Grundlagen	24
2. Zusatzbeitrag	28
3. Besonderheiten SVLFG	29
4. Korrekturen	30
5. Aufrollung	31
6. Tod des Versorgungsempfängers	32
└ <b>5. Dokumentation</b>	33
└ <b>1. Dokumentation</b>	33
1. Ordnungsmäßigkeit	33
2. Jahreskonto / Sammlung von Abrechnungen	34
3. Beitragsnachweis	35

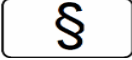

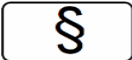
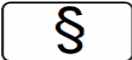
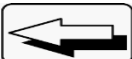


└ 6. Meldungen	36
└ 1. Meldungen	36
1. Allgemeines	36
2. Dateinummer	42
3. Meldedaten-Zusammenfassung	43
4. Meldedokumentation	44
└ 2. Meldesachverhalte	45
1. Allgemeines	45
2. Vorabbescheinigung	46
3. Beginn des Versorgungsbezuges	47
4. Ende des Versorgungsbezuges	48
5. Stornierung	49
6. Veränderungsmeldung	50
7. Besonderheiten	51
<b>Elektronische Beantragung einer Zahlstellennummer</b>	52
└ <b>Elektronische Beantragung einer Zahlstellennummer</b>	52
└ <b>Allgemeines</b>	52
1. Grundsätzliches	52
<b>Elektronischer Abruf der zuständigen Krankenkasse beim GKV-Spitzenverband</b>	53
└ <b>Abruf zuständige Krankenkasse</b>	53
└ <b>Abruf beim GKV-SV</b>	53
1. Abruf beim GKV-SV	53
2. Rückmeldung des GKV-SV	54

Kriterienkatalog

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 1. Grundlagen  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 1. Grundlagen

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b>	Soll das Modul „Maschinelle Erstellung und Übermittlung der Meldungen und Übertragung der Beitragsnachweise für Zahlstellen“ in die Systemuntersuchung einbezogen werden, müssen die unter dem Thema beschriebenen Kategorien sowie Schlagworte maschinell umgesetzt werden. (F01, F02, F03, F06, F07, F08, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F27)	
		ID: 99860646-57ef-4349-b562-bf0008a65078	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b>	Bei Zahlstellenabrechnungsprogrammen kann im Einzelfall ein abweichendes Pilotverfahren vereinbart werden.	
		ID: 2213adfa-568f-4a02-b714-a2c1cabff692	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b>	Die Teilnahme am Testverfahren „eVpT“ (elektronische Verarbeitung permanenter Testaufgaben) ist seit dem 01.01.2017 verpflichtend.  Die Umsetzungen der Testfälle sind monatlich von den teilnehmenden Software-Entwicklern elektronisch an das „eVpT“ zu übermitteln. (F11, F20)	
		ID: eb5f1cd5-e1fd-4e86-9826-02bffa951a74	
<b>Kriterium</b>	<b>4:</b>	Es ist systemseitig sichergestellt, dass der Zeichensatz gemäß der Gemeinsamen Grundsätze "Technik" verwendet wird. (F18)	
		ID: 7bb2d3c2-8959-420e-b0fc-8d7051d4ac71	
<b>Kriterium</b>	<b>5:</b>	Renten aus einer Riester-geförderten betrieblichen Altersversorgung über eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung stellen ab dem 01.01.2018 keine Versorgungsbezüge mehr dar. Solche Renten sind damit nicht mehr zur Beitragsberechnung heranzuziehen.	
		ID: eebf73e2-8068-4724-bcc8-7786022cb171	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 1. Zahlstellenstamm

**Schlagwort:** 1. Zahlstellenstamm

**Kriterium** 1: Die Zahlstellennummer für Zahlstellen von Versorgungsbezügen wird auf die ersten 3 Stellen geprüft.  
Die ersten 3 Stellen müssen 106-108 sein.  
(F14, F16)

§




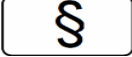

ID: 28e6d495-fe9d-4525-9973-030edab22e66

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 2. Krankenkassenstamm

**Schlagwort:** 1. Krankenkassenstamm



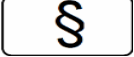
**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 1. Name / Staatsangehörigkeit

<b>Kriterium</b>	1: Es sind getrennte Felder für Familienname, Vorname, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel, Geburtsname, Vorsatzwort des Geburtsnamens, Namenszusätze des Geburtsnamens vorzuhalten.	
<b>Kriterium</b>	ID: 918b2733-e3a7-45b0-a3ee-4c8a12759291 2: Titel sind akademische Grade.	
<b>Kriterium</b>	ID: 25039c57-f57d-4348-9437-da2004396565 3: Im Versorgungsbezieherstamm ist ein eigenes Feld für den akademischen Grad vorhanden.	
<b>Kriterium</b>	ID: 2b69ff13-ecb9-43be-a3be-db28528095a1 4: Für die Datenübermittlung sind die Daten maschinell in die vorgeschriebene Form umgesetzt. (F19)	
<b>Kriterium</b>	ID: 5b8e278b-1fba-476f-a1f5-daa87612c286 5: Das Feld „Staatsangehörigkeit“ ist <u>nicht</u> mit „000“ (deutsch) <u>vorbelegt</u> . (F21)	
	ID: c01dba51-4057-4539-bc06-a5f0ff3d8762	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 2. Anschrift

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Es sind das Länderkennzeichen, die Postleitzahl, der Wohnort, Straße und Anschriftenzusatz in getrennten Feldern vorzuhalten.  Die Hausnummer kann sowohl separat als auch bei der Straße mit angegeben werden.  ID: 68bdc781-7e82-4c5c-afc8-b0209d257972	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Das Länderkennzeichen wird programmseitig auf Gültigkeit geprüft.  ID: f3d3b7c9-4b62-4c61-9ee4-68c9fd99a514	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Die Anschriften sind entsprechend des Aufbaues des Datenbausteines DBAN vorzunehmen und bei Auslandsanschriften gemäß der Anlage 18 des Rundschreibens „Gemeinsames Meldeverfahren“ zu prüfen.  (F19)  ID: 1ac53a80-dad5-4310-8182-c1e2b2fed461	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 3. Versicherungsnummer

<b>Kriterium</b>	1:	Es ist systemseitig sichergestellt, dass die Versicherungsnummer bei manueller Erfassung auf Zulässigkeit der Prüfziffer (Modulo-10) geprüft wird; eine unzulässige Prüfziffer verhindert die Übernahme der Versicherungsnummer in den Versorgungsbezieherstamm. (F19)	§
<b>Kriterium</b>	2:	ID: d2e557ed-afee-4125-90a2-0305c2e0420e Es ist systemseitig sichergestellt, dass die Versicherungsnummer bei manueller Erfassung auf Zulässigkeit der Bereichsnummer geprüft wird; eine unzulässige Bereichsnummer verhindert die Übernahme der Versicherungsnummer in den Versorgungsbezieherstamm. (F19)	§
<b>Kriterium</b>	3:	ID: 995c30b8-df3a-4243-bc7e-dd6df521650a Unstimmigkeiten zwischen dem Geburtsdatum und dem in der Versicherungsnummer ggf. unlogisch enthaltenen Geburtsdatum führen nicht zu einer Abweisung der Meldung; es wird ein entsprechender Hinweis ausgegeben. (F19)	§
<b>Kriterium</b>	4:	ID: 874a968c-7f21-46eb-af1f-50d503605872 Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei fehlender Versicherungsnummer folgenden Daten erfasst werden können: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtsdatum,</li> <li>• Geschlecht,</li> <li>• Geburtsort,</li> <li>• Geburtsland (3-stellig numerisch),</li> <li>• Geburtsname,</li> <li>• Geburtsnamenszusatz und</li> <li>• das Geburtsvorsatzwort</li> </ul> (F19, F22)	§
		ID: dd30ae87-92a2-48c8-b60f-b712538816b2	

**Kriterium**      **5:** Der Geburtsort darf nicht automatisch aus dem Feld "Wohnort" übernommen werden.  
(F19)

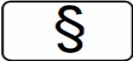
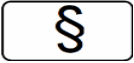

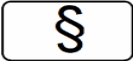
§

ID: ac69a0f9-203a-44f9-91dc-812896278944



**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 4. Versicherungsnummernabfrage (DSVV)

<b>Kriterium</b>	1:	Es besteht die Möglichkeit, die Versicherungsnummernabfrage mit dem Datensatz DSVV und den Datenbausteinen DBGB, DBNA und DBAN systemseitig durchzuführen. (F09, F12; F13)	
		ID: 551db712-6b36-4140-b73f-548ff3297f9e	
<b>Kriterium</b>	2:	Die Versicherungsnummer ist vor Abgabe der ersten Meldung bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) maschinell abzufragen. (F13)	
		ID: 36fcc85f-a494-48bf-9145-b6f1de966bce	
<b>Kriterium</b>	3:	Es wird empfohlen, dass bei Eingabe der Stammdaten zum Versorgungsempfänger eine Versicherungsnummernabfrage mittels Datensatz DSVV systemseitig ausgelöst wird.	
		ID: a4ca6b43-a48e-49a1-a199-7f657e9b7475	
<b>Kriterium</b>	4:	Die Rückmeldung der Deutschen Rentenversicherung erfolgt ebenfalls mit dem DSVV. Diese ist systemseitig anzunehmen und die zurück gemeldete Sozialversicherungsnummer ist maschinell zu übernehmen. (F09, F12; F13)	
		ID: 7e49f546-3a83-40ff-b822-658c0f298f4b	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 5. Krankenkassenschlüssel

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Es besteht die Möglichkeit, einem Versorgungsbezugsempfänger <ul style="list-style-type: none"><li>• eine gesetzliche Krankenkasse zuzuordnen oder</li><li>• zu kennzeichnen, dass eine private Krankenversicherung oder eine anderweitige Absicherung des Krankenversicherungsschutzes besteht.</li></ul> (F13) ID: 46139ae3-f29a-4cff-9733-073f9d6ba5c8	§
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Bei gesetzlich Krankenversicherten ist systemseitig sichergestellt, dass eine gesetzliche Krankenkasse hinterlegt wurde. (F13) ID: fcba5fee-beeb-4369-9abb-5ab40f35724e	§
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Es besteht Referenzintegrität zwischen dem Krankenkassenschlüssel im Versorgungsbezieherstamm und der dazugehörigen Krankenkasse im Krankenkassenstamm für den Zeitraum der Rückrechnungstiefe bzw. für noch zu erstellende Meldungen. (F13) ID: fd19c184-1e3a-4bb9-9050-52f7f3a2f036	§§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 6. Kennzeichnung Versorgungsbezug

**Kriterium** 1: Es ist systemseitig sichergestellt, dass die Renten der betrieblichen Altersversorgung vom Anwender entsprechend gekennzeichnet werden können.  
(F3, F13)

§

ID: d10f3305-0515-4687-af10-b0e3e58ae786

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 7. Ordnungsmerkmal

**Kriterium** 1: Die einheitliche Verwendung eines Ordnungsmerkmals als Sortier- und Zuordnungskriterium (z.B. Versorgungsbezugs-kennzeichen / Aktenzeichen Verursacher) ist vorgesehen.



ID: 87ffd232-4afc-4bc2-aaaa-8db0b8691fa1

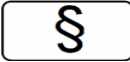
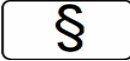

**Kriterium** 2: In den Unterlagen werden der Versorgungsbezug / die Versorgungsbezüge personenbezogen aufgelistet.



ID: 1f4137c8-d1fe-428b-8e21-0378f15cb573

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 8. Änderung von Stammdaten des Versorgungsbezuges

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Ändert sich das AZVU eines Versorgungsbezuges, sind eine Abmeldung mit Grund 3 sowie eine Anmeldung mit Grund 1 zu erstellen.  Dies gilt auch, wenn sich das AZVU aufgrund eines Systemwechsels ändert. Das bedeutet, dass sowohl das abgebende wie das aufnehmende System entsprechende Steuerungsmöglichkeiten vorhalten müssen (F13)  ID: 67ee5173-4926-4e9c-89ac-fc9faef37ffb	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Der Krankenkassenwechsel wird programmseitig erkannt und führt zu einer Ende- und Beginnmeldung des Versorgungsbezuges. (F13)  ID: 451d1bad-2987-4d83-af94-42200c107ada	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Eine Krankenkassenfusion ist im maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahren kein meldepflichtiger Tatbestand.  In der Beitragssatzdatei der ITSG ist nach der technischen Fusion im Krankenkassenstamm der bisherigen Krankenkasse die Betriebsnummer der aufnehmenden Krankenkasse (Nachfolgekrankenkasse) hinterlegt.  Durch den Verweis von der Betriebsnummer der bisherigen Krankenkasse auf die Betriebsnummer der aufnehmenden Krankenkasse in der Beitragssatzdatei sind die Datensätze an die Nachfolgekrankenkasse zu übermitteln. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nach einer technischen Fusion die Nachfolgekrankenkasse die Meldungen der bisherigen Krankenkasse erhält und in den Bestand aufnimmt.  ID: 319ca74d-1197-4be2-85ec-cf71ebb27ef9	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 2. Stammdaten und Plausibilitätsdaten  
**Kategorie:** 3. Versorgungsbezieherstamm

**Schlagwort:** 9. Dokumentation

**Kriterium** 1: Die sozialversicherungsrechtlich relevanten Daten des  
Versorgungsbezugsempfängers werden historisch dokumentiert.  
(F08, F18)

§

ID: fc9260e6-0f6d-4cb8-a9ed-5c7515a917e5

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 3. SV-Stammdatendatei  
**Kategorie:** SV-Stammdatendatei

**Schlagwort:** 1. Grundlagen

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 4. Beitragsberechnung  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 1. Grundlagen

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Der Beitrag und die Beitragsbemessungsgrenzen werden je Kalendermonat für die Kalendertage berechnet, für die ein Versorgungsbezug ausgezahlt wird (Sozialversicherungstage). (F11, F23)	§
	ID: ae766c62-26a4-4b6f-9a37-70a9ee3b9541	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Die SV-Tage werden ausschließlich in Verbindung mit Beginn oder Ende der Beitragsabführung eines Versorgungsbezuges maschinell ermittelt. (F23)	§
	ID: 23c39901-8b21-4aab-85c8-4a2c98dbcb17	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Bei Teilzahlungszeiträumen ist die anteilige monatliche Beitragsbemessungsgrenze zu ermitteln, indem die Jahres-BBG mit der Anzahl der in Frage kommenden SV-Tage multipliziert und anschließend durch 360 dividiert wird. (F23)	§
	ID: b07f8735-a2cb-4b7c-9ae3-3126d0eced2f	
<b>Kriterium</b>	<b>4:</b> Die anteilige Beitragsbemessungsgrenze wird auf 3 Dezimalstellen ausgerechnet, wobei die 2. Stelle um 1 erhöht wird, wenn die 3. Stelle eine der Zahlen 5 bis 9 ergibt. (F1)	§
	ID: 8f575ff5-c3dd-45eb-8ba0-185704cfd474	
<b>Kriterium</b>	<b>5:</b> Die Beitragsberechnung erfolgt grundsätzlich aufgrund der automatisiert verarbeiteten Meldung der zuständigen Krankenkasse an die Zahlstelle zur Beitragsabführungspflicht. (F11)	§
	ID: e0d92d29-eafe-4e38-8110-c95a4e5f651b	
<b>Kriterium</b>	<b>6:</b> Für die Beitragsberechnung wird der VB-max herangezogen. Die Anpassung wird durch die Krankenkasse der Zahlstelle maschinell mitgeteilt und automatisiert in das Zahlstellenverfahren übernommen (F13, F24)	§
	ID: d7a94ab6-58af-4542-8245-96f3c2c3a875	



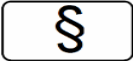
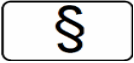

<b>Kriterium</b>	<b>7:</b>	<p>Bei der Beitragsberechnung wird die Beitragsuntergrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße maschinell berücksichtigt. Bei nichtmonatlicher Zahlung (Zahlung in größeren Abständen, z. B. pro Quartal) ist der Monatsbetrag anteilig zu ermitteln und mit der Beitragsuntergrenze abzugleichen. (F02, F13)</p>	§
		ID: 4842b9b4-cac1-43a8-9211-90b5a33944d2	
<b>Kriterium</b>	<b>8:</b>	<p>Kinderlose haben, nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollenden, zur Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag in aktueller Höhe zu entrichten. (F10, F26)</p>	§
		ID: ab058cda-d6d3-47fc-ad71-9185d9e66804	
<b>Kriterium</b>	<b>9:</b>	<p>Die Beiträge zur KV/PV trägt der Versorgungsbezugsempfänger allein. (F7)</p>	§
		ID: 5542445d-4812-4b49-ac07-679c64f2a0e0	
<b>Kriterium</b>	<b>10:</b>	<p>Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, findet die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung Anwendung. (F10)</p>	§
		ID: bece6779-1183-48ba-98fb-bb1942df610a	
<b>Kriterium</b>	<b>11:</b>	<p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Bestehen von Beitragsabführungspflicht und Überschreiten der Freigrenze eine maschinelle Berücksichtigung des Freibetrages (1/20 der monatlichen Bezugsgröße) durch die Software für Beitragszeiträume ab 01.01.2020 bei einem einfachen Versorgungsbezug (Einfachbezug) nach § 229 Abs. 1 Satz Nr. 5 SGB V (Betriebsrente) erfolgt.</p> <p><u>Hinweis:</u> Die Krankenkasse trifft bei einem Einfachbezug in ihrer Rückmeldung keine Aussage zum Freibetrag. Die Berücksichtigung des Freibetrages bei Mehrfachbezug erfolgt nach Vorgaben der Krankenkasse in ihrer Rückmeldung ab 01.10.2020 für Meldezeiträume rückwirkend ab 01.01.2020. (F02, F08, F13)</p>	§
		ID: 34670f5c-3d02-4234-ab12-a7f92fc96449	

<b>Kriterium</b>	<b>12:</b>	<p>Der Freibetrag ist für Beitragszeiträume ab 01.01.2020 anzuwenden.</p> <p>Besteht Beitragsabführungspflicht in der Krankenversicherung lt. vorliegender Rückmeldung der Krankenkasse, ist zu prüfen, ob ggf. ein Mehrfachbezug lt. vorliegender Rückmeldung der Krankenkasse vorliegt.</p> <p>Liegt ein Mehrfachbezug (mehrere Versorgungsbezüge) nicht vor (Einfachbezug), ist zuerst die monatliche Freigrenze (KV und PV) zu prüfen.</p> <p>Wird diese überschritten, folgt die weitere Prüfung des Freibetrages für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge. (F01, F02)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>13:</b>	<p>ID: 4f1caed0-8983-471f-a634-ee6788208571</p> <p>Bei der Ermittlung des beitragspflichtigen Versorgungsbezuges ist zunächst der Freibetrag für die Krankenversicherung von der monatlichen Leistung (ohne Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze) abzuziehen.</p> <p>Soweit die Leistung der betrieblichen Altersversorgung den Freibetrag in der Krankenversicherung übersteigt, ist der übersteigende Betrag ggf. auf die Beitragsbemessungsgrenze bzw. den maximalen Versorgungsbezug (VBmax) zu begrenzen. (F02)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>14:</b>	<p>ID: 0b7f1699-a913-4d8f-81fa-4715b4975131</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei einer Rückmeldung der Krankenkasse für einen Mehrfachbezieher mit dem Datenbaustein DBKZ und KENNZFB = 1 (= nein) kein Freibetrag von der Bemessungsgrundlage (VBBETR) für die Krankenversicherung abgezogen wird und ggf. eine bereits erfolgte Berücksichtigung des Freibetrags korrigiert wird. (F01, F02, F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>15:</b>	<p>ID: 5fd50fa7-aecd-480e-b829-f8a8c116a8c9</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Rückmeldung KENNZFB = 2 (= ja) der volle Freibetrag von der Bemessungsgrundlage (VBBETR) für die Krankenversicherung ab dem gemeldeten Gültigkeits-Zeitpunkt abgezogen wird.</p> <p>Kriterium 11 gilt entsprechend. (F01, F02, F13)</p> <p>ID: fb7782b7-bcd3-448f-af06-52ca079c50f1</p>	§

<b>Kriterium 16:</b>	Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Rückmeldung KENNZFB = 3 (= teilweise) der im Feld „FB“ angegebene Betrag von der Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherung maschinell ab dem gemeldeten Gültigkeitszeitpunkt abgezogen wird.  Kriterium 11 gilt entsprechend. (F01, F02, F13)  ID: d0c70a4c-8467-458e-9454-4b286fc22bff	<b>§</b>
<b>Kriterium 17:</b>	Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Mehrfachbeziehern ein Freibetrag nur nach entsprechender Meldung der Krankenkasse mit dem Datenbaustein DBKZ berücksichtigt wird. (F01, F02, F13)  ID: b3e09a6f-8c45-44e4-83a7-90088c57fd7e	<b>§</b>

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 4. Beitragsberechnung  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 2. Zusatzbeitrag

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Es ist maschinell sicherzustellen, dass im Zahlstellenverfahren für die Beitragsmonate Januar und Februar 2015 als Zusatzbeitragssatz 0,9 v. H. Anwendung finden. (F25)  ID: b0bd5d17-a4fc-4d1e-a122-4ec19f2d7330	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Es ist maschinell sicherzustellen, dass im Zahlstellenverfahren der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz jeweils mit einer Verzögerung von 2 Monaten Anwendung findet. (F06, F15, F25)  ID: 7d047d87-f20a-49b0-86c4-4c143f77f69b	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Es ist sichergestellt, dass der jeweils maßgebende Zusatzbeitragssatz aus der Beitragssatzdatei der ITSG GmbH oder einer vergleichbaren Beitragssatzdatei maschinell übernommen wird.  ID: b4a07560-d70e-47f1-9fa0-fb0bc89bc18e	

Modul: Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
Thema: 4. Beitragsberechnung  
Kategorie: 1. Grundlagen

Schlagwort: 3. Besonderheiten SVLFG

Kriterium

1: Für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge ab dem Jahr 2009 gilt der allgemeine Beitragssatz; für die Zeiträume vor 2009 die individuellen Beitragssätze der jeweiligen Krankenkasse.

Vom 01.01.2015 bis 28.02.2015 ist ein Zusatzbeitrag von 0,9 v. H. zusätzlich zu berücksichtigen.  
Vom 01.03.2015 an gilt der um zwei Monate verzögerte kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz.  
Die Zusatzbeiträge sind getrennt von den Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz zu berechnen und nachzuweisen.

**Besonderheiten SVLFG und landwirtschaftliche Krankenversicherung:**

Zeiten bis 31.12.2014:

Für Renten und Landabgabenrenten nach dem ALG gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (bis 31.12.2014 zzgl 0,45 %).

Zeiten ab 01.01.2015 bis 31.12.2018:

Bei Pflichtversicherten in der landwirtschaftlichen KV ist ab dem 01.01.2015 bei der Beitragsberechnung aus Versorgungsbezügen neben dem allgemeinen Beitragssatz zusätzlich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu berücksichtigen. Für Renten und Landabgabenrenten nach dem ALG gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes sowie zusätzlich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bei Versicherten der SVLFG (bis 31.12.2018).

Bei Beziehern von Renten und Landabgabenrenten nach dem ALG gilt für Mitglieder anderer Krankenkassen der individuellen Zusatzbeitragssatz.

Zeiten ab 01.01.2019:

Ab dem 01.01.2019 gilt bei Beziehern von Renten und Landabgabenrenten nach dem ALG, die in der landwirtschaftlichen KV versichert sind, die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (für Versicherte der SVLFG) oder des halben individuellen Zusatzbeitragssatzes (für Mitglieder anderer Krankenkassen).

**Hinweis:**

Die Renten und Landabgabenrenten nach dem Gesetz über Alterssicherung der Landwirte (ALG) werden ausschließlich von der Landwirtschaftlichen Alterskasse ausgezahlt.

(F05)

ID: ddce10fa-a043-493e-8539-ab1a4303ba90

§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 4. Beitragsberechnung  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 4. Korrekturen

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Eine Korrektur umfasst Nachzahlungen, Rückforderungen von Versorgungsbezügen und jede rückwirkende Änderung von beitrags- und melderechtlich relevanten Daten. (F08)	§
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Korrekturen werden für die vergangenen vier Kalenderjahre programmgesteuert vorgenommen. (F08, F13) <small>ID: b382ee0e-f377-4ee0-b910-beefd22466a4</small>	§
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Korrekturen werden den entsprechenden Abrechnungszeiträumen zugeordnet. (F08) <small>ID: a7fbfad2-5f95-4faf-a73e-05697dce1502</small>	§
<b>Kriterium</b>	<b>4:</b> Eine Korrektur zieht eine maschinelle Aufrollung nach sich. (F11) <small>ID: 146aad42-2842-4af0-97ef-a5edd72cca4e</small> <small>ID: dfcc1a72-71a2-4d1d-bfc3-9b6ecfc86d7c</small>	§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 4. Beitragsberechnung  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 5. Aufrollung

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Nach rückwirkenden Korrekturen von abrechnungsrelevanten Daten (z. B. Beitragssätze KV /PV, Beitragsbemessungsgrenzen, Krankenkasse) im Rahmen der Rückrechnungstiefe werden dem Korrekturmonat nachfolgende, bereits abgerechnete Monate maschinell aufgerollt. (F11)  ID: c84e229c-5c00-4115-9a24-53b5eeb0da05	§
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Die Aufrollung nach dem Kriterium 1 wird maschinell erkannt. Hierbei ist sicherzustellen, dass das System die Rückrechnung spätestens bei der nächsten Abrechnung berücksichtigt (z. B. Monatswechsel nicht möglich). (F11)  ID: 0a874c3a-8fbf-47fa-8549-83b61f983eff	§
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Nachzahlungen von Versorgungsbezügen sind den jeweiligen Monaten maschinell zuzuordnen, für die sie gezahlt werden. Hierbei muss monatsbezogen der Rechenwert von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße und der VBmax für die Beitragspflicht automatisiert berücksichtigt werden. (F08)  ID: 19315504-ca0b-4667-ada1-aac9f72f63b3	§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 4. Beitragsberechnung  
**Kategorie:** 1. Grundlagen

**Schlagwort:** 6. Tod des Versorgungsempfängers

**Kriterium** 1: Es ist maschinell sichergestellt, dass die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers mit dem Tod endet, d.h. dass - außer bei vor- und nachschüssigen Zahlungen von Versorgungsbezügen – über den Todestag hinaus keine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge berechnet und abgeführt werden.  
(F23)



**Kriterium** 2: Beitragsüberzahlungen bei Tod aufgrund von vor- oder nachschüssigen Zahlungen von Versorgungsbezügen können von den Erben im Rahmen des Erstattungsverfahrens bei den Krankenkassen geltend gemacht werden.



ID: 977115f5-eba9-4fd1-8b54-8bd9dbfbc29f



**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 5. Dokumentation  
**Kategorie:** 1. Dokumentation

**Schlagwort:** 1. Ordnungsmäßigkeit



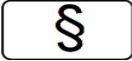

**Kriterium** 1: Die Daten über die Zeiten und die Höhe der Versorgungsbezüge werden maschinell in der Abrechnung geführt.  
(F11)

§

ID: b1e1c281-7157-414d-91f3-6f9efb641c65

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 5. Dokumentation  
**Kategorie:** 1. Dokumentation

**Schlagwort:** 2. Jahreskonto / Sammlung von Abrechnungen

<b>Kriterium</b>	1:	Die Daten der einzelnen Abrechnungsergebnisse für jeden Versorgungsbezugsempfänger sind als Jahreskonto je Kalenderjahr oder als Sammlung von Abrechnungen zusammengefasst.	
		ID: f57d82e7-94b3-4433-bd2e-fe16a9359fbd	
<b>Kriterium</b>	2:	Es sind alle abrechnungs- und melderelevanten Daten zeitraumbezogen dokumentiert.	
		ID: b6a0220a-3678-4077-ab5f-ab1fa59d277b	
<b>Kriterium</b>	3:	Die Korrektur von Abrechnungs- und Meldedaten von Vorjahren werden im Jahreslohnkonto entsprechend dargestellt.	
		ID: 5fd8948c-2d99-4f91-8603-f46aa6256b4d	
<b>Kriterium</b>	4:	Es ist ersichtlich, ob die Grundlage der Beitragskriterien die maschinelle Rückmeldung der Krankenkasse oder eine Erfassung der Zahlstelle ist.	
		ID: 176cc90f-67a8-45e8-af1f-47be3cfa0db4	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 5. Dokumentation  
**Kategorie:** 1. Dokumentation

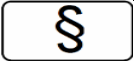
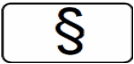
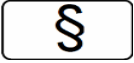
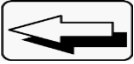
**Schlagwort:** 3. Beitragsnachweis

<b>Kriterium</b>	1:	Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse mittels Beitragsnachweisdatei die Höhe der abzuführenden Beiträge mitzuteilen, wenn eine Beitragsabführungspflicht durch die Zahlstelle gegeben ist. (F08, F15)	§
		ID: 64fb51a4-db1e-4a60-bcd5-6dc37c619c1b	
<b>Kriterium</b>	2:	Der maschinelle Beitragsnachweis (Datensatz) wird programmseitig erstellt und entspricht der Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung des Beitragsnachweises für die Bezieher von Versorgungsbezügen von den Zahlstellen an die Datenannahmestellen der Krankenkassen in der jeweiligen aktuellen Fassung. (F11, F14)	§
		ID: ff1a0d7e-d513-4652-9f04-3b5173477d88	
<b>Kriterium</b>	3:	Soweit Versorgungsbezüge nicht monatlich (z.B. quartalsweise oder einmal jährlich) ausgezahlt werden, sind die Beiträge im Monat der Auszahlung (Monat der Fälligkeit) zu berechnen und nachzuweisen. (F13)	§
		ID: f93e6f12-edc1-4d1d-91e3-6a2b0dae5857	
<b>Kriterium</b>	4:	Ab 01.01.2015 ist in den Feldern „Beitragssatz allgemein“ und „Beitragssatz ermäßigt“ jeweils die Summe des entsprechenden Beitragssatzes und des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes anzugeben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist hier nicht zu berücksichtigen. (F15)	§
		ID: e14aff0f-edc1-44f3-b676-3c5cf600c79e	
<b>Kriterium</b>	5:	Sind von der Zahlstelle Beiträge der landwirtschaftlichen Krankenkasse unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nachzuweisen, ist die Summe des allgemeinen Beitragssatzes und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes anzugeben. (F15)	§
		ID: 8b428a61-6306-4eb2-b581-1594927e60b5	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 1. Meldungen

**Schlagwort:** 1. Allgemeines

<b>Kriterium</b>	1:	<p>Folgende Meldetatbestände werden maschinell abgebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn und Höhe der Versorgungsbezüge,</li> <li>• Veränderung der Versorgungsbezüge (z. B. Einmalzahlungen),</li> <li>• Kapitalleistung oder Kapitalisierung von Versorgungsbezügen,</li> <li>• Wechsel der Zahlstelle (z. B. Fusion),</li> <li>• Ende der Versorgungsbezüge sowie</li> <li>• die Vorabbescheinigung.</li> </ul> <p>(F01, F12)</p> <p>ID: 8eb6ecad-a202-4ba5-b059-27e51bbaba2c</p>	§
<b>Kriterium</b>	2:	<p>Es ist maschinell sichergestellt, dass eine Abmeldung (Grund 3 DBZK) zum Todestag erstellt wird, sofern noch keine Abmeldung der Krankenkasse (Grund 9 DBKZ) zum Todestag erfolgt ist.</p> <p>(F12)</p> <p>ID: f215c645-6855-493d-9dd8-68ae1d3b3640</p>	§
<b>Kriterium</b>	3:	<p>Im Zahlstellenverfahren müssen die Meldungen unverzüglich abgegeben werden.</p> <p>(F01)</p> <p>ID: e490ef84-baeb-4685-bc58-eb207d9601d4</p>	§
<b>Kriterium</b>	4:	<p>Fehlerhafte Meldungen sind von den Zahlstellen zu stornieren.</p> <p>(F12, F13)</p> <p>ID: be6f6eee-b4e3-4472-a930-db986f7be734</p>	§
<b>Kriterium</b>	5:	<p>Unabhängig von der Beitragsabführungspflicht ist programmseitig sicherzustellen, dass bei Veränderung der Versorgungsbezugshöhe eine Veränderungsmeldung der Zahlstelle an die Krankenkasse erfolgt.</p> <p>(F13)</p> <p>ID: b6d890fc-ab5c-4153-8d37-65fffb883a37</p>	§

<b>Kriterium</b>	<b>6:</b> Im Aktenzeichen der Krankenkasse (AZKK) müssen Leerzeichen bestehen bleiben und maschinell für das Meldeverfahren (Rückmeldungen an die Krankenkassen) übernommen werden. (F13)	
<b>Kriterium</b>	<p>ID: 62326364-3955-4ade-8a5a-fef49e4c3ef8</p> <p><b>7:</b> Sofern sich auf Grund von Veränderungen – z. B. in der Höhe des VB's – Korrekturnotwendigkeiten ergeben, ist (sind) im Wege der Aufrollung die bereits übermittelte(n) Meldung(en) zu stornieren.</p> <p>Dies bedeutet, dass alle Zeiten ab der vorzunehmenden Änderung zu stornieren und ggf. neu zu melden sind. (F13)</p>	
<b>Kriterium</b>	<p>ID: d4066d7a-9ca2-4f18-9a46-fc7ad6a9bbdf</p> <p><b>8:</b> Die Stornomeldung muss der vorausgegangenen Meldung, die sie widerrufen soll, inhaltlich entsprechen; lediglich das Stornokennzeichen muss = „J“ und der Erstellzeitpunkt (DSVZ/ED) aktuell sein.</p> <p>Soweit sich zwischenzeitlich Veränderungen in den Schlüsselfeldern ergeben haben, sind diese grundsätzlich mit den neuen Werten zu übermitteln. (F13)</p>	
<b>Kriterium</b>	<p>ID: bbf62233-df6c-461c-b776-844f1f93cd6f</p> <p><b>9:</b> Die (Rück)Meldungen der Krankenkassen erfolgen immer an die im letzten gültigen Datensatz (DSVZ) hinterlegte Meldestelle der Zahlstelle (BBNRAB).</p> <p>Deren Datenannahme- und -weiterleitungsstelle verwendet zur Weiterleitung die Angaben aus dem letzten gültigen Datensatz Kommunikation (DSKO) der Meldestelle.</p> <p>Kommunikationsdaten können durch die ausschließliche Übersendung eines Datensatzes Kommunikation (DSKO) einschließlich des Vor- und Nachlaufsatzes und unter Verwendung der laufenden Dateinummer mitgeteilt werden.</p> <p>ID: 9645adbf-ebcd-47ac-8923-40a442da40fd</p>	

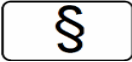
<b>Kriterium</b>	<b>10:</b>	<p>Wurde eine Meldung irrtümlich oder mit fehlerhaftem Inhalt abgegeben, so ist der Sachverhalt rückwärts bis zum Tatbestandsmonat aufzurollen.</p> <p>Dabei sind die bis dahin abgegebenen Meldungen zu stornieren. Angefangen wird bei der zuletzt abgegebenen Meldung und somit rückwärts bis zum Meldetatbestand storniert.</p> <p>Die fehlerhaften Werte oder Zeiträume sind mit den neuen Inhalten zu liefern.</p> <p>Jede stornierte Meldung, die zeitlich nach dem Meldetatbestand liegt und weiter Gültigkeit hat, muss wieder mit einer Neumeldung eingereicht werden. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>11:</b>	<p>ID: 293657e4-d41e-44a8-ae61-037f077f2580</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass doppelte Meldungen (mehrfache Stornierungen oder Neumeldungen zum selben Meldezeitraum) innerhalb eines Meldelaufs nicht vorgenommen werden (z. B. wenn Meldungen bei einer Korrekturerfassung durch den Sachbearbeiter direkt erzeugt und bis zur Dateierzeugung „gesammelt“ werden).</p> <p>In einer Datei darf nur die letzte gültige Änderung gemeldet werden. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>12:</b>	<p>ID: 201bdec8-3dce-425a-9db2-502674842b77</p> <p>Es ist programmseitig sicherzustellen, dass eine von einer Datenannahmestelle als fehlerhaft abgewiesene Meldung dazu führt, dass die Ursprungsmeldung als "nicht erstellt" gekennzeichnet wird.</p> <p>Die daraus resultierende Stammdatenänderung darf neben der "Neumeldung" nicht zu einer Stornierung der Ursprungsmeldung führen. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>13:</b>	<p>ID: d6dd7c52-0a39-445e-8e79-137e5d3e9ce1</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass Leistungen der betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (<u>ART VB = 5</u>) <u>ohne Begrenzung</u> auf die Beitragsbemessungsgrenze KV/PV gemeldet werden. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>14:</b>	<p>ID: 75513e85-d2bf-4a63-a855-c5aeb8579fb5</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass Leistungen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 - 4 SGB V (<u>ART VB = 0</u>) <u>mit Begrenzung</u> auf die Beitragsbemessungsgrenze KV/PV gemeldet werden. (F13)</p> <p>ID: 85b517b8-3553-4a76-8fdd-e0caabfbc2d6</p>	§

<b>Kriterium</b>	<b>15:</b>	<p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Betriebsrenten die Meldungen für Meldezeiträume ab dem 01.01.2020 im Feld „Art Versorgungsbezug (ART VB)“ des DBZK das Kennzeichen "5" enthalten.</p> <p>Dies gilt für laufende und einmalig gezahlte Versorgungsbezüge sowie ungeachtet der Tatsache, ob ein Einfachbezug oder Mehrfachbezug vorliegt und ob eine Beitragsabführungspflicht besteht. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>16:</b>	<p>ID: c8270f2d-f606-4640-bd5c-cc593e104fcd</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass der Anwender insbesondere zur Anzeige einer geänderten Meldestelle eine Pseudo-Änderungsmeldung erzeugen kann.</p> <p><u>Hinweis:</u> Eine Pseudo-Änderungsmeldung ist ggf. dann erforderlich, wenn zwischenzeitlich eine Meldung mit einer Ausfüllhilfe abgegeben wurde. (F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>17:</b>	<p>ID: a6303e21-85aa-4d54-817b-28324bb2f3b7</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei Rückmeldungen der Krankenkasse (DBKZ) mit dem Abgabegrund "3 = unzuständige Krankenkasse" ein Hinweis erfolgt, dass die Mitgliedschaft zu prüfen und die Meldung an die unzuständige Krankenkasse zu stornieren ist. (F12; F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>18:</b>	<p>ID: 781bf974-1e17-4036-8708-43e415543344</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass in den Meldungen an die Krankenkasse (DBZK) bei laufenden oder einmaligen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung (ART VB = 5) angegeben wird, ob zusätzliche Leistungsanteile aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• betrieblichen Riesterrenten oder</li> <li>• nach dem Ende der Beschäftigung als alleiniger Versicherungsnehmer finanzierte Beiträge (Privatanteil) gezahlt werden.</li> </ul> <p>Dies ist in der Meldung (DBZK) über das Kennzeichen "Anteiliger Ausschlussstatbestand" anzugeben.</p> <p>In Bestandsfällen zum 01.01.2024 entsteht die Mitteilungspflicht erstmalig bei Abgabe der nächsten Meldung. (F12; F13)</p> <p>ID: 82adff5b-3f98-484a-b31b-de64e8c46fef</p>	§

<b>Kriterium</b>	<b>19:</b>	<p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass die Höhe des laufenden Versorgungsbezugs oder die Höhe der Kapitalleistung <u>ohne etwaige Anteile</u> angegeben wird, die der Bezieher einer Leistung der betrieblichen Altersversorgung als Versicherungsnehmer <u>allein finanziert</u> hat. (F12; F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>20:</b>	<p>ID: 0bb158a1-b9b3-419b-9717-60f89cedf6bd</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass Waisenleistungen gemäß § 229 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 SGB V entsprechend Ihrer Art gekennzeichnet werden können.</p> <p>Dies erfolgt in den Meldungen (DBZK) über das Kennzeichen "Waisenleistungen" in den Ausprägungen 1, 3 und 4.</p> <p>In Bestandsfällen zum 01.01.2024 entsteht die Mitteilungspflicht erstmalig bei Abgabe der nächsten Meldung. (F12; F13)</p>	§
<b>Kriterium</b>	<b>21:</b>	<p>ID: 8df0740c-14e6-436a-9e79-74dd573c4a8f</p> <p>Es ist systemseitig sichergestellt, dass gekennzeichnet werden kann, ob der Versorgungsbezugsempfänger nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat.</p> <p>Im Datenbaustein DBZK sind folgende Ausprägungen möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „J“ = Anspruch besteht</li> <li>• „N“ = Anspruch besteht nicht</li> <li>• „U“ = Anspruch unbekannt</li> </ul> <p>(F13)</p> <p>ID: c66602bc-6d50-404d-9abd-f8077ca5b045</p>	§



<b>Kriterium</b> <b>22:</b>	<p>Sofern in der Vorabbescheinigungsmeldung (Abgabegrund 5) oder Bewilligungs- bzw. Beginn-Meldung (Abgabegrund 1), im Feld „Kennzeichen-Beihilfe“ ein „U“ an die Krankenkasse übermittelt wurde, ist systemseitig sicherzustellen, dass nach Erhalt der Rückmeldung der Krankenkasse, das Kennzeichen zur Beihilfe für zukünftig abzugebende Meldungen angepasst wird.</p> <p>Aus Anlass der Rückmeldung der Krankenkasse ist hinsichtlich des Kennzeichens zur Beihilfe (KENNZBEIH) in Abhängigkeit vom Kennzeichen zur Beitragsabführungspflicht (KENNZABF) in der Rückmeldung der Krankenkasse für zukünftige Meldungen mit folgender Maßgabe systemseitig zu verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei KENNZABF 1 ist keine Anpassung erforderlich, da keine Beitragsabführungspflicht besteht.</li><li>• Bei KENNZABF 2 ist das KENNZBEIH von „U“ auf „N“ anzupassen, da kein Beihilfeanspruch besteht.</li><li>• Bei KENNZABF 3 ist keine Anpassung erforderlich, da keine Beitragspflicht in der PV besteht.</li><li>• Bei KENNZABF 4 ist das KENNZBEIH von „U“ auf „J“ anzupassen, da ein Beihilfeanspruch besteht.</li></ul> <p><u>Hinweis:</u> Die Ursprungsmeldung mit Angabe „U“ ist allein aufgrund der Rückmeldung der Krankenkasse nicht zu korrigieren und nicht erneut zu übermitteln. (F13)</p> <p>ID: 7c2d9a7f-483d-4848-91d4-4f32b0ccf983</p>
-----------------------------	---



**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 1. Meldungen

**Schlagwort:** 2. Dateinummer

**Kriterium**




- 1: Die fachlichen Rückmeldungen der Krankenkasse werden seit dem 01.01.2012 mit einem eigenen Verfahrensmerkmal „ZAK“ und in einem eigenen Sendungsnummernkreis (mit einer eigenen Dateinummernzählung) von den Datenannahme- und -weiterleitungstellen der Krankenkassen an die Zahlstellen gesendet bzw. zum Abruf vom Kommunikationsserver bereitgestellt.
- Die von den Datenannahme- und -weiterleitungstellen der Krankenkassen erzeugten Fehlermeldungen werden mit dem Verfahrenskennzeichen „ZAV“ ebenfalls mit eigener Dateinummernzählung zurückgesandt bzw. bereitgestellt. Die Dateien sind von der Zahlstellensoftware entsprechend zu verarbeiten.  
(F18)

ID: 8426eca6-48fa-4533-83c2-79e1f805943b

§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 1. Meldungen

**Schlagwort:** 3. Meldedaten-Zusammenfassung

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Meldedaten werden zu einer Meldedatei je Annahmestelle für alle Mandanten zusammengefasst (Mandantenfähigkeit).  ID: 2dde9dc1-4bbd-4645-800e-b5134068cffe	
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Der Meldelauf wird einmal angestoßen und durchläuft alle Mandanten, ohne dass für jeden einzelnen Mandanten ein Meldelauf besonders gestartet werden muss.  ID: 704ed216-8cfd-4a37-bede-3a812f568a35	
<b>Kriterium</b>	<b>3:</b> Der Ausschluss einzelner Betriebe/Betriebsteile (Mandanten) von der Datenübermittlung ist möglich.  ID: 1cfc58fc-4f7d-4c60-b9d9-2e98318ccfb8	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 1. Meldungen

**Schlagwort:** 4. Meldedokumentation

**Kriterium** 1: Bei der maschinellen Erstellung von Meldungen wird eine Meldedokumentation im Jahreskonto oder der Sammlung von Abrechnungen vorgenommen.



ID: f2501174-f873-41e2-97b5-664214e4104f

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 1. Allgemeines

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Meldetatbestände werden maschinell erkannt, die Meldungen ausgelöst und dokumentiert. (F11; F13)	§
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Fehlerhafte Daten verhindern die Erstellung von Meldungen (Fehlerermittlung, Fehlertexte). (F11, F13)	§

ID: 4e454260-8012-424c-a7d0-f6a4c1ee6cff

ID: 78a527b6-8404-418d-bc16-c273e0c9cb11

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 2. Vorabbescheinigung

<b>Kriterium</b>	<b>1:</b> Es ist systemseitig sicherzustellen, dass eine Meldung mit Abgabegrund „5“ erzeugt und vor erstmaliger Bewilligung eines laufenden Versorgungsbezugs an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden kann. (F13)  ID: 6c1a9d32-34a3-4682-9a7e-ee0b2596a7c9	§
<b>Kriterium</b>	<b>2:</b> Es ist systemseitig sicherzustellen, dass eine Meldung mit Abgabegrund „1“ immer zu übermitteln ist. (F13)  ID: bce5048b-3583-454a-8b50-35a334a33420	§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 3. Beginn des Versorgungsbezuges

**Kriterium** 1: Der Beginn/Bewilligung des Versorgungsbezuges ist mit Grund 1 zu melden.  
  
Dies gilt auch bei Wechsel der Krankenkasse (Datum des Versicherungsbeginns bei der neuen Krankenkasse) und Wechsel des Aktenzeichens "Verursacher" (Datum, zu dem das neue Aktenzeichen gilt).  
(F13)

ID: ad2ada67-b457-426a-8f06-8ee8d21b64fd

§

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 4. Ende des Versorgungsbezuges

**Kriterium** 1: Das Ende des Versorgungsbezuges ist mit Grund 3 zu melden.

§

Dies gilt auch bei

- Wechsel der Krankenkasse (Endedatum bei der bisherigen Krankenkasse),
- Wechsel des Aktenzeichens "Verursacher" (Datum, bis zu dem das alte Aktenzeichen galt) sowie
- bei bedingtem Wegfall des VB (z. B. bei Ruhen in voller Höhe des VB).

(F13)

ID: c347c01d-a65a-4707-811f-595f5dc065cd



**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 5. Stornierung

**Kriterium** 1: Wurde eine Meldung irrtümlich oder fehlerhaft übermittelt, ist diese zu stornieren und neu zu melden.

Stornierungen und Neumeldungen sind auch bei melderelevanten Rückrechnungen in vergangene Zeiten (z. B. rückwirkende Änderung in der Höhe des laufenden VB's) abzugeben.  
(F13)



**Kriterium** 2: Auf die Ausführungen zur Aufrollung unter dem

- Thema „6. Meldungen“, Kategorie "1. Meldungen“, Schlagwort „Allgemeines" sowie
- Thema „6. Meldungen“, Kategorie "2. Meldesachverhalte“, Schlagwort „Allgemeines"

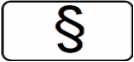
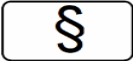
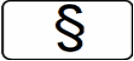

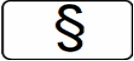
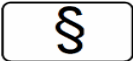
wird verwiesen.

ID: 543690bc-c428-434d-bb6d-b4aa71379659



**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 6 Veränderungsmeldung

<b>Kriterium</b>	1: Die Veränderungsmeldung ist mit Grund 2 zu melden. Dies gilt für Veränderungen in der Höhe des laufenden VB's und des Kennzeichens "Beihilfe". (F13)	
<b>Kriterium</b>	ID: 33d7c232-46dc-43e5-9ffb-87b37e0d627d 2: Das Kennzeichen "Veränderungsmeldung Ja/Nein" ist seit dem 1. Januar 2012 in allen Fällen auf "J" zu setzen. (F13)	
<b>Kriterium</b>	ID: 5245797a-b592-4762-93f3-055dc7b0bb50 3: Eine Veränderungsmeldung wird auch bei Bezug kleiner/gleich 1/20 der Bezugsgröße erzeugt. (F13)	
<b>Kriterium</b>	ID: 88b3cbd7-fbe1-422f-9499-9631f69bab46 4: Bei Änderungen in den Datenbausteinen Name und Anschrift kann ebenfalls eine Veränderungsmeldung abgegeben werden.	
<b>Kriterium</b>	ID: 7b854fdf-aaee-4294-8dcb-9c7f55a8601d 5: Sofern bei Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-4 SGB V die Höhe des monatlichen Versorgungsbezugs weiterhin auf die BBG KV/PV begrenzt ist, ist systemseitig sichergestellt, dass jeweils im Januar bei Änderung der BBG KV/PV eine Änderungsmeldung (ggf. begrenzt) auf die neue BBG KV/PV mit dem Änderungsdatum 01.01.jhjj erzeugt wird, wenn die Höhe des Versorgungsbezugs die bisherige BBG KV/PV übersteigt. (F13)	
<b>Kriterium</b>	ID: 426932d8-696b-4b40-a853-c8cc588b48ec 6: Soweit Krankenkassen in ihrer Rückmeldung das Beitragsabführungskennzeichen „4“ gemeldet haben, sind Zahlstellen verpflichtet den halben PV-Beitragssatz zu berücksichtigen. (F13)	
	ID: b3dd3592-b1e4-4781-924b-e0081034b948	

**Modul:** Basismodul/Grundmodul Standardanforderungen  
**Thema:** 6. Meldungen  
**Kategorie:** 2. Meldesachverhalte

**Schlagwort:** 7. Besonderheiten

**Kriterium** 1: Je Versorgungsbezug ist ein eine eigene Versorgungsbezugsnummer (AZVU) zu verwenden.  
  
Es ist maschinell sichergestellt, dass bei (Teil-) Kapitalisierung eines Versorgungsbezuges eine neue Versorgungsbezugsnummer (AZVU) hierfür verwendet wird.  
(F12,13)

§

**Kriterium** 2: ID: ccba9db6-6daa-4fef-8c6b-c1f5792f2489  
Ändert die Zahlstelle die Versorgungsbezugsnummer (AZVU), werden eine Ende-Meldung mit dem bisherigen und eine Beginn-Meldung mit dem neuen AZVU übermittelt.  
(F13)

§

ID: 1a7a377f-7b99-4541-9c18-940277df0bbc

**Modul:** Elektronische Beantragung einer Zahlstellennummer  
**Thema:** Elektronische Beantragung einer Zahlstellennummer  
**Kategorie:** Allgemeines

**Schlagwort:** 1. Grundsätzliches

**Kriterium** 1: Es ist maschinell sichergestellt, dass die elektronische Beantragung einer Zahlstellennummer programmseitig entsprechend der Verfahrensbeschreibung für die maschinelle Beantragung einer Zahlstellennummer oder gesonderten Absendernummer vorgenommen wird.  
(F28)

§

ID: 69482e3c-a070-4fa6-903f-082375e8da3e

**Modul:** Elektronischer Abruf der zuständigen Krankenkasse beim GKV-Spitzenverband  
**Thema:** Abruf zuständige Krankenkasse  
**Kategorie:** Abruf beim GKV-SV

**Schlagwort:** 1. Abruf beim GKV-SV

<b>Kriterium</b>	<p>1: Die Vorgaben aus den Grundsätzen zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse und die Anlagen zu den Grundsätzen müssen umgesetzt sein. (F29)</p> <p>ID: 71c0a4d5-3158-4e75-b418-02f7b1f31133</p>	§
<b>Kriterium</b>	<p>2: Die Vorgaben aus der Verfahrensbeschreibung zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse und die Anlagen zur Verfahrensbeschreibung sind zu berücksichtigen. (F30)</p> <p>Der Anwender sollte darauf hingewiesen werden, dass der Abruf nur zulässig ist, sofern die Information über die zuständige Krankenkasse für die Abgabe einer Meldung nach § 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Zahlstellenmeldeverfahren) benötigt wird und hierzu trotz vorheriger Aufforderung vom Versorgungsbezugsempfänger keine oder nur unvollständige Angaben vorliegen.</p> <p>ID: 10bbf661-cebb-4f1b-8050-ddc4ab141417</p>	§
<b>Kriterium</b>	<p>3: Im Nachrichtentyp "Abfrage Mitgliedschaft Krankenkasse" ist als Empfängernummer, die Betriebsnummer der Annahmestelle des GKV-Spitzenverbandes (ITSG = 93121302) anzugeben. (F30)</p> <p>ID: c5ecb164-fc9e-42bf-83d0-5abc6db49b70</p>	§

**Modul:** Elektronischer Abruf der zuständigen Krankenkasse beim GKV-Spitzenverband  
**Thema:** Abruf zuständige Krankenkasse  
**Kategorie:** Abruf beim GKV-SV

**Schlagwort:** 2. Rückmeldung des GKV-SV

<b>Kriterium</b>	<p>1: Es ist systemseitig sichergestellt, dass eine Rückmeldung zur „Abfrage Mitgliedschaft Krankenkasse“ angenommen und verarbeitet werden kann. (F29, F30)</p> <p>ID: aeb6176a-d86a-44cb-adab-904f41fc917a</p>	§
<b>Kriterium</b>	<p>2: Es wird empfohlen, bei einer Rückmeldung mit „1 = Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse ermittelt“, die im Element „BBNR_KK“ angegebene Betriebsnummer der Krankenkasse in die Versorgungsbezieherstammdaten zu übernehmen.</p> <p>ID: bb7bf543-28ff-4b45-b886-575afee6db72</p>	←
<b>Kriterium</b>	<p>3: Es ist systemseitig sichergestellt, dass bei einer Rückmeldung mit „2 = Keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse ermittelt“, dem Anwender ein entsprechender Hinweis in geeigneter Form angezeigt wird. Die anfragende Stelle ist in diesem Fall verpflichtet, weitere Ermittlungen vorzunehmen. (F29, F30)</p> <p>ID: 7321efc3-3f83-4eda-97f0-650615e2894f</p>	§
<b>Kriterium</b>	<p>4: Wird im elektronischen Verfahren (Rückmeldung Mitgliedsbestätigung im DBMB oder Rückmeldung unzuständige Krankenkasse im Verfahren eAU) gemeldet, dass die gemeldete Krankenkasse nicht die zuständige Krankenkasse ist, kann das Verfahren zum elektronischen Abruf der zuständigen Krankenkasse anwenderseitig ausgelöst werden.</p> <p>ID: 77b3f733-8258-4c25-9c41-c9d57f1d3b91</p>	←