

Verfahrensbeschreibung
zum elektronischen Abruf der
zuständigen Krankenkasse nach § 28a Absatz 3e SGB IV
in der vom 1. Januar 2024 an geltenden Fassung

Für die Abgabe von Meldungen an Krankenkassen können Arbeitgeber, Zahlstellen, die Agenturen für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger nach § 6a SGB II (Optionskommunen) die aktuelle Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse in elektronischer Form nach § 28a Absätze 3c und 3d SGB IV beim GKV-Spitzenverband abfragen. Der GKV-Spitzenverband hat nach § 28a Absatz 3e SGB IV das Nähere zum Verfahren und zur Datenübermittlung in Grundsätzen festgelegt.

Die Grundsätze werden ergänzt durch die nachstehenden Ausführungen in dieser Verfahrensbeschreibung. Hierin wird insbesondere die Kommunikation zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen aus Anlass einer elektronischen Abfrage erläutert.

Die Grundsätze und die Verfahrensbeschreibung sind abrufbar unter www.gkv-datenaustausch.de/Arbeitgeberverfahren

Inhalt

1. Übermittlung der Daten an den GKV-Spitzenverband.....	3
2. Abfrage der Mitgliedschaft durch den GKV-Spitzenverband.....	3
3. Verarbeitung und Rückmeldung an den GKV-Spitzenverband	3
4. Übermittlung des Ergebnisses an die abfragende Stelle.....	3
5. Verfahrenstechnische Umsetzung innerhalb der GKV.....	4

1. Übermittlung der Daten an den GKV-Spitzenverband

Arbeitgeber, Zahlstellen, die Agenturen für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger nach § 6a SGB II (Optionskommunen) können die aktuelle Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse in elektronischer Form beim GKV-Spitzenverband nach § 28a Absätze 3c und 3d SGB IV abfragen. Die Abfrage wird mit dem Nachrichtentyp „Abfrage Mitgliedschaft Krankenkasse“ über den GKV-Kommunikationsserver oder im Falle der Bundesagentur für Arbeit über sFTP an die Annahmestelle des GKV-Spitzenverbandes übermittelt.

2. Abfrage der Mitgliedschaft durch den GKV-Spitzenverband

Auf Grundlage der Daten des eingegangenen Nachrichtentyps „Abfrage Mitgliedschaft Krankenkasse“ erstellt der GKV-Spitzenverband den Nachrichtentyp „Abfrage der Mitgliedschaft durch GKV-Spitzenverband“ und sendet diesen unmittelbar an die Krankenkassen.

3. Verarbeitung und Rückmeldung an den GKV-Spitzenverband

Die Krankenkassen haben auf Grundlage der Daten des eingegangenen Nachrichtentyps „Abfrage der Mitgliedschaft durch GKV-Spitzenverband“ eine systemseitige, automatisierte Feststellung vorzunehmen, ob eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt der Abfrage vorliegt.

Die Krankenkassen haben das Ergebnis der Feststellung mit dem Nachrichtentyp „Rückmeldung der Mitgliedschaft an GKV-Spitzenverband“ unverzüglich zurückzumelden. Als Ergebnis der Prüfung sind folgende Angaben möglich:

- 1 = Mitgliedschaft bei der Krankenkasse ermittelt.
- 2 = Keine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse ermittelt.

Ein Zeitraum von bis zu 23 Stunden wird hierbei als unverzügliches Antwortverhalten angesehen.

In der Rückmeldung der Krankenkasse ist die „Abfrage_ID“ aus der Abfrage des GKV-Spitzenverbandes anzugeben. Diese Angabe ist erforderlich für die Zuordnung der Rückmeldungen der Krankenkassen zur Abfrage.

4. Übermittlung des Ergebnisses an die abfragende Stelle

Nach Ablauf von 23 Stunden nach Versand des Nachrichtentyps „Abfrage der Mitgliedschaft durch GKV-Spitzenverband“ an die Krankenkassen wertet der GKV-Spitzenverband die Rückmeldungen der Krankenkassen aus und sendet eine Rückmeldung an die abfragende Stelle mit dem Nachrichtentyp „Angabe Mitgliedschaft Krankenkasse“ und der folgenden Attribute im Feld „Mitgliedschaft Krankenkasse“:

- 1 = Mitgliedschaft ermittelt oder
- 2 = Keine Mitgliedschaft ermittelt.

Bei Ziffer 1 wird zusätzlich die Betriebsnummer der Krankenkasse angegeben, bei der zum Zeitpunkt des Abrufs eine Mitgliedschaft besteht.

Die Feststellung zur Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse erfolgt mit den nachstehenden Maßgaben:

Sofern nach Ablauf von 23 Stunden eine Vollständigkeit der Rückmeldungen besteht und

eine einzige Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband eine Mitgliedschaft bestätigt, erfolgt die Rückmeldung an die anfragende Stelle mit Ziffer 1.

Sofern nach Ablauf von 23 Stunden eine Vollständigkeit der Rückmeldungen besteht und keine Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband eine Mitgliedschaft bestätigt, erfolgt die Rückmeldung an die anfragende Stelle mit Ziffer 2.

Sofern im Einzelfall nach Ablauf von 23 Stunden keine Vollständigkeit der Rückmeldungen besteht, erfolgt die Rückmeldung an die anfragende Stelle mit Ziffer 2.

Sofern nach Ablauf von 23 Stunden eine Vollständigkeit der Rückmeldungen besteht und mehr als eine Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband eine Mitgliedschaft bestätigt, erfolgt die Rückmeldung an die anfragende Stelle mit Ziffer 2.

Die Rückmeldung des GKV-Spitzenverbandes ersetzt nicht die elektronische Mitgliedsbestätigung der Krankenkasse nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V.

5. Verfahrenstechnische Umsetzung innerhalb der GKV

Die verfahrenstechnische Umsetzung der Abfrage an die Krankenkassen und die Verarbeitung der Rückmeldungen der Krankenkassen erfolgt durch die ITSG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Zur Prüfung und Feststellung einer Mitgliedschaft werden eingehende elektronische Anfragen sowie die diesbezüglichen Rückmeldungen der Krankenkassen bis zur Übermittlung des Ergebnisses an die abfragende Stelle in einer temporären Datei bei der ITSG gespeichert. Die vorgenannten Daten in der temporären Datei werden nach Übermittlung des Ergebnisses an die abfragende Stelle gelöscht. Die Krankenkassen löschen die Abfrage unverzüglich.

Anlage 1 Nachrichtentyp „Abfrage der Mitgliedschaft durch GKV-Spitzenverband“

Anlage 2 Nachrichtentyp „Rückmeldung der Mitgliedschaft an GKV-Spitzenverband“