Bundesagentur für Arbeit
GKV-Spitzenverband
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Verfahrensbeschreibung für die Bescheinigung von Zeiten des Leistungsbezuges zur Feststellung von berücksichtigungsfähigen Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III im Rahmen des Datenaustausches nach § 313a Abs. 2 SGB III i.V.m. § 312 Abs. 3 SGB III in der ab 01.01.2026 geltenden Fassung

Stand 11.02.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung 3
2. Allgemeines 4
   2.1 Anlass und Zweck des Bescheinigungsverfahrens 4
   2.2 Elektronisches Bescheinigungsverfahren 4
   2.3 Beteiligte Sozialversicherungsträger 4
   2.4 Zu bescheinigende Leistungen 5
3. Datenübermittlung 6
   3.1 Datenübertragung 6
   3.2 Nachrichtentypen innerhalb des DÜBAK Verfahrens 6
   3.3 Identifizierungsmerkmale 7
   3.4 Stornierung 7
4. Verfahren 8
   4.1 Anforderung Leistungsbezugszeiten durch die BA 8
      4.1.1 Sachverhaltsvorklärung 8
      4.1.2 Adressat der Anfrage 8
      4.1.3 Zeitpunkt der Anfrage 9
      4.1.4 Bescheinigungspflichtiger Zeitraum 9
   4.2 Rückmeldung Leistungsbezugszeiten an die BA 9
      4.2.1 Datenumfang 9
      4.2.2 Zeitpunkt der Rückmeldung 12
      4.2.3 Zuständigkeit der Krankenkassen 12
      4.2.4 Fehlender Leistungsbezug 13
      4.2.5 Fehlerrückmeldeverfahren 13

1. Einführung

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG, verkündet am 23.06.2020, BGBl. 2020 Nr. 28, S. 1248) wurde eine gesetzliche Grundlage für die elektronische Übermittlung von Bescheinigungsdaten über sonstige Versicherungspflicht gem. § 26 SGB III durch die Sozialversicherungsträger an die Bundesagentur für Arbeit geschaffen. Sozialversicherungsträger haben auf Verlangen der Bundesagentur für Arbeit alle Tatsachen zu bescheinigen, die für die Feststellung der Versicherungspflicht nach § 26 SGB III erheblich sein können (§ 313a Abs. 2 i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III).

Die Bundesagentur für Arbeit (BA), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) treffen mit der nachfolgenden Verfahrensbeschreibung Festlegungen für das Bescheinigungsverfahren nach § 313a Abs. 2 i.V.m. § 312 Abs. 3 SGB III.

Die Teilnahme am Datenaustausch ist für die Sozialversicherungsträger ab dem 01.01.2023 verpflichtend (§ 313a Abs. 2 i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III). Die verpflichtende Teilnahme gilt abweichend von § 451 Abs. 2 SGB III auch dann, wenn die zu bescheinigenden Zeiten des Leistungsbezugs vor dem 01.01.2023 geendet haben.

2. Allgemeines

2.1 Anlass und Zweck des Bescheinigungsverfahrens

Für verschiedene Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III (Arbeitslosengeld, Übergangsgeld) sowie im Zusammenhang mit der Antragspflichtversicherung (§ 28a SGB III) und dem internationalen Recht der Arbeitslosenversicherung sind Zeiten bedeutsam, für die wegen des Bezugs einer Sozialleistung Versicherungspflicht bestand (§ 26 Abs. 2 SGB III).
Zweck des Bescheinigungsverfahrens nach § 312 Abs. 3 SGB III ist es, den Agenturen für Arbeit die Berücksichtigung dieser Zeiten zu ermöglichen.

2.2 Elektronisches Bescheinigungsverfahren

Alle Leistungsträger sind verpflichtet, der BA auf deren Verlangen alle Tatsachen zu bescheinigen, die für die Feststellung der Versicherungspflicht nach § 26 SGB III erheblich sein können (§ 312 Abs. 3 SGB III).
Handelt es sich bei der bescheinigungspflichtigen Stelle um einen Sozialversicherungsträger, hat die Datenübermittlung elektronisch zu erfolgen (§ 313a Abs. 2 SGB III).

2.3 Beteiligte Sozialversicherungsträger

Das elektronische Bescheinigungsverfahren wird zwischen der BA und den gesetzlichen Krankenkassen für alle zu bescheinigenden Sachverhalte gem. § 26 SGB III umgesetzt, für die die Krankenkassen zuständige Leistungsträger sind (Übersicht siehe 2.4).
Die elektronische Bescheinigung über Leistungen gem. § 26 SGB III, für die ein Unfallversicherungsträger zwar zuständiger Leistungsträger ist, die Leistungen jedoch aufgrund von zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Verwaltungsvereinbarungen[1] auftragsweise von den Krankenkassen erbracht werden, erfolgt durch die beauftragte Krankenkasse.
Die Bescheinigungen über Zeiten des Leistungsbezugs gem. § 26 SGB III, welche direkt von einem Unfallversicherungsträger erbracht wurden, erfolgen außerhalb des elektronischen Bescheinigungsverfahrens.
Die Pflegekassen nehmen nicht am elektronischen Verfahren teil. Zu bescheinigende Leistungen der Pflegekassen werden außerhalb des elektronischen Bescheinigungsverfahrens angefordert[2].

---

[1] – Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X,
– Verwaltungsvereinbarung Einzelauftrag Verletztengeld nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X und
– Verwaltungsvereinbarung Beiträge nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV) in der jeweils geltenden Fassung.
[2] Ausnahmegenehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit vom 09.03.2022 gültig bis 31.12.2025

Sowohl die Anforderung der Bescheinigungen durch die BA, als auch die Übermittlung der Bescheinigungsdaten von den Krankenkassen an die BA erfolgen im Rahmen des elektronischen Datenaustausches.

2.4 Zu bescheinigende Leistungen

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Leistungen, deren Zeiten von den unter 2.3 genannten Sozialversicherungsträgern gegenüber der BA maschinell zu bescheinigen sind:

Leistungsart	Rechtsgrundlage	Rechtsgrundlage SGB III	Bescheinigungspflichtiger
Mutterschaftsgeld	§ 24i SGB V	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV
Krankengeld	§ 44 SGB V	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV
Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen ***	§ 44a SGB V	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV
Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommene Begleitperson***	§ 44b	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV
Kinderkrankengeld	§ 45 SGB V	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV
Verletztengeld	§ 45 SGB VII	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV*
Kinderverletztengeld	§ 45 Abs. 4 SGB VII	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV*
Versorgungskrankengeld/Krankengeld der Sozialen Entschädigung	§ 47 SGB XIV	§ 26 Abs. 2 Nr.1	KV*
Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **	§ 49 SGB VII	§ 143 Abs. 3	KV*

* als Auftragsleistung durch die Krankenkasse

** im Rahmen des freiwilligen Datenaustausches nach § 95c Abs. 1 SGB IV

*** zuständig ist die Krankenkasse, die das Krankengeld bei der Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen bzw. das Krankengeld für Begleitpersonen gewährt hat

Mit Ausnahme der Leistungsart Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im elektronischen Datenaustausch jeweils nur die Leistungsbezugszeiten zu bescheinigen, für die der für die Leistung zuständige Versicherungsträger die Versicherungspflicht gem. § 26 SGB III festgestellt hat. Die BA ist an diese Feststellung leistungsrechtlich nicht gebunden und kann ggf. eine davon abweichende Feststellung berücksichtigungsfähiger Zeiten nach § 26 SGB III bei ihrer Leistungsentscheidung treffen.

3. Datenübermittlung

3.1 Datenübertragung

Die elektronischen Bescheinigungen sind durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu übermitteln. Als Verfahren zur Datenübertragung wird das DÜBAK Verfahren genutzt. Für die Übermittlung der Daten sind die gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Die Datenübertagung zwischen den Verfahrensbeteiligten erfolgt ausschließlich maschinell auf Grundlage von XML (Extensible Markup Language). Die Dateninhalte werden in der Anlage 1 (Datensatzbeschreibung) sowie in der Anlage 6 (XML-Schemata) im gemeinsamen Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung dargestellt, die unter dem Veröffentlichungsportal www.gkv-datenaustausch.de abrufbar sind. Für die technische Umsetzung sind die XML-Schemata maßgeblich. Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

Im Bescheinigungsverfahren können seit dem 01.01.2023 Daten über Zeiten des Leistungsbezugs zur Feststellung berücksichtigungsfähiger Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III abgefragt werden, auch wenn diese Zeiten vor dem 01.01.2023 liegen.

3.2 Nachrichtentypen innerhalb des DÜBAK Verfahrens

Für die Datenübermittlung sind die nachstehend beschriebenen Nachrichtentypen

- Anforderung Leistungsbezugszeiten durch die BA
  (für die Anforderung der Bescheinigungsdaten zur Feststellung berücksichtigungsfähiger Zeiten nach § 26 SGB III durch die BA) und
- Rückmeldung Leistungsbezugszeiten an die BA
  (für die Rückmeldung der Bescheinigungsdaten durch die Krankenkassen)

mit den zugehörigen Headern und Steuerungsdaten zu verwenden.

3.3 Identifizierungsmerkmale

Die Anfragen der BA enthalten neben Steuerungsdaten, Kommunikationsdaten und den fachlichen Inhalten folgende Identifizierungsmerkmale:

- Das BA- Aktenzeichen
- der BA bekannten aktuellen Versicherungsnummer (VSNR)
- Angaben zur Person
- eine Datensatz-ID.

Als Standardidentifizierungsmerkmal im automatisierten Verfahren dient die VSNR. Mit den weiteren personenbezogenen Angaben wird die Plausibilität dieses Identifizierungsmerkmals geprüft.
Die Krankenkassen erstellen nach Eingang des Anfragedatensatzes auf Grundlage der Angaben und auf Grundlage weiterer ihr vorliegender Daten eine maschinelle Rückmeldung an die BA, die neben Steuerungsdaten, Kommunikationsdaten und den fachlichen Inhalten folgende Identifizierungsmerkmale enthält:

- die VSNR
- einer Datensatz-ID
- der Datensatz-ID der Ursprungsmeldung

Der Antwortdatensatz enthält immer die aktuell gültige VSNR des Versicherten. In Einzelfällen kann die VSNR in den Rückmeldungen der Krankenversicherung von der VSNR im Anfragedatensatz abweichen, sofern für diesen Versicherten eine anderweitige VSNR ermittelt wurde. In diesen Fällen wird die von der BA ursprünglich übermittelte VSNR im gleichen Element mit der zutreffenden VSNR überschrieben.

3.4 Stornierung

Anfragedatensätze der BA werden im maschinellen Verfahren nicht storniert. Ist eine Anfrage inhaltlich fehlerhaft erstellt worden, wird eine neue Anfrage mit den korrekten Angaben erstellt.
Rückmeldungen sind von den Krankenkassen zu stornieren, wenn sie nicht abzugeben waren oder bereits zum Zeitpunkt der Erstellung unzutreffende Angaben enthielten. Sofern unzutreffenden Angaben an die BA übermittelt wurden, ist eine neue Rückmeldung mit den korrekten Angaben zu übermitteln. Die Stornierung hat unverzüglich zu dem Zeitpunkt zu erfolgen, zu welchem die Datensätze als fehlerhaft erkannt werden.

Darüber hinaus ist eine Stornierung und Neumeldung einer Rückmeldung mit dem Zusatzmerkmal „1“ durch die Krankasse erforderlich, wenn innerhalb von 30 Tagen nach der ersten Rückmeldung der Krankengeldfall bei der Krankenkasse abgeschlossen wurde respektive eine Versicherungszeit übermittelt werden kann, die auch das Ende des Anfragezeitraumes umfasst (vergleiche Beispiel 3).

Stornierungen enthalten grundsätzlich die ursprünglich übermittelten Daten und im Element „Stornokennzeichen“ das Kennzeichen „Stornierung der bereits übermittelten Antwort = J“. Im Element „DATENSATZ_ID_URSPRUNGSMELDUNG“ in der Elementgruppe „STORNIERUNG“ ist die Datensatz-ID der ursprünglichen Rückmeldung der Krankenkassen anzugeben.

4. Verfahren

4.1 Anforderung Leistungsbezugszeiten durch die BA

4.1.1 Sachverhaltsvorklärung

Eine elektronische Anforderung von Bescheinigungsdaten durch die BA ist nur zulässig, sofern der Versicherte der BA zuvor mitgeteilt hat, dass voraussichtlich sonstige Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III vorliegen sowie ein Abruferfordernis besteht. Erfolgte eine Rückmeldung der Krankenkasse mit dem Zusatzmerkmal „1“ sind von der BA innerhalb von 30 Kalendertagen nach dieser Rückmeldung grundsätzlich keine weiteren Anfragen zu übermitteln. Sofern im Einzelfall dennoch eine weitere Anfrage innerhalb der 30 Kalendertage von der BA übermittelt wird, ist diese von der jeweiligen Krankenkasse ebenfalls zu beantworten.

4.1.2 Adressat der Anfrage

Krankenversicherung:

Anfragen zu Leistungszeiten aus dem Bereich der Krankenversicherung richtet die BA an die Krankenkasse (technischer Adressat sind die Datenannahme- und Weiterleitungsstellen), bei der die Person aktuell nach Kenntnis der BA versichert ist. Anfragedatendatensätze zur Bescheinigung von Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sowie für Krankengeld für Begleitpersonen sind davon abweichend immer an die Krankenkasse des Organempfängers bzw. der zu begleitenden Person zu richten.

Unfallversicherung:
Anfragen zu Zeiten des Leistungsbezugs, für die ein Unfallversicherungsträger zuständiger Leistungsträger ist, die Leistung jedoch auftragsweise von einer Krankenkasse ausgezahlt wurde, werden bei der beauftragten Krankenkasse angefordert.

4.1.3 Zeitpunkt der Anfrage

Anfragen dürfen ausschließlich für Zeiträume in der Vergangenheit übermittelt werden. Das bis-Datum des Anfragezeitraums darf nicht in der Zukunft liegen. Das Tagesdatum ist zulässig (vergleiche Beispiel 1).

Beispiel 1:

Antragstellung Arbeitslosengeld:	15.02. lfd. Jahr
Voraussichtlicher Anspruchsbeginn Arbeitslosengeld:	01.04. lfd. Jahr
Elektronische Anfrage BA:	31.03. lfd. Jahr
Anfragezeitraum:	01.04. Vorjahr- 31.03. lfd. Jahr

4.1.4 Bescheinigungspflichtiger Zeitraum

Der Zeitraum, für den Zeiten des Leistungsbezuges zu bescheinigen sind, wird durch die Angabe eines Anfragezeitraums durch die BA im Anfragedatensatz mitgeteilt. Für Fälle im Zusammenhang mit dem internationalen Recht der Arbeitslosenversicherung kann dieser im Einzelfall bis zu 30 Jahre umfassen. Regelhaft erfolgt die Anfrage mit einem Zeitraum kürzer als 7 Jahre.

4.2 Rückmeldung Leistungsbezugszeiten an die BA

Die Rückmeldungen der Krankenkassen beziehen sich auf den Datenbestand zum Zeitpunkt der Antwort.

4.2.1 Datenumfang

Liegen zu bescheinigende Zeiten gem. § 26 SGB III innerhalb des angegebenen Anfragezeitraums vor, werden die Elemente „Leistungsbezug-von“, „Leistungsbezug-bis“, „Leistungsart“ und optional das Element „Zusatzmerkmal“ übermittelt.

Die Rückmeldung enthält alle zu bescheinigenden Zeiten (Leistungsbezug von – bis) gem. Abschnitt 2.4, die im angegebenen Anfragezeitraum liegen. Ein nicht abgeschlossener Leistungsbezug ist ggf. auf das Ende des Anfragezeitraums zu begrenzen (vergleiche Beispiel 2).

Liegen mehrere zu bescheinigende Zeiten aufgrund einer oder verschiedener Leistungen im angefragten Zeitraum, werden alle Leistungszeiträume und Leistungen, die eine Versicherungspflicht nach § 26 SGB III begründen, mit einer Rückmeldung übermittelt. Hierbei sind Überschneidungen von Leistungszeiträumen im Einzelfall zulässig.

Überschneiden sich zu bescheinigende Zeiten mit dem Beginn des Anfragezeitraums, werden der BA nur die Zeiträume übermittelt, die im Anfragezeitraum liegen.

Liegt das Ende-Datum des Leistungsbezugszeitraums nach dem Ende des Anfragezeitraums (vergleiche Beispiel 2) und in den Fällen, in denen ein Leistungszeitraum im Anfragezeitraum bei der Krankenkasse noch nicht abgeschlossen ist (vergleiche Beispiel 3), wird im Element „Zusatzmerkmal“ die Angabe „1 – laufend“ mitgeteilt.

Für Sachverhalte im Datenaustausch zwischen der BA und den Krankenkassen, bei denen die Beendigung des Krankengeldbezuges bzw. des Verletztengeldbezuges wegen Erreichen der Höchstanspruchsdauer nach § 48 SGB V erfolgt, ist die Angabe „2= Erreichung Höchstanspruchsdauer Krankengeld“ im Element „Zusatzmerkmal“ vorzunehmen. Diese zusätzliche Information ist für die BA für die Beurteilung der Verfügbarkeit gem. § 138 SGB III und die Prüfung der Minderung der Leistungsfähigkeit gem. § 145 SGB III erforderlich.

Beispiel 2:

Anfrage am:	28.02. lfd. Jahres
Anfragezeitraum:	01.09. Vorjahr- 31.01. lfd. Jahr
Rückmeldung am:	05.03. lfd. Jahr
Leistungsbezug:	01.09. Vorjahr – 15.02. lfd. Jahr
Rückmeldung Leistungszeitraum:	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Zusatzmerkmal:	1= laufend

Beispiel 3:

Anfrage am:	31.01. lfd. Jahres
Anfragezeitraum:	01.09. Vorjahr- 31.01. lfd. Jahr
Rückmeldung am:	05.02. lfd. Jahr
Festgestellter Leistungsbezug (laufend):	01.09. Vorjahr – 15.01. lfd. Jahr
Rückmeldung Leistungszeitraum:	01.09. Vorjahr – 15.01. lfd. Jahr
Zusatzmerkmal:	1= laufend

Fortsetzung Beispiel 3

Am 10.02. lfd. Jahr stellt die Krankenkasse fest, dass in Ihrem Bestand Leistungsdaten bis zum 22.01. lfd. Jahr hinterlegt sind, der Leistungsfall aber weiterhin noch nicht abgeschlossen ist. Es erfolgt keine Storno- und Neumeldung, da der Leistungsfall noch nicht abgeschlossen ist bzw. das Ende des Anfragezeitraums noch nicht erreicht wurde. Insoweit erfolgt keine „Zwischenmitteilung".

Am 15.02. lfd. Jahr stellt die Krankenkasse fest, dass in ihrem Bestand Leistungsdaten bis zum 31.01. lfd. Jahr hinterlegt sind. Es ist eine Storno- und Neumeldung an die BA zu übermitteln. Abhängig von dem jeweils vorliegenden Sachverhalt sind folgende Varianten zulässig:

Variante a)
Krankengeldfall beendet

Rückmeldung am:	15.02. lfd. Jahr
Festgestellter Leistungsbezug (laufend):	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Rückmeldung Leistungszeitraum:	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Zusatzmerkmal:	Grundstellung

Variante b)
Krankengeldfall besteht fort

Rückmeldung am:	15.02. lfd. Jahr
Festgestellter Leistungsbezug (laufend):	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Rückmeldung Leistungszeitraum:	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Zusatzmerkmal:	1= laufend

Variante c)
Erreichung Höchstanspruchsdauer Krankengeld

Rückmeldung am:	15.02. lfd. Jahr
Festgestellter Leistungsbezug (laufend):	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Rückmeldung Leistungszeitraum:	01.09. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Zusatzmerkmal:	2= Erreichung Höchstanspruchsdauer Krankengeld

Die maschinelle Rückmeldung der Krankenkasse enthält darüber hinaus immer Angaben zum Versicherungsverhältnis der angefragten Person innerhalb des Anfragezeitraums.

Dafür sind die Elemente „Mitgliedschaft im Anfragezeitraum bestand (ja/nein)“ und „Mitgliedschaft-von“ sowie „Mitgliedschaft-bis“ zu befüllen. Unterbrechungen der Mitgliedschaft von bis zu einem Monat können als durchgehende Zeiträume mitgeteilt werden.

4.2.2 Zeitpunkt der Rückmeldung

Die Rückmeldung erfolgt unverzüglich, in der Regel 2-4 Werktage nach Eingang der Anfrage bei der zuständigen Krankenkasse.

4.2.3 Zuständigkeit der Krankenkassen

Unzuständigkeit liegt vor, wenn die Person bei der angefragten Krankenkasse im gesamten Anfragezeitraum nicht Mitglied war bzw. keine Leistungszeiten vorgelegen haben (z.B. für Fälle von Krankengeldbezug bei der Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, Krankengeld für Begleitpersonen, Verletztengeld-/Übergangsgeldbezug von familienversicherten geringfügig beschäftigten Personen oder privat krankenversicherten Personen).

Liegt im Anfragezeitraum keine Mitgliedschaft vor, wird der Datensatz gegenüber der BA maschinell beantwortet. In diesem Fall wird im Element „Mitgliedschaft im Anfragezeitpunkt bestand“ die Angabe „Nein“ zurückgemeldet. Die Elemente „Mitgliedschaft-von“, „Mitgliedschaft-bis“ bleiben leer. Die Elemente „Leistungsart“, „Leistungsbezug-von“ und „Leistungsbezug-bis“ werden nur befüllt, wenn die Leistungsart „Krankengeld bei der Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“, „Krankengeld für Begleitpersonen“, „Verletztengeld“, „Kinderverletztengeld“ oder „Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zurückgemeldet wird.
Liegt eine Mitgliedschaft im Anfragezeitraum vor, meldet die Krankenkasse im Element „Mitgliedschaft im Anfragezeitraum bestand“ die Angabe „Ja“ sowie die Elemente „Mitgliedschaft-von“ und „Mitgliedschaft bis“ mit Datumsangaben zur Mitgliedschaft der angefragten Person die innerhalb des Anfragezeitraums liegen. War die Person noch bei weiteren Krankenkassen innerhalb des Anfragezeitraums versichert, meldet die angefragte Krankenkasse alle seit dem 01.01.2021 im Anfragezeitraum zuständigen Krankenkassen unter Angabe deren Betriebsnummer und des Zeitraums der jeweiligen Mitgliedschaft (von/bis) im Anfragezeitraum zurück, sofern unter Berücksichtigung des Meldeverfahrens nach § 304 SGB V die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse oder mehreren anderen Krankenkassen bei der angefragten Krankenkasse bekannt ist. Auf dieser Grundlage erstellt die BA ggf. weitere Anfragen bei einer weiteren oder mehreren gemeldeten Krankenkasse(n).

4.2.4 Fehlender Leistungsbezug

Ist Zuständigkeit gegeben, aber im Anfragezeitraum liegen keine Leistungsbezugszeiten vor, befüllen die Krankenkassen die Elemente „Leistungsbezug-von“, „Leistungsbezug-bis“ und „Leistungsart“ nicht, melden jedoch im Element „Kennzeichen-Leistungsbezug“ den Grund „1 – Leistungsbezug liegt nicht vor“ zurück.

Der Sachverhalt ist auf Seiten der BA ggf. erneut mit dem Versicherten zu klären. Anschließend wird ggf. eine erneute Anfrage durch die BA gestellt.

4.2.5 Fehlerrückmeldeverfahren

Die Fehlerprüfungen sind im Fehlerkatalog beschrieben.
Bei Fehlerrückmeldungen wird die Ursprungsmeldung mit einem Fehlercode zurückgemeldet, eine zusätzliche Befüllung des Elements Datensatz-ID-Ursprungsmeldung erfolgt nicht.