

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Meldungen
am 27. Juni 2018
in Berlin



- unbesetzt -



Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Top 1 Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fra- gen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Juni 2018; hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen	5
Top 2 DEÜV-Meldeverfahren; hier: Einführung eines maschinellen Verfahrens zur Anforderung fehlender Jahresmeldungen	7
Top 3 DEÜV-Meldeverfahren; hier: Maschinelle Anforderung von Gesonderten Meldungen bei den Krankenkassen durch die Deutsche Rentenversicherung	9
Top 4 Einheitliche Festlegung zur Aktualisierung von Steuerungsfeldern bei Stornierungen von Meldungen	11
Top 5 Reduzierung der Übergangsregelung im Rahmen eines Versionswechsels	13
Top 6 Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsge- setz (AAG); hier: Änderung der Verfahrensbeschreibung	15
Top 7 Meldeverfahren zwischen der Künstlersozialkasse (KSK) und den Kran- kenkassen; hier: Erweiterung des Meldeverfahrens	17
Top 8 DÜBAK-Meldeverfahren; hier: Erstellung einer Verfahrensbeschreibung	19

- unbesetzt -



Top 1

Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Juni 2018;

hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen

Sachverhalt:

Die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens findet am 28. Juni 2018 in Berlin statt. Mit dem Ziel einer gleichgerichteten Vertretung der GKV-Interessen hat sich die Fachkonferenz Meldungen darauf verständigt, die vorgesehenen Tagesordnungspunkte vorab einer GKV-internen Abstimmung zuzuführen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer erörtern die für die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Juni 2018 vorgesehenen Tagesordnungspunkte und stimmen sich über die anzustrebenden Lösungen ab.



- unbesetzt -



Top 2

DEÜV-Meldeverfahren;

hier: Einführung eines maschinellen Verfahrens zur Anforderung fehlender Jahresmeldungen

Sachverhalt:

In der Fachkonferenz Meldungen am 27. Februar 2018 haben die Fachkonferenzteilnehmer unter Top 2 u. a. beschlossen, dass der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum 7. SGB IV-Änderungsgesetz eine rechtliche Grundlage für die Einführung eines maschinellen Erinnerungsverfahrens zur Anforderung fehlender Jahresmeldungen einfordern soll. Darüber hinaus sollte ein Konzept für die Umsetzung des Verfahrens erstellt und mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) abgestimmt werden.

Am 31. Mai 2018 hat der GKV-Spitzenverband in einem bilateralen Gespräch, nach Vorstellung der Fallzahlen und der Ursachen, der BDA Folgendes vorgeschlagen:

1. Erweiterung des § 10 Abs. 1 DEÜV um einen Satz 3:
„Die Einzugsstellen können fehlende Jahresmeldungen maschinell anfordern.“
2. Erweiterung der Abgabegründe im DSKK:
04 = Anforderung fehlende Jahresmeldung
3. Umsetzungszeitpunkt: 1. Januar 2020

Die BDA steht der Umsetzung des Konzeptes aufgrund der dargestellten Fallzahlen offen gegenüber, gibt aber zu bedenken, dass vermutlich die derzeit bestehende Erfolgsquote von ca. 85 Prozent im papiergebundenen Verfahren durch ein maschinelles Verfahren nicht erreicht werden kann. Gleichwohl wird sie der Forderung nach einer gesetzlichen Legitimation zur Anforderung fehlender Jahresmeldung nichts entgegensetzen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer stimmen dem Konzept zu. Hinsichtlich der Bedenken der BDA, die vom GKV-Spitzenverband im Übrigen geteilt werden, wird festgelegt, dass die Einzugsstellen bei erfolgloser maschineller Anforderung weiterhin das papiergebundene Verfahren zur Erinnerung an fehlende Jahresmeldungen nutzen.

Darüber hinaus wird vereinbart, zu prüfen, ob zwei Jahre nach dem Start des Verfahrens, auch das Erinnerungsverfahren maschinell umgesetzt werden kann. Maßgeblich für eine solche Entscheidung ist, dass die maschinelle Anforderung fehlender Jahresmeldungen eine annähernd gleiche Erfolgsquote wie das bisher papiergebundene Verfahren aufweist.

- unbesetzt -



Top 3

DEÜV-Meldeverfahren;

hier: Maschinelle Anforderung von Gesonderten Meldungen bei den Krankenkassen durch die Deutsche Rentenversicherung

Sachverhalt:

In der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Februar 2018 ist unter TOP 12 eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die die fachlichen und technischen Voraussetzungen für die Umsetzung eines maschinellen Anforderungsverfahrens von Gesonderten Meldungen bei den Krankenkassen prüfen und feststellen soll.

Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe hat die Datenstelle der Rentenversicherung die bestehende Implementierung der Meldungen von Krankenkassen in der Infrastruktur des DEÜV-Meldeverfahrens hinterfragt. Im Rahmen der Umsetzung der maschinellen Anforderung der Gesonderten Meldungen bei einer Entgeltersatzleistung und für Pflegepersonen erscheint es angemessen, diese Meldedeanlässe künftig in eine andere technische Infrastruktur zu überführen. Konkret könnten diese Meldungen künftig innerhalb des EEL-Verfahrens implementiert werden.

Der GKV-Spitzenverband hat diesen Vorschlag abgelehnt, da es nicht erforderlich und sachgerecht erscheint, allein aus Anlass der Implementierung eines maschinellen Anforderungsverfahrens bestehende friktionsfreie Meldeverfahren nachhaltig zu verändern.

Der vdek und der AOK-Bundesverband haben in der Sitzung bzw. im Rahmen der Abstimmung des vorläufigen Protokolls (als Anlage anbei) indes zum Ausdruck gebracht, dass die Änderung der bestehenden Meldeverfahren eine angemessene Alternative darstellt.

Insoweit ist in der Sache keine Entscheidung getroffen worden; die GKV wird der DSRV nach den Beratungen in der Fachkonferenz Meldungen am 27. Juni 2018 ihre Position hierzu darlegen.

Ergebnis:

Aus Anlass der Implementierung eines maschinellen Anforderungsverfahrens von Gesonderten Meldungen der Krankenkassen erfolgt keine Veränderung des Meldeweges von den Krankenkassen zur Deutschen Rentenversicherung. Darüber hinaus stimmen die Fachkonferenzteilnehmer einer Umsetzung nur zu, wenn sichergestellt wird, dass ein einheitliches Verfahren angewendet (keine Vermischung von Datenformaten) und eine gesetzliche Grundlage geschaffen wird.

Der GKV-Spitzenverband informiert die DSRV über den Beschluss der Fachkonferenz Meldungen.

Anlage

- unbesetzt -



Protokoll 3.5.2018

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Elektronische Anforderung einer Gesonderten Meldung beim Arbeitgeber -
Welche Erfahrungen konnten in den ersten Monaten gesammelt werden?
3. Elektronische Anforderung einer Gesonderten Meldung bei der BA -
Erfahrungen aus knapp 10 Jahren Produktion.
4. Ideen und Varianten für die fachliche und technische Umsetzung
5. Möglicher Zeitplan und gemeinsame Beurteilung der Machbarkeit
6. Entwurf einer Beratungsunterlage für die kommende „Meldebesprechung“
7. Sonstiges

Anlagen:

Teilnehmerliste

Präsentation DSRV

Anlage 8 aus dem GML57-Verfahren: Liste der Hinderungsgründe

Erfahrungen aus den Verfahren mit den Arbeitgebern und der Bundesagentur für Arbeit:

Arbeitgeberverfahren:

- Das Verfahren ist seit 1.1.2018 im produktivem Einsatz
- Im April sind rund 15.000 Vorgänge elektronisch von den RV-Trägern an die DSRV übermittelt worden.
- Davon konnten etwa 30% digital an den Arbeitgeber oder seine beauftragte Stelle weitergeleitet werden, rund 70% werden noch über das Ersatzverfahren Druckstraße an den Arbeitgeber auf dem Postweg übermittelt.
- Bei der DSRV können die Daten jederzeit abgeholt werden. Die Abholzyklen variieren je nach Arbeitgeber/Rechenzentrum. Die meisten Arbeitgeber/Rechenzentren holen stündlich ab.
- Aktuell sind rund 1,6 Mio Arbeitgeber freiwillig für das Verfahren registriert.
- Etwa 5-10% der elektronischen Anfragen werden nicht mit einer DEÜV-Meldung beantwortet, sondern mit einem „Hinderungsgrund“. Dazu sendet der Arbeitgeber einen XML-Satz zurück an die DSRV, damit der Vorgang geschlossen werden kann und eine DEÜV-Meldung aufgrund DIESER Anforderung nicht mehr zu erwarten ist. Ein Hinderungsgrund wird beispielsweise übermittelt, wenn der Versicherte nicht beim angeschriebenen Arbeitgeber beschäftigt ist, alle Entgeltzeiträume bereits gemeldet wurden oder das

Softwaresystem keine eindeutige Zuordnung zu einem Beschäftigungsverhältnis durchführen kann.

- Die Anforderungen werden mit Beginn des gewünschten „Meldezeitraumes“ an den Arbeitgeber übermittelt, damit die DEÜV-Meldung mit dem Meldegrund spätestens im nächsten DEÜV-Lauf (am Monatsende) mit übermittelt werden kann. Bis zur Übertragung werden die Anforderungen innerhalb von rvDialog „geparkt“.
- Für das Ersatzverfahren werden die Adressen der Betriebsstättendatei verwendet, der Anteil von Postrückläufern aufgrund fehlerhafter Anschriften liegt unter 3%.

Verfahren mit der Bundesagentur für Arbeit:

- Das Verfahren wurde im Jahr 2009 eingeführt.
- Aktuell laufen etwa 6.000 Anfragen pro Monat elektronisch an die BA.
- Die Anforderungen werden zu 100% elektronisch beantwortet. Etwa 25 Prozent der Fälle können fachlich nicht beantwortet werden, die BA übersendet dann einen Hinderungsgrund.
- Anfragen an die BA werden erst nach Ende des Meldezeitraums zugestellt.

Diskussionsergebnisse zu einem möglichen Verfahren mit der Krankenversicherung:

Die zunächst festgestellte Zahl von jährlich nur rund 20.000 elektronisch bei der DSRV erfassten DEÜV-Meldungen der Krankenkassen zur Meldung von Krankengeld oder Pflegezeiten hat die Frage aufgeworfen, ob hier ein elektronisches Verfahren wirtschaftlich umgesetzt und betrieben werden kann. Nähere Erhebungen des GKV-Spitzenverbandes und die Zahl der versandten Formulare allein durch die DRV Bund in Berlin (ohne die Verwendung der Vordrucke in den A+B-Stellen) von 40.000 haben aber gezeigt, dass eine Gesonderte Meldung bei der Krankenkasse in etwa bei rund 200.000 Fällen angefordert wird. Das verwendete Formular fordert nicht nur zur Abgabe einer Meldung auf, es stellt auch Formularfelder zur Verfügung, die eine manuelle Rückantwort unterstützt. Aus diesem Grund sind rund 90% der Anfragen nicht im DEÜV-Meldeverfahren beantwortet worden, sondern schriftlich. Die Angaben wurden dann manuell in das Versichertenkonto eingepflegt. Die aktualisierte Fallzahl und das derzeit vorherrschende, manuelle Verfahren zeigen den Handlungsbedarf.

Betrachtung einzelner Verfahrenskomponenten für ein mögliches Verfahren mit den Krankenkassen

Registrierung:

Die DSRV stellt durch die vorgeschaltete Registrierung sicher, dass der Arbeitgeber/das betreuende Abrechnungssystem in der Lage ist, eine digitale Anforderung einer Gesonderten Meldung als XML-Datensatz entgegenzunehmen und zu verarbeiten. So wird verhindert, dass Sozialdaten unzulässiger Weise versendet werden. Gleichzeitig werden alle Anforderungen an Arbeitgeber ohne Registrierung „bis auf Weiteres“ über das Ersatzverfahren Druckstraße zugestellt.

Die DSRV schlägt vor, das System der Registrierung auch für das Verfahren GMLKK zu verwenden.

Aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage ist derzeit die Teilnahme der Krankenkasse an einem solchen DTA-Verfahren freiwillig. -

Formatiert: Hervorheben

Außerdem kommen digitale Anforderungen von Krankengeldbezugszeiten durch die Rentenversicherungsträger nur in Betracht, wenn die Krankenkasse zur Annahme technisch in der Lage ist. - Um zu wissen, welche Kassen am DTA teilnehmen, ist eine Registrierung der Kasse sinnvoll.

- Der AOK Bundesverband gibt zu bedenken, dass bei Fusionen, Kassenschließungen etc. die erforderliche Abmeldung und ggfs. notwendige Neuanmeldung mit veränderter Krankenkassennummer nicht immer beachtet werden könnte. So würden in der Registrierungsdatenbank der DSRV „Karteileichen“ oder Fehleinträge entstehen.
- Daher bittet man um Prüfung, ob die von den Krankenkassen gepflegte und der DSRV zur Verfügung stehende „Beitragssatzdatei“ eine valide Grundlage für das Routing im Verfahren GMLKK sein könnte. Die DSRV steht dieser Möglichkeit offen gegenüber und wird den Einsatz der Beitragssatzdatei für das „laufende Verfahren“ prüfen.
- Zusätzlich könnte die DSRV die Registrierung für den „Start“ einzelner Kassen oder Kassensoftwaresysteme anbieten. So wäre der Vorteil eines sanften, stichtagsunabhängigen Systemstarts weiterhin gegeben.

Datenübermittlung:

Im Verfahren GML57 mit den Arbeitgebern werden Registrierungen an den Kommserver der RV im standardisierten eXTra-Verfahren übermittelt.

Elektronische Anforderungen der Rentenversicherung werden dem Arbeitgeber auf dem Kommserver der RV zur Abholung bereitgestellt. Wer sich für das Verfahren GML57 registrieren lässt, verpflichtet sich auch, regelmäßig (einmal pro Woche) den Kommserver der RV für eventuell vorliegende Dateien zu kontaktieren.

- Die ITSG erläutert, dass der Kommserver der KV keine Daten abholen kann, es ist nur möglich, bei diesem Kommserver Daten „abzulegen“, die in der weiteren Verarbeitungskette innerhalb der KV weiterverteilt werden können.
- Die Krankenversicherung stellt klar, dass ein mögliches Verfahren GMLKK nur dann umsetzbar wäre, wenn der Kommunikationsserver der KV eingebunden werden kann.
- Die DSRV erklärt sich bereit,
 - Eingehende Registrierungen (wenn im Grobkonzept vereinbart) mittels Webservice beim Kommserver der KV abzuholen, die Anfrage kann mehrmals täglich erfolgen.
 - Ausgehende Anforderungen von Gesonderten Meldungen bei der Krankenkasse (Datensatz DXAR) mittels Webservice beim Kommserver der KV abzuliefern, Lieferungen können mehrmals täglich erfolgen.

Übermittlung von Hinderungsgründen:

In beiden etablierten Verfahren zur Anforderung einer Gesonderten Meldung wurden auch Rückmeldewege installiert.

Im Verfahren mit den Arbeitgebern muss die zertifizierte Lohnsoftware des Arbeitgebers auch einen Hinderungsgrund zurück an die DSRV übermitteln können. Damit wird beispielsweise mitgeteilt, dass

die Anfrage nicht beantwortet wird, weil bereits alle Entgelte elektronisch übermittelt wurden, oder dass der Versicherte nicht in dem kontaktierten Betrieb beschäftigt ist.

- Vertreter der AOK geben zu bedenken, dass der Aufwand für zwei Ausgangswege
 - Erstellung einer DEÜV-Meldung oder alternativ
 - Übermittlung eines Hinderungsgrundes mittels DXEB

die Kosten für die Umsetzung des Verfahrens in die Höhe treiben könnten.

- Die DSRV möchte weiter an einer qualifizierten Rückmeldung im Falle einer „Nichtmeldung“ festhalten, um den digitalen Workflow vollständig abbilden zu können.
- Mit diesen Rückmeldungen kann die elektronische Anfrage des Rentenversicherungsträgers geschlossen werden. Die Sachbearbeitung kann daraufhin (schneller als in einem manuellen Mahnverfahren) ergänzende Schritte einleiten, um den vorliegenden Rentenanspruch (oder Antrag auf Kontoklärung wegen eines Versorgungsausgleiches) zeitnah abzuschließen.
- Die Vertreter der Krankenversicherung unterstützen den Wunsch der Rentenversicherung für die Rückmeldung von Hinderungsgründen.

Vorstellung technischer Alternativen:

- Die DSRV regt an, darüber nachzudenken, den Dialog zwischen der RV und der KV zur Anforderung von Entgeltwerten kurz vor Rentenbeginn oder im Falle eines Versorgungsausgleiches nicht mit den Mitteln der DEÜV, sondern vollständig in einem bilateralen Verfahren (in XML) abzubilden. Denkbar wäre eine Rückmeldung von Hinderungsgründen oder Einkommenswerten im gleichen Datensatz DXEB aus dem Verfahren rvBEA.
- Aus Sicht der AOK (AOK-Systems) sollten Hin- und Rückweg möglichst in ein und derselben Datensatzstruktur erfolgen. Sie haben zudem darauf hingewiesen, dass die meisten (vielleicht sogar alle) Werte der Formulare R0252 und R0253 bereits im EEL-Verfahren angefordert und bescheinigt werden könnten. Auch dieses Verfahren ist ihrer Meinung nach für die Untersuchung der zukünftigen Architektur zu betrachten.
- Die Anforderung von Krankengeldbezugszeiten könnte auch über das im Aufbau befindliche DTA-Verfahren „Austausch zwischen den Sozialversicherungsträgern“ erfolgen (Technische Sitzung am 15.05.2018).
-

Besprechungsergebnis:

- Der GKV-Spitzenverband betrachtet den Aufbau einer alternativen Kommunikationsstruktur (neben dem etablierten DEÜV-Verfahren) als sehr problematisch. Dies könnte auch in anderen Themenkomplexen zu Veränderungen führen, die aktuell noch nicht absehbar wären. Daher möchte man hierzu zunächst Rücksprache mit den anderen Spitzenorganisationen innerhalb der Krankenversicherung halten. Das Thema wird am 27.6.2018 auf die Tagesordnung im Rahmen der bereits geplanten Besprechung der KV-Verbände gesetzt.
- Aufgrund der offenen Architekturfrage wurde vereinbart, keine Stellungnahme im Rahmen der kommenden Meldebesprechung am 28.6.2018 abzugeben. Der GKV-Spitzenverband

informiert die DSRV im Laufe der 27. Kalenderwoche über das Ergebnis der internen Beratung.

- Abhängig von dem Ergebnis der KV-internen Abstimmung soll ein gemeinsames Grobkonzept für ein Verfahren GMLKK entworfen werden. Das Ergebnis soll spätestens in der Meldebesprechung 1/2019 (soweit in der zweiten Jahreshälfte 2018 keine zusätzliche Sitzung mehr abgehalten wird) vorgestellt werden.
- Alle Besprechungsteilnehmer waren sich jedoch einig, dass eine elektronische Aufforderung zur Übermittlung von Entgeltwerten und die Abschaffung der Formulare R 0252 und R0253 der Rentenversicherung ein gemeinsames Ziel sind und eine Umsetzung von beiden Seiten gewünscht wird und möglich ist.
- Abhängig von Detailfragen, die sich wie in allen Projekten und Verfahren erst bei näherer Betrachtung ergeben, wäre ein technischer Einsatz frühestens ~~im Jahr 2020~~ zum 1.7.2019 denkbar. Die DSRV würde einen Pilotbetrieb mit ausgewählten Partnern zu Beginn der produktiven Phase begrüßen, um auf Unschärfen und Fehler schneller und unkomplizierter reagieren zu können.
- Die DRV Bund wird gebeten, die Formulare R0252 und R0253 so auszugestalten, dass nur noch elektronische Rückmeldungen angefordert werden.
- Die Anforderung einer Gesonderten Meldung bei Krankenkassen darf erst nach Ablauf des in der Anforderung genannten Meldezeitraumes an die ITSG übermittelt werden.
- Der GKV-Spitzenverband stellt die aktuelle, rechtliche Grundlage als nicht geeignet für das geplante Verfahren GMLKK dar und möchte prüfen, ob hier eine gesetzliche Grundlage notwendig wäre. Die deutsche Rentenversicherung teilt diese Auffassung nicht und sieht hier keinen Handlungsbedarf.
- Die DRV wird gebeten, soweit es in absehbarer Zukunft ein elektronisches Verfahren geben wird, die Nutzung des bisherigen Formulare R0252 und R0253 nur noch in Ausnahmefällen an die Kranken- und Pflegekassen zu übersenden.

- unbesetzt -



Top 4

Einheitliche Festlegung zur Aktualisierung von Steuerungsfeldern bei Stornierungen von Meldungen

Sachverhalt:

Sofern eine Meldung aufgrund von unzutreffenden Angaben zu stornieren ist, ist die Originalmeldung, ergänzt um ein Stornokennzeichen, erneut zu übermitteln. Die Angaben zur Steuerung sind ggf. anzupassen, damit eine Verarbeitung erfolgen kann.

Die Festlegung welche Steuerungsdaten zu aktualisieren sind, erfolgte bisher verfahrensspezifisch. Zur Vermeidung von abweichenden Vorgaben ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht, diese verfahrensübergreifend in den Gemeinsamen Grundsätzen für die Kommunikationsdaten festzulegen. Ein Entwurf der insoweit erweiterten Gemeinsamen Grundsätze ist als Anlage beigefügt.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer stimmen der vorgeschlagenen Erweiterung der Gemeinsamen Grundsätze zu. Es wird noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass die Datensatz-ID bei einer Stornierung zu aktualisieren ist, da es sich um eine rein technische ID handelt.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, eine Beratungsunterlage zur Abstimmung der insoweit geänderten Gemeinsamen Grundsätze in die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens einzubringen.

Anlage

- unbesetzt -



GKV-SPITZENVERBAND, BERLIN

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, BERLIN

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG KNAPPSCHAFT BAHN SEE, BOCHUM

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, NÜRNBERG

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG, BERLIN

XX.XX.2018xx

Gemeinsame Grundsätze für die Kommunikationsdaten nach

§ 28b Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IV

in der vom 01.01xx.2018-20xx an geltenden Fassung¹

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung haben für die Kommunikationsdaten, die einheitlich bei der Erstattung der Meldungen zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie für Meldungen der Einzugsstellen verwendet werden, die nachfolgenden „Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten“ aufgestellt. Sie kommen damit ihrer Verpflichtung nach § 28b Absatz 1 Nr. 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) nach.

Die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) hat im Hinblick auf die den berufsständischen Versorgungseinrichtungen zu erstattenden Meldungen an diesen Grundsätzen mitgewirkt. Die „Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten“ sind nach Anhörung der Arbeitgeberverbände vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt worden.

¹ Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die Gemeinsamen Grundsätze nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände am xx.xx.xxxx genehmigt.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	3
2. Verfahren	3
3. Automatisiertes Meldeverfahren	4
3.1 Allgemeines	4
3.2 Adressierung unter Verwendung der Absendernummer	4
3.2.1 Absendernummer § 18n Abs. 1 SGB IV	4
3.2.2 Gesonderte Absendernummer § 18n Abs. 2 SGB IV	4
3.2.3 Gesonderte Absendernummer für Bergbau- und Seebetriebe	5
3.2.4 Datensätze unter Verwendung fester Satzstrukturen	5
3.2.5 Datensätze bei Verwendung von XML Strukturen.....	6
3.3 Vorlaufsatz (VOSZ)	6
3.4 Datensatz Kommunikation (DSKO)	76
3.5 Nachlaufsatz (NCSZ)	7
4. Datenübermittlung	7
4.1 Allgemeines	7
4.2 Festlegung der Datenübertragung	7
4.3 Dateiaufbau der Arbeitgeber und Zahlstellen bei Verwendung fester Satzstrukturen	87
4.4 Nachrichtenaufbau bei Verwendung von XML Strukturen	8
4.5 Verfahrensmerkmale	8
4.6 Dateifolgenummer	8
5. Datenannahmestellen	98
5.1 Allgemeines	98
5.2 Rückmeldungen	9
5.3 Abruf der Rückmeldungen	9

1. Allgemeines

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bestimmen in den nachfolgenden Gemeinsamen Grundsätzen

- den Aufbau der Datensätze
- den Inhalt der Kommunikationsdaten.
- den Inhalt und Aufbau der XML-Schemata zur Kommunikation

2. Verfahren

Die Gemeinsamen Grundsätze Kommunikation gelten für nachfolgende Fachverfahren

- Meldungen nach der DEÜV
- Beitragsnachweisverfahren Arbeitgeber
- Beitragsnachweisverfahren Zahlstellen
- Entgeltersatzleistungen
- Zahlstellen-Meldeverfahren
- Erstattungsanträge nach dem AAG
- Sofortmeldungen
- Elektronische Arbeitsbescheinigungen
- Elektronisch unterstützte Betriebsprüfung²
- Meldungen zur berufsständischen Versorgung nach der DEÜV
- Beitragserhebungsmeldungen zur berufsständischen Versorgung
- Versicherungsnummernabfrage bei der Datenstelle der Rentenversicherung
- Elektronische Lohnnachweise an die Unfallversicherung
- Stammdatenabgleich mit der UV-Stammdatendatei bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- Elektronisches Antrags- und Bescheinigungsverfahren A1

² Die Ausführungen unter Punkt 3.2 Datensätze gelten vorläufig nicht. Die Ausgestaltung der Datensätze ist den Grundsätzen für die Übermittlung der Daten für die elektronisch unterstützte Betriebsprüfung in der jeweils geltenden Fassung zu entnehmen.

3. Automatisiertes Meldeverfahren

3.1 Allgemeines

Voraussetzung für die Erstattung der Meldungen im automatisierten Verfahren ist insbesondere, dass die Daten über die Beschäftigungszeiten und die Höhe der beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelte aus maschinell geführten Entgeltunterlagen herrühren und die Arbeiten ordnungsgemäß durchgeführt werden. Die den Meldungen zugrunde liegenden Tatbestände müssen maschinell erkannt und aus systemgeprüften Entgeltabrechnungsprogrammen über den jeweiligen Kommunikationsserver übermittelt werden. Für die Datenübermittlung dürfen auch systemgeprüfte Ausfüllhilfen genutzt werden.

3.2 Adressierung unter Verwendung der Absendernummer

Die Adressierung im Meldeverfahren mit den Arbeitgebern erfolgt unter Verwendung der Absendernummer nach § 18n SGB IV. Sie ersetzt damit die Betriebsnummer als Routinginformation, wobei Sie im Normalfall der Betriebsnummer des Arbeitgebers entspricht und folglich keine Änderung auf Seiten des Arbeitgebers zu erfolgen hat. Einzig die Felder in den Datensatzbeschreibungen sind aufgrund der geänderten Bezeichnung von der Beschreibung her anzupassen.

3.2.1 Absendernummer § 18n Abs. 1 SGB IV

Die Absendernummer nach § 18n Abs. 1 SGB IV entspricht im Aufbau und Inhalt der Betriebsnummer der meldenden Stelle und wurde bis zur gesetzlichen Normierung als „Betriebsnummer Absender“ bzw. „Betriebsnummer Empfänger“ bezeichnet. Folglich ist eine Weiterverwendung im Meldeverfahren ohne Verfahrensanpassungen möglich.

Die Adressierung unter Verwendung der Absendernummer erfolgt verfahrensspezifisch, so dass je Fachverfahren unterschiedliche meldende Stellen abgebildet werden können.

3.2.2 Gesonderte Absendernummer § 18n Abs. 2 SGB IV

Die gesonderte Absendernummer wird auf Antrag durch das Trustcenter der Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) vergeben. Voraussetzung für die Vergabe ist, dass eine meldende Stelle für mehr als einen Abrechnungskreis Meldungen erstatten will. Die Verwendung der gesonderten Absendernummer ist nur in den

Feldern „Absendernummer“ und „Empfängernummer“ zulässig.

Die gesonderte Absendernummer ist ein achtstelliger alphanumerischer Wert. Sie beginnt mit einem A gefolgt von 7 Ziffern, wobei die letzte Stelle als Prüfziffer für die Stellen 2 – 6 dient.

Die Prüfziffer wird dabei wie folgt gebildet:

- Die Ziffern der Absendernummer (Stellen 2 – 7) werden – an der zweiten Stelle beginnend – mit den Faktoren 1, 2, 1, 2, 1, 2 multipliziert
- Von den einzelnen Produkten werden die Quersummen gebildet.
- Die Quersummen werden addiert.
- Die Summe wird durch 10 dividiert.
- Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer.

Als letzte Ziffer der Absendernummer ist sowohl die errechnete Prüfziffer als auch die letzte Stelle aus der Summe von Prüfziffer und der Konstanten 5 zulässig.

3.2.3 Gesonderte Absendernummer für Bergbau- und Seebetriebe

In den Fällen, in denen ein Bergbau- oder Seebetrieb eine Absendernummer für die Trennung von Abrechnungskreisen benötigt, wird keine gesonderte Absendernummer nach § 18n Abs. 2 SGB IV durch das Trustcenter der ITSG vergeben. Diese Betriebe erhalten zu Abrechnungszwecken und zum Versenden der Meldungen durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eine Betriebsnummer aus den Bereichen 098 oder 980 (für Bergbaubetriebe) bzw. 099 oder 990 – 992 (für Seebetriebe).

3.2.4 Datensätze unter Verwendung fester Satzstrukturen

Für die Datenübermittlung der Arbeitgeber an die Sozialversicherung sind die nachstehend beschriebenen Kommunikationsdatensätze

- Vorlaufsatz (VOSZ)
- Datensatz Kommunikation (DSKO)
- Nachlaufsatz (NCSZ)

zu verwenden (siehe Anlage 1).

Für die Datenübermittlung der Sozialversicherungsträger an den Arbeitgeber sind die in der Anlage 1 beschriebenen Kommunikationsdatensätze

- Vorlaufsatz (VOSZ)
- Nachlaufsatz (NCSZ)

zu verwenden.

3.2.5 Datensätze bei Verwendung von XML Strukturen

Für die Datenübermittlung von XML Nachrichten der Arbeitgeber an die Sozialversicherung ist folgender Steuerungsdatensatz zu verwenden

- AGTOSV_Header

Für die Datenübermittlung der Sozialversicherungsträger an den Arbeitgeber ist hingegen folgender Steuerungsdatensatz zu verwenden

- SVTOAG_Header

3.3 Aktualisierung von Steuerungsfeldern bei einer Stornierung von Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten

Meldungen sind zu stornieren, wenn Sie nicht zu erstatten waren oder bei einer unzuständigen Einzugsstelle erstattet wurden. Enthielt die Meldung unzutreffende Angaben, ist sie zu stornieren und neu zu erstatten.

Die Stornierungsmeldung hat grundsätzlich der Ursprungsmeldung zu entsprechen, wobei konkrete Vorgaben den Fachverfahren obliegen. Sofern die Stornierungsmeldung auch Daten zur Steuerung enthält, sind diese zu aktualisieren. Dies betrifft insbesondere folgende Felder:

- Absendernummer
- Empfängernummer
- Versionsnummer
- Datum der Erstellung
- Betriebsnummer der zuständigen Krankenkasse
- Datensatz-ID

3.33.4 Vorlaufsatz (VOSZ)

Zur Sicherstellung der Vollständigkeit der Datenlieferungen hat der Sozialversicherungsträger oder das vom Arbeitgeber bzw. der Zahlstelle eingesetzte systemgeprüfte Entgeltabrechnungsprogramm beziehungsweise die systemgeprüfte Ausfüllhilfe je Datenlieferung einen Vorlaufsatz zu erstellen, der insbesondere folgende Daten enthält:

- Verfahrensmerkmal

- Dateifolgenummer.

3.43.5 Datensatz Kommunikation (DSKO)

Zur Identifikation der eingesetzten Software und zur Sicherstellung eines maschinellen Fehlermanagementverfahrens erstellt das vom Arbeitgeber bzw. der Zahlstelle eingesetzte systemgeprüfte Entgeltabrechnungsprogramm beziehungsweise die systemgeprüfte Ausfüllhilfe je Datenlieferung an die Datenannahmestelle einen DSKO, der insbesondere die folgenden Daten enthält:

- PROD-ID - Produkt-Identifikation des systemgeprüften Softwareproduktes (Programmbezeichnung),
- MOD-ID - Modifikations-Identifikation des systemgeprüften Softwareproduktes (Versionsnummer).

3.53.6 Nachlaufsatz (NCSZ)

Zur Sicherstellung der Vollständigkeit der Datenlieferungen hat der Sozialversicherungsträger oder das vom Arbeitgeber bzw. der Zahlstelle eingesetzte systemgeprüfte Entgeltabrechnungsprogramm beziehungsweise die systemgeprüfte Ausfüllhilfe je Datenlieferung einen Nachlaufsatz zu erstellen, der insbesondere folgende Daten enthält:

- Anzahl der erstellten Datensätze
- Dateifolgenummer.

4. Datenübermittlung

4.1 Allgemeines

Die Meldungen sind durch Datenübertragung zu übermitteln. Das Verfahren zur Datenübertragung muss den jeweils geltenden Normen entsprechen. Die Aufstellung der Normen wird in den Gemeinsamen Grundsätzen Technik gemäß § 95 SGB IV veröffentlicht.

4.2 Festlegung der Datenübertragung

Die Daten sind im eXTra-Standard zu übertragen. Es ist dabei zu beachten, dass bei der Nutzung des eXTra-Standards der jeweilige Kommunikationsserver zu nutzen ist. Die zu verwendende Version des eXTra-Standards wird in den Gemeinsamen Grundsätzen Technik

festgelegt. Die Beschreibung des eXtra-Standards und der registrierten Verfahren ist für alle zugänglich und kann kostenfrei über die Website des eXtra-Standards (www.extra-standard.de) abgerufen werden.

4.3 Dateiaufbau der Arbeitgeber und Zahlstellen bei Verwendung fester Satzstrukturen

Jede Datei beginnt mit einem Vorlaufsatz, dem Datensatz Kommunikation und endet mit einem Nachlaufsatz. Die Reihenfolge der Datensätze lautet wie folgt:

- Vorlaufsatz
- Datensatz Kommunikation
- Fachliche Datensätze
- Nachlaufsatz

4.4 Nachrichtenaufbau bei Verwendung von XML Strukturen

Sofern für die Übermittlung von Daten XML Schemata genutzt werden, sind diese unter Verwendung der als Anlagen beigefügten Header zu übertragen. Für die Datenübertragung vom Arbeitgeber an die Sozialversicherung ist das Schema AGTOSV (Anlage 7) zu verwenden. Bei der Übermittlung von der Sozialversicherung an die Arbeitgeber ist das Schema SVTO-AG (Anlage 6) zu nutzen. Der Aufbau der Nachrichten wird im jeweiligen Schema definiert.

4.5 Verfahrensmerkmale

Die grundsätzlich zu verwendenden Verfahrensmerkmale im Vorlaufsatz und Nachlaufsatz werden in den Anlagen 2 und 3 beschrieben.

Die Verwendung in den einzelnen Fachverfahren wird beispielhaft in der Anlage 4 beschrieben.

4.6 Dateifolgenummer

Die Dateifolgenummer ist aufsteigend und lückenlos pro Verfahrenskennung gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV, Absendernummer (ggf. gesonderte Absendernummer) und Datenannahmestelle zu verwenden. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung abgewichen werden. Die Datenannahmestelle ist vom Arbeitgeber davon in Kenntnis zu setzen, damit eine fristgerechte Verarbeitung der Datenlieferungen

gewährleistet ist.

5. Datenannahmestellen

5.1 Allgemeines

Die Datenannahmestellen der Krankenkassen übernehmen die von den Arbeitgebern übermittelten Meldungen und leiten diese an die Krankenkassen oder an die Datenannahmestellen der zuständigen Sozialversicherungsträger weiter.

Die Datenlieferungen sind an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln. Die zuständige Datenannahmestelle kann aus der Anlage 17 des gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ vom 29.06.2016 in der jeweils aktuellen Fassung entnommen werden. Alternativ ist eine maschinelle Auswertung der Beitragssatzdatei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG GmbH) möglich.

Die Annahmestelle entschlüsselt die Daten und nimmt gemäß § 97 SGB IV eine technische Prüfung vor. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Arbeitgeber oder der Zahlstelle elektronisch über den jeweiligen Kommunikationsserver zur Abholung bereitgestellt.

5.2 Rückmeldungen

Die Datenannahmestelle bestätigt dem Absender der Datenlieferung (Ersteller der Datei, zum Beispiel Arbeitgeber, Steuerberater oder Service-Rechenzentrum) die Datenannahme. Die Verarbeitungsbestätigungen und Fehlermeldungen werden dem Ersteller der Datei über den jeweiligen Kommunikationsserver bereitgestellt.

Gleiches gilt für die Übermittlung der Sozialversicherungsnummer sowie sonstige Rückmeldungen der Sozialversicherungsträger.

Der Aufbau der Rückmeldungen wird in der Anlage 5 beschrieben.

5.3 Abruf der Rückmeldungen

Die Arbeitgeber und Zahlstellen haben die Rückmeldungen der Datenannahmestellen einmal wöchentlich abzurufen und zu quittieren. Erfolgt dies nicht, werden die Daten nach 30 Tagen ersatzlos gelöscht.

- unbesetzt -



Top 5

Reduzierung der Übergangsregelung im Rahmen eines Versionswechsels

Sachverhalt:

Im Rahmen des OMS-Projektes ist unter Zurückstellung rechtlicher Bedenken zugesagt worden, den Arbeitgebern und Zahlstellen generalisierend im Rahmen von Versionswechseln Übergangsregelungen einzuräumen, die untergesetzlich normiert werden. Auf Grundlage dieser Zusage sind in den (Gemeinsamen) Grundsätzen in den einschlägigen Fachverfahren entsprechende Amnestieregelungen aufgenommen worden. Zur Sicherstellung eines reibungslosen technischen Umstiegs können hiernach bei Versionswechseln Meldungen in der zuletzt gültigen Version ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Version bis zum 31. März des Jahres gemeldet werden. Die Annahmestellen der Krankenkassen konvertieren diese Datensätze. Ungeachtet dieser Übergangsregel erfolgen die fachlichen Rückmeldungen der Krankenkassen ab dem 1. Januar des Jahres ausschließlich in der neuen Version.

Die eingeräumte Übergangsregelung führt nach wie vor im Ergebnis dazu, dass Krankenkassen trotz bestehender gesetzlicher Meldepflicht der Arbeitgeber fachliche Werte, in den Fällen, in denen die Arbeitgeber noch die alte Version verwenden, für einen Zeitraum von drei Kalendermonaten nicht erhalten; dies betraf zuletzt konkret die neu aufgenommene Angabe zum Status „Saisonarbeitnehmer“ im Arbeitgeber-Meldeverfahren.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, das Erfordernis und die Wirksamkeit der sehr weit gefassten Übergangsregelung zu überprüfen.

Dem Vernehmen nach schöpfen Arbeitgeber in der Regel die bestehenden Übergangsregelungen nicht in vollem Maße aus. Angemessen erscheint eine Übergangsregel im ersten Abrechnungsmonat (zumeist Januar), da hier im Lichte des Jahreswechsels mitunter eine Berücksichtigung der neuen Version bereits zum 1. Januar nicht möglich erscheint. Zudem wird damit sichergestellt, dass sogenannte „Kanalfälle“ (Abgabe der Meldung im alten Jahr, Eingang der Meldung im neuen Jahr) weiterhin nicht abgewiesen werden.

Darüber hinaus gehende Übergangszeiträume erscheinen indes nicht erforderlich, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rückmeldungen der Krankenkassen ab dem Zeitpunkt des Versionswechsels ausschließlich in der neuen Version erfolgen.

Eine Auswertung der Bitmarck Service GmbH bestätigt diese Hypothese. Aus Anlass des letzten Versionswechsels im Arbeitgeber-Meldeverfahren zum 1. Januar 2018 ergab sich folgendes Bild:

	Januar 2018	Februar 2018	März 2018	April 2018
Anzahl DS	462.854	88.245	10.630	937

In einem informellen Austausch zwischen BMAS, GKV-Spitzenverband und BDA wurde dieser Punkt bewertet; im Ergebnis sehen BMAS und BDA eine Verkürzung der Übergangsregel als sachgerecht an.

Insoweit sollte die bislang gewährte Übergangsregel bei zukünftigen Versionswechseln in den einzelnen Fachverfahren auf ein angemessenes Maß reduziert werden.

Ergebnis:

Unter Zurückstellung rechtlicher Bedenken wird Arbeitgebern und Zahlstellen (weiterhin) bei anstehenden Versionswechseln die Möglichkeit eingeräumt, Meldungen und Beitragsnachweise in der zuletzt gültigen Version abzugeben.

Die auszusprechende Übergangsregel wird künftig auf einen Kalendermonat reduziert. Damit wird der Zeitraum der Übergangsregel auf ein angemessenes Maß herabgesetzt.

Vor einer endgültigen Entscheidung in der nächsten Fachkonferenz Meldungen wird der GKV-Spitzenverband die geplante Änderung den Softwareerstellern von Entgeltabrechnungsprogrammen im Rahmen des nächsten GKV-InfoShops vorstellen.



Top 6

Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG);
hier: Änderung der Verfahrensbeschreibung

Sachverhalt:

In der Verfahrensbeschreibung zum Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG ist derzeit unter Punkt 5.2.10 ausgeführt, dass im Feld „Fortgezahlte Arbeitgeberanteile“ die für den Erstattungszeitraum tatsächlich fortgezahlten Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag sowie die ggf. gewährten Beitragszuschüsse nach § 172a SGB VI, nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI anzugeben sind.

Die Formulierung „die für den Erstattungszeitraum tatsächlich fortgezahlten Arbeitgeberanteile“ führen in der Praxis hinsichtlich der fortgezahlten Arbeitgeberanteile aus Einmalzahlungen bzw. aus fortgezahlten Entgelten, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten (z. B. fiktives Arbeitsentgelt), zu Irritationen.

Nach den Grundsätzlichen Hinweisen zum Ausgleichsverfahren der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) und für Mutterschaftsleistungen (U2-Verfahren) vom 7. November 2017 sind Arbeitgeberanteile, die auf eine Einmalzahlung entfallen, nicht erstattungsfähig. Die für die Erstattung zu berücksichtigenden Arbeitgeberbeitragsanteile sind vielmehr aus dem ohne die Sonderzuwendung verbleibenden Arbeitsentgelt, also dem nach den § 3 Abs. 1 und 2 sowie § 9 Abs. 1 EFZG fortzuzahlenden Arbeitsentgelt, zu berechnen. Erstattungsfähig sind ferner nicht die Arbeitgeberbeitragsanteile, die auf fortgezahltes fiktives Arbeitsentgelt zur Rentenversicherung entfallen.

Die Verfahrensbeschreibung ist unter Punkt 5.2.10 dementsprechend um einen Passus zu erweitern, dass fortgezahlte Arbeitgeberanteile aus Einmalzahlungen bzw. aus fortgezahlten Entgelten, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten, nicht zu berücksichtigen sind.

Weil bisher im Feld „Verwendungszweck“ teilweise personenbezogene Daten des Arbeitnehmers von den Arbeitgebern angegeben wurden, wird darüber hinaus unter dem Punkt 4.1.2.1 eine Klarstellung aufgenommen, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, einen Verwendungszweck vorzugeben, der den Krankenkassen eine datenschutzkonforme Übernahme in der Überweisung ermöglicht.

Der GKV-Spitzenverband hat die Verfahrensbeschreibung insoweit geändert; ein Entwurf ist als Anlage 1 beigelegt.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer stimmen den Änderungen in der Verfahrensbeschreibung zum Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG in der ab dem 27. Juni 2018 an geltenden Fassung zu. Die Modifikationen in der Verfahrensbeschreibung sind im Änderungsprotokoll (Anlage 2) dokumentiert.

Anlagen



Verfahrensbeschreibung
für das Antragsverfahren auf Erstattung
nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
in der vom 27. Juni 2018 an geltenden Fassung

Mit dieser Verfahrensbeschreibung wird das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG gemäß den Grundsätzen für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) in der jeweils geltenden Fassung näher erläutert.

Der GKV-Spitzenverband wird gesetzliche Neuerungen zum Anlass nehmen, die vorliegende Verfahrensbeschreibung regelmäßig anzupassen.

Inhalt

1	Grundsätzliches	4
2	Verfahren bei den Arbeitgebern	5
2.1	Voraussetzungen beim Arbeitgeber	5
2.1.1	Allgemeines	5
2.1.2	Datenübermittlung	5
2.1.3	Verwendungsregeln für die Datensätze und Datenbausteine.....	5
2.1.4	Stornierung von maschinellen Erstattungsanträgen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten.....	6
2.1.5	Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen.....	6
2.2	Aufbau und Prüfung der Anträge	7
2.2.1	Mindestumfang der Prüfungen.....	7
2.2.2	Übersicht möglicher Kombinationen „Abgabegrund/Datenbaustein“	7
3.	Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen.....	8
3.1	Allgemeines	8
3.2	Prüfung der Anträge	8
3.2.1	Allgemeines	8
3.2.2	Weiterleitung der Anträge	8
3.3	Fehlerbehandlung.....	8
3.3.1	Fehlerhafte Dateien	8
3.3.2	Fehlerhafte Datensätze.....	8
4.	Verfahren bei den Krankenkassen.....	9
4.1	Erstattungen	9
4.1.1	Voraussetzungen für die Durchführung der Erstattungen.....	9
4.1.2	Form der Durchführung der Erstattung	9
4.1.2.1	Überweisung.....	9
4.1.2.2	Verrechnung	10
4.1.2.3	Gutschrift	10
5.	Inhalt Datenbausteine DBAU, DBBT und DBZU	11
5.1	Allgemeines	11
5.2	DBAU	11
5.2.1	Erstattungszeitraum.....	11
5.2.2	Art der Abrechnung.....	11
5.2.3	Entgelt	12

5.2.4	Art des Entgelts	12
5.2.5	Abtretung	12
5.2.6	Ausfallzeit	12
5.2.7	Art der Ausfallzeit.....	13
5.2.8	Wöchentliche bzw. tägliche Arbeitszeit	13
5.2.9	Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt	13
5.2.10	Fortgezahlte Arbeitgeberanteile	14
5.2.11	Prozentsatz der Erstattung	14
5.2.12	Erstattungsbetrag	14
5.2.13	Ursache der Arbeitsunfähigkeit	15
5.2.14	Kennzeichen, ob am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet wurde	15
5.2.15	Letzter Arbeitstag.....	15
5.2.16	Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge	15
5.2.17	SV-pflichtiges Arbeitsentgelt	16
5.3	DBBT	16
5.3.1	Art des Beschäftigungsverbotes	16
5.3.2	Mutmaßlicher Entbindungstag	16
5.4	DBZU.....	17
5.4.1	Schutzfrist.....	17
5.4.2	Höhe des monatlichen Bruttoentgelts	17
5.4.3	Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt.....	17
5.4.4	Höhe des monatlichen Nettoarbeitsentgelts.....	17
5.4.5	Zuschuss zum Mutterschaftsgeld.....	18
5.4.6	Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt aus anderer Beschäftigung	18
5.4.7	Mutmaßlicher Entbindungstag	18
6.	Maschinelle Mitteilungen der Krankenkassen	19
6.1	Rückmeldungen nach § 2 Abs. 2 AAG.....	19
6.2	Rückmeldung über eine vorgenommene Änderung des Antrags gem. § 98 Abs. 2 SGB IV	19
6.3	Stornierung der maschinellen Mitteilungen der Krankenkassen	20
	Anlagen.....	20

1 Grundsätzliches

Seit dem 1. Januar 2011 haben die Arbeitgeber nach § 2 Abs. 3 AAG die Anträge auf Erstattung nach dem AAG ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenfernübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausföüllhilfe an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Dies gilt auch für Erstattungszeiträume, die vor dem 1. Januar 2011 liegen. Mithin ist eine Verwendung von Antragsvordrucken nicht mehr zulässig.

Der GKV-Spitzenverband hat für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG den Übertragungsweg und die Einzelheiten des Verfahrens wie den Aufbau des Datensatzes in den „Grundsätzen für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“ festgelegt.

Nachfolgend werden das technische Verfahren zum Antragsverfahren und die fachlichen Inhalte der Datenbausteine für die jeweiligen Erstattungsansprüche der Arbeitgeber bei Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) und für Mutterschaftsleistungen (U2-Verfahren) näher beschrieben.

Seit dem 1. Januar 2016 haben die Krankenkassen nach § 2 Abs. 2 AAG zudem Abweichungen zwischen dem von ihnen festgestellten Erstattungsbetrag und dem ursprünglich eingeforderten Erstattungsbetrag den Arbeitgebern maschinell mitzuteilen. Dieses Rückmeldeverfahren sowie die ab dem 1. Januar 2017 im Rahmen der Bestandsprüfungen zu erstellenden Rückmeldungen der Krankenkassen nach § 98 Abs. 2 SGB IV werden ebenfalls in dieser Verfahrensbeschreibung näher erläutert.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse ist von dem Erstattungsverfahren nach dem AAG ausgenommen.

2 Verfahren bei den Arbeitgebern

2.1 Voraussetzungen beim Arbeitgeber

2.1.1 Allgemeines

Anträge auf Erstattungen nach dem AAG dürfen nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen bzw. maschinellen Ausfüllhilfen abgegeben werden.

Voraussetzung für die Abgabe der Anträge aus systemgeprüften Entgeltabrechnungsprogrammen (Programme mit Zertifikat) ist insbesondere, dass die Daten über die Angaben zum Versicherten und die Höhe der beantragten Erstattungen aus maschinell geführten Entgeltunterlagen hervorgehen und erstellt werden.

Eines gesonderten Antrags zur Teilnahme am Antragsverfahren nach dem AAG durch den Arbeitgeber bedarf es im Übrigen nicht.

2.1.2 Datenübermittlung

Für die Datenübermittlung zwischen Arbeitgebern und Datenannahmestellen sind die nachstehenden Datensätze

- Datensatz Kommunikation (DSKO)
- Datensatz Erstattungen der Arbeitgeberaufwendungen (DSER)

zu verwenden.

Die Datensätze sind entsprechend der Anlage 1 der „Grundsätze für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“ aufzubauen und über den GKV-Kommunikationsserver an die Datenannahmestelle der zuständigen Krankenkasse zu übermitteln. Dabei ist auf eine lückenlose Dateinummernfolge zu achten.

Vor der maschinellen Übermittlung von Anträgen auf Erstattung nach dem AAG ist von den Arbeitgebern 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

Der DSKO muss als zweiter Datensatz direkt nach dem Vorlaufsatz (VOSZ) an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Die Reihenfolge der Datenbausteine muss identisch sein mit der Reihenfolge der Merkmale im DSER. Als letzter Datensatz folgt der Nachlaufsatz (NCSZ).

2.1.4 Stornierung von maschinellen Erstattungsanträgen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten

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

Gemäß den „Grundsätzen für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungs- ausgleichsgesetz (AAG)“ sind Angaben, die sich im Nachhinein ändern, aber zum Zeitpunkt der Übermittlung der Erstattungsanträge von den Arbeitgebern richtig ermittelt wurden, **nicht** durch Stornierung und Neuabgabe eines Erstattungsantrags zu korrigieren, sofern sich keine Änderungen in Bezug auf den Erstattungszeitraum bzw. Erstattungsbetrag ergeben.

Hierunter sind jegliche Änderungen in den Datenbausteinen:

- DBAU – Erstattung der Arbeitgebераufwendungen Arbeitsunfähigkeit
- DBBT – Erstattung der Arbeitgebераufwendungen Beschäftigungsverbot
- DBZU – Erstattung des Arbeitgeberzuschusses Mutterschaft
- DBBV – Bankverbindung
- DBNA – Name

zu verstehen mit Ausnahme von Änderungen in den Datenfeldern „ERSTATTUNGSZEIT- RAUM VOM“, „ERSTATTUNGSZEITRAUM BIS“, „ERSTATTUNGSBETRAG“ oder „ZU- SCHUSS ZUM MUG“. Es verbleibt insoweit bei dem bisher übermittelten Erstattungsantrag.

Aufgrund der Rückmeldung einer Krankenkasse nach § 2 Abs. 2 AAG (vgl. Abschnitt 6) ist grundsätzlich keine Stornierung und Neumeldung durch den Arbeitgeber abzugeben.

Bei Stornierung eines bereits übermittelten Antrages auf Erstattungen nach dem AAG ist der DSER mit den ursprünglich übermittelten Daten und dem Kennzeichen „Stornierung eines bereits abgegebenen Antrags“ zu übermitteln. Im DSER sind die Daten im Feld „DATUM ERSTELLUNG“ und ggf. in den Feldern „ABSENDERNUMMER“ und „EMPFAENGERNUM- MER“ zu aktualisieren. Die Datenbausteine DBAN bzw. DBAA sind bei einer Stornierung eines Antrages auf Erstattung nach dem AAG nicht zu übermitteln.

Bei Stornierungen von Anträgen auf Erstattung nach dem AAG, die vor dem 1. Januar 2017 übermittelt wurden, sind die ursprünglich übermittelten Daten in der Version 05 zu übermit- teln.

2.1.5 Umgang mit den von der Datenannahmestelle abgewiesenen Datensätzen

Werden Mängel nach den Fehlerprüfungen der Anlage 1 festgestellt, die eine ordnungsge- mäßige Übernahme der Daten beeinträchtigen, wird die Übernahme der Daten durch die Da- tenannahmestelle ganz oder teilweise abgelehnt. Der Arbeitgeber kann eine erneute Über- mittlung mit entsprechend korrigierten Daten vornehmen.

2.2 Aufbau und Prüfung der Anträge

2.2.1 Mindestumfang der Prüfungen

Für die Übermittlung der Anträge hat der GKV-Spitzenverband Datenprüfungen festgelegt, die von den Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen sind.

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

- DBAU – Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen Arbeitsunfähigkeit
- DBBT – Erstattungen der Arbeitgeberaufwendungen Beschäftigungsverbot
- DBZU – Erstattung des Arbeitgeberzuschusses Mutterschaft
- DBBV – Bankverbindung
- DBNA – Name
- DBAA – Ansprechpartner Arbeitgeber
- DBFE – Fehler

2.2.2 Übersicht möglicher Kombinationen „Abgabegrund/Datenbaustein“

Die Schlüsselzahlen für die Abgabegründe in den Anträgen auf Erstattungen nach dem AAG ergeben sich aus der Anlage 2 der Grundsätze und sind in Kombination mit den Datenbausteinen entsprechend der Anlage 3 dieser Verfahrensbeschreibung zu verwenden.

3. Verfahren bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen

3.1 Allgemeines

Die Krankenkassen erhalten von den Arbeitgebern Anträge auf Erstattungen nach dem AAG, welche durch Datenübertragung an die Datenannahmestellen der Krankenkassen zu übermitteln sind.

Die Datenannahmestelle prüft anhand des DSKO, ob der Arbeitgeber ein systemuntersuchtes Entgeltabrechnungsprogramm (Programm mit Zertifikat) bzw. eine systemuntersuchte Ausfüllhilfe einsetzt.

3.2 Prüfung der Anträge

3.2.1 Allgemeines

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

3.2.2 Weiterleitung der Anträge

Die Datensätze sind von der Datenannahmestelle an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Vor der Datenübermittlung sind die Daten zu prüfen. Fehlerhafte Anträge sind nicht an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

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

Ergeben sich aus der Prüfung der Datensätze Fehler, ist der Absender der Datei entsprechend zu unterrichten.

4. Verfahren bei den Krankenkassen

4.1 Erstattungen

4.1.1 Voraussetzungen für die Durchführung der Erstattungen

Eine Erstattung kann durch die zuständige Krankenkasse erst vorgenommen werden, wenn das erstattungsfähige Arbeitsentgelt oder der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld abgerechnet und dem Arbeitnehmer oder der Arbeitnehmerin fortgezahlt wurde. Darüber hinaus muss - soweit erforderlich - eine ärztliche Bescheinigung für die Dauer des Erstattungszeitraums vorliegen. Mithin ist ein Erstattungsantrag erst dann von den Arbeitgebern zu übermitteln, wenn die vorgenannten Voraussetzungen vorliegen.

4.1.2 Form der Durchführung der Erstattung

Die Arbeitgeber legen im DBBV fest, ob sie eine Erstattung in Form einer

- Überweisung,
- Verrechnung oder
- Gutschrift (auf dem Beitragskonto)

wünschen.

4.1.2.1 Überweisung

Die Überweisung ist ausschließlich mit der im Erstattungsantrag übermittelten Kontoverbindung vorzunehmen. Damit eine einheitliche Vorgehensweise der Krankenkassen bei der Überweisung bezüglich des Überweisungstextes an die Arbeitgeber gewährleistet ist, sollten die Krankenkassen den Verwendungszweck in der Überweisung wie folgt befüllen:

1. Sofern der Arbeitgeber im Erstattungsantrag einen Verwendungszweck angibt, ist dieser in die Überweisung zu übernehmen.
2. Ist kein Verwendungszweck angegeben, erfolgt die Erstattung unter Angabe des Textes:

„Erstattung AAG“.

3. Sofern eine Sammelüberweisung vorgenommen wird, erfolgt die Erstattung unter Angabe des Textes:

„s. Schreiben vom nn.nn.nnnn“.

Die Arbeitgeber sind im Übrigen verpflichtet einen Verwendungszweck vorzugeben, der den Krankenkassen eine datenschutzkonforme Übernahme in die Überweisung ermöglicht.

4.1.2.2 Verrechnung

Eine Verrechnung des Erstattungsanspruchs mit zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträgen und Umlagen ist - auch unter den Bedingungen des maschinellen Erstattungsverfahrens - weiterhin möglich. Der Arbeitgeber kann demnach bei einer Verrechnung bestimmen, mit welchem Beitragsmonat die Verrechnung erfolgen soll.

4.1.2.3 Gutschrift

Sofern der Arbeitgeber die Erstattung in Form einer Gutschrift wählt, erfolgt die Gutschrift auf das jeweilige Beitragskonto des Arbeitgebers bei der Krankenkasse. Bei Beitragsrückständen ist - soweit nicht anders bestimmt - die gesetzliche Tilgungsreihenfolge zu beachten.

5. Inhalt Datenbausteine DBAU, DBBT und DBZU

5.1 Allgemeines

Nachfolgend wird beschrieben, welche Inhalte in den Feldern der Datenbausteine DBAU, DBBT und DBZU von den Arbeitgebern erwartet werden. Dabei werden identische Felder, die bereits zum DBAU beschrieben werden, nicht gesondert in den Erläuterungen zu den Datenbausteinen DBBT und DBZU aufgeführt. Felder, die zur Kennung/Stornierung der Datenbausteine dienen, sowie Reservfelder werden nicht näher beschrieben.

5.2 DBAU

5.2.1 Erstattungszeitraum

006-013	008	n	M	ERSTATTUNGSZEIT- RAUM VOM <i>EZEIT-VOM</i>	Beginn des Erstattungszeitraums in der Form: jhjmmmtt
014-021	008	n	M	ERSTATTUNGSZEIT- RAUM BIS <i>EZEIT-BIS</i>	Ende des Erstattungszeitraums in der Form: jhjmmmtt

Hier ist der Erstattungszeitraum anzugeben. Dabei ist zu beachten, dass eine Erstattung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 AAG von den Krankenkassen zu gewähren ist, sobald der Arbeitgeber Arbeitsentgelt nach den §§ 3 und 9 EFZG, Arbeitsentgelt nach § 18 MuSchG oder den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld erbracht hat. Erstattungen können auch für in der Zukunft liegende Zeiträume verlangt werden, sofern das erstattungsfähige Arbeitsentgelt bereits abgerechnet, für den laufenden Abrechnungsmonat bereits gezahlt und die Arbeitsunfähigkeit oder ein individuelles Beschäftigungsverbot für die Dauer des Erstattungszeitraums ärztlich bescheinigt ist. Gleiches gilt auch für die Erstattung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld.

5.2.2 Art der Abrechnung

022-022	001	n	M	ART DER ABRECH- NUNG <i>ARTAB</i>	Kennzeichen Art der Abrechnung in der Form: 0 = Endabrechnung 1 = Zwischenabrechnung
---------	-----	---	---	-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist festzulegen, ob es sich um eine Zwischen- oder Endabrechnung handelt. Die Differenzierung nach Zwischen- und Endabrechnung im Feld „ART DER ABRECHNUNG (ARTAB)“ benötigen die Krankenkassen u. a. für die Prüfung der Höchstanspruchsdauer der Entgeltfortzahlung sowie für statistische Auswertungen. Sofern bei Abgabe des Erstattungsantrages noch nicht feststeht, ob es sich um eine Zwischen- oder Endabrechnung handelt, ist zunächst das Kennzeichen für eine Zwischenabrechnung anzugeben.

5.2.3 Entgelt

023-031	009	n	M	ENTGELT EG	Entgelt in der Form: EURO/CENT mit zwei Nachkommastellen Angabe in Abhängigkeit vom Feld ARTENTGELT
---------	-----	---	---	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist das monatliche Bruttoarbeitsentgelt gemäß der Entgeltbescheinigungsverordnung anzugeben, das der Arbeitnehmer beanspruchen könnte, wenn er nicht durch die Arbeitsunfähigkeit oder infolge einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme an der Arbeitsleistung verhindert wäre. Bei Stundenlöhnern ist der Stundenlohn und bei Seeleuten die Durchschnittsheuer (nicht die Durchschnittsheuer-Kennzahl) anzugeben.

Das hier anzugebende Entgelt beinhaltet nicht Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge.

5.2.4 Art des Entgelts

032-032	001	n	M	ARTENTGELT ARTEG	Art des Entgelts: 1 = <i>Stundenlohn</i> 2 = <i>monatliches Bruttoarbeitsentgelt</i> 3 = <i>Akkordlohn</i>
---------	-----	---	---	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hier ist zu unterscheiden, ob es sich um einen Stunden- oder Akkordlohn bzw. um ein monatliches Bruttoarbeitsentgelt handelt. Wurde eine Vergütung gewährt, die sowohl monatliche feste Bezüge als auch variable (nach Arbeitsstunden) Bestandteile enthält, ist hier der Wert „2“ für monatliches Bruttoarbeitsentgelt anzugeben.

5.2.5 Abtretung

033-033	001	an	M	ABTRETUNG ABTG	Die Abtretung nach § 5 AAG wird erklärt J = <i>Ja</i> N = <i>Nein</i>
---------	-----	----	---	-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Wurde die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers durch einen Dritten verursacht (z. B. bei einem Verkehrsunfall, Unfall durch eine unerlaubte Handlung im Sinne von § 823 BGB usw.), von dem er Schadenersatz fordern kann, so geht dieser Anspruch nach § 6 EFZG auf den Arbeitgeber über, soweit dieser Arbeitsentgelt fortgezahlt hat. Begehrt der Arbeitgeber in solchen Fällen von der Krankenkasse die Erstattung dieses Arbeitsentgelts, so muss er seinen Anspruch mit der Kennzeichnung „J“ rechtsverbindlich an die Krankenkasse abtreten (§ 5 AAG).

5.2.6 Ausfallzeit

034-038	005	n	M	AUSFALLZEIT AUSFALLZ	Ausgefallene Kalendertage/Arbeitstage/Arbeitsstunden mit zwei Nachkommastellen in der Form: 00000 bis 99999 (Bei Arbeitsstunden sind Nachkommastellen in Industrieminuten anzugeben, z. B. 02468)
---------	-----	---	---	-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist die tatsächliche Ausfallzeit im Erstattungszeitraum einzutragen.

5.2.7 Art der Ausfallzeit

039-039	001	n	M	ARTAUSFALLZEIT ARTAUSFALLZ	Art der Ausfallzeit 1 = <i>Kalendertage</i> 2 = <i>Arbeitstage</i> 3 = <i>Arbeitsstunden</i>
---------	-----	---	---	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hier ist die Art der Ausfallzeit anzugeben, die für die Entgeltfortzahlung maßgebend war.

5.2.8 Wöchentliche bzw. tägliche Arbeitszeit

040-043	004	n	m	AZEIT WÖCHENTL AZWÖECH	Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit in Stunden und Industrieminuten mit zwei Nachkommastellen in der Form: 0000 (z. B. 3750)
044-047	004	n	m	AZEIT TÄGL AZTGL	Angabe der täglichen Arbeitszeit in Stunden und Industrieminuten mit zwei Nachkommastellen in der Form: 0000 (z. B. 0770)

Diese Angaben sind nur notwendig, sofern die Vergütung nach den tatsächlich geleisteten Stunden gewährt wird. In diesem Fall ist in diesen Feldern die wöchentliche und tägliche individuelle Arbeitszeit des Arbeitnehmers in Stunden anzugeben.

Soweit ausdrücklich keine Wochenarbeitszeit respektive tägliche Arbeitszeit vereinbart wurde, ist eine durchschnittliche Stundenzahl zu ermitteln. In Zweifelsfällen oder bei Schwankungen der individuellen Arbeitszeit ist zur Bestimmung der regelmäßigen Arbeitszeit eine vergangenheitsbezogene Betrachtung zulässig, ggf. ist auf die Erfahrungswerte des Betriebes abzustellen.

5.2.9 Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt

048-056	009	n	M	FORTGEZAHLTES BRUTTO-ARBEITS- ENTGELT FBRUTAU	Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung) in der Form: EURO/CENT
---------	-----	---	---	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist das für den Erstattungszeitraum fortgezahlte Bruttoarbeitsentgelt (ohne Arbeitgeberanteile und Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge) anzugeben. Einmalig gezahlte Arbeitsentgelte und fortgezahlte Entgelte, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten, sind dabei nicht zu berücksichtigen. Eine durch Satzung der Krankenkasse bestehende Begrenzung des Erstattungsanspruchs ist hier nicht zu berücksichtigen.

5.2.10 Fortgezahlte Arbeitgeberanteile

057-065	009	n	K	FORTGEZAHLTE GSV-ARBEITGEBER- ANTEILE FAGANT	Fortgezahlte GSV-Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung) in der Form: EURO/CENT
---------	-----	---	---	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld sind die für den Erstattungszeitraum tatsächlich fortgezahlten Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag sowie die ggf. gewährten Beitragszuschüsse nach § 172a SGB VI, nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI anzugeben. Fortgezahlte Arbeitgeberanteile aus Einmalzahlungen bzw. aus fortgezahlten Entgelten, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten, sind dabei nicht zu berücksichtigen.

5.2.11 Prozentsatz der Erstattung

066-070	005	n	M	ERSTATTUNGSSATZ ESATZ	Prozentsatz der Erstattung in der Form: 00000 (80 % = 08000)
---------	-----	---	---	--------------------------	------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist der für die Erstattung maßgebliche (gewählte) Erstattungssatz anzugeben. Die Erstattungssätze können aus der Beitragssatzdatei der ITSG (vgl. 5.2.12) entnommen werden.

5.2.12 Erstattungsbetrag

071-079	009	n	M	ERSTATTUNGS- BETRAG EB-U	Erstattungsbetrag in der Form: EURO/CENT
---------	-----	---	---	--------------------------------	----------------------------------------------------

Der Erstattungsbetrag ergibt sich aus der Summe von

- dem fortgezahlten Bruttoarbeitsentgelt (vgl. 5.2.9),
- den fortgezahlten Arbeitgeberanteilen (vgl. 5.2.10) und
- ggf. den erstattungsfähigen Arbeitgeberzuwendungen (vgl. 5.2.16)

jeweils unter Berücksichtigung der für die jeweilige Krankenkasse geltenden Satzungsregelung bzw. den hierfür geltenden Ermittlungsgrundsätzen.

Ob und ggf. in welcher Form die zuständige Krankenkasse eine Beschränkung des nach § 1 Abs. 1 AAG erstattungsfähigen fortgezahlten Arbeitsentgelts oder Pauschalierung der erstattungsfähigen fortgezahlten Arbeitgeberbeiträge zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag in ihrer Satzung vorsieht, kann u. a. aus der Beitragssatzdatei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) entnommen werden. Die Beitragssatzdatei der ITSG ist im Internet unter der Adresse

<http://www.gkv-ag.de/Home.gkvnet>

abrufbar.

5.2.13 Ursache der Arbeitsunfähigkeit

080-080	001	n	K	URSACHE DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT <i>URAU</i>	Kennzeichen Unfall in der Form: 0 = Grundstellung 1 = Schädigung durch Dritte 2 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit
---------	-----	---	---	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hier ist die Ursache der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

Sofern eine Schädigung durch Dritte vorliegt, wird auf die Ausführungen unter dem Abschnitt 5.2.5 verwiesen.

Die Angaben über einen Arbeitsunfall respektive über eine vorliegende Berufskrankheit, die die Arbeitsunfähigkeit begründet, benötigt die Krankenkasse für interne Prüfzwecke. Auf die Erstattung nach dem AAG hat diese Kennzeichnung keinen Einfluss.

5.2.14 Kennzeichen, ob am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet wurde

081-081	001	an	M	KENNZEICHEN AU-TAG <i>AUTG</i>	Wurde am 1. Arbeitsunfähigkeitstag noch gearbeitet? J = Ja N = Nein
---------	-----	----	---	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld soll angegeben werden, ob der Arbeitnehmer am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet hat. Sofern der Arbeitnehmer am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet hat, ist eine Erstattung nach dem AAG für diesen Tag ausgeschlossen.

5.2.15 Letzter Arbeitstag

086-093	008		M	LETZTER ARBEITSTAG <i>LAT</i>	Letzter Arbeitstag/von Bord am in der Form: jhjjmmtt
---------	-----	--	---	----------------------------------	----------------------------------------------------------------

Hier ist der letzte Arbeitstag vor der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet, gilt dieser Tag als letzter Arbeitstag.

5.2.16 Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge

094-102	009	n	M	ERSTATTUNGSFÄHIGE ARBEITGERZUWENDUNGEN BAV <i>EZB</i>	Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: EURO/CENT
---------	-----	---	---	----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld sind ausschließlich die für den Erstattungszeitraum erstattungsfähigen (also ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen) Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge einzutragen.

5.2.17 SV-pflichtiges Arbeitsentgelt

103-111	009	N	m	SV-PFLICHTIGES ARBEITSENTGELT SVAE	SV-pflichtiges Arbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung) in der Form EURO/CENT
---------	-----	---	---	---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Hier ist das sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt (einschließlich des sozialversicherungspflichtigen Anteils der Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge) anzugeben, von dem die fortgezahlten Arbeitgeberanteile (vgl. 5.2.10) für den Erstattungszeitraum ermittelt wurden. Einmalzahlungen und fortgezahlte Entgelte, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten, sind dabei nicht zu berücksichtigen.

5.3 DBBT

5.3.1 Art des Beschäftigungsverbot

063-063	001	n	M	ART DES BESCHÄFTIGUNGSVERBOTES ARTBV	Kennzeichen Art des Beschäftigungsverbot in der Form: 0 = <i>individuelles Beschäftigungsverbot (ärztliches Attest liegt vor)</i> 1 = <i>generelles Beschäftigungsverbot</i> 2 = <i>teilweise individuelles Beschäftigungsverbot (ärztliches Attest liegt vor)</i> 3 = <i>teilweise generelles Beschäftigungsverbot</i>
---------	-----	---	---	-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hier ist zu unterscheiden, ob es sich um ein (teilweise) individuelles oder (teilweise) generelles Beschäftigungsverbot handelt. Von einem teilweisen individuellen oder teilweise generellen Beschäftigungsverbot ist dann auszugehen, wenn die werdende Mutter nur bestimmte Tätigkeiten (z. B. Nacharbeit) nicht mehr ausüben darf und nicht völlig mit der Arbeit aussetzt.

5.3.2 Mutmaßlicher Entbindungstag

064-071	008	n	K	MUTMASSLICHER ENTBINDUNGSTAG MUTEN	mutmaßlicher Entbindungstag in der Form: jhjjmmtt
---------	-----	---	---	---------------------------------------	-------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist der mutmaßliche Entbindungstermin anzugeben, soweit bekannt.

5.4 DBZU

5.4.1 Schutzfrist

023-030	008	n	M	SCHUTZFRIST VOM <i>SFRIST-VOM</i>	Beginn der Schutzfrist in der Form: jhjmmmt
031-038	008	n	M	SCHUTZFRIST BIS <i>SFRIST-BIS</i>	Ende der Schutzfrist: jhjmmmt

Hier ist der Beginn bzw. das Ende der Mutterschutzfrist nach dem MuSchG anzugeben. Ist das Ende der Schutzfrist noch nicht bekannt, ist als Ende-Datum das rechnerische Ende anzugeben (8 Wochen oder bei Früh- und Mehrlingsgeburten 12 Wochen nach dem voraussichtlichen Entbindungstag). Spätestens bei der letzten Erstattung ist dann das tatsächliche Ende der Schutzfrist anzugeben.

5.4.2 Höhe des monatlichen Bruttoentgelts

039-047	009	n	M	BRUTTO MONATLICH <i>BRUTMON</i>	Höhe des monatlichen Bruttoentgelts EURO/CENT (Entgelt für Berechnung des Zuschusses)
---------	-----	---	---	------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hier ist das nach den Vorschriften des § 20 Abs. 1 MuSchG errechnete monatliche Bruttoarbeitsentgelt anzugeben. Mutterschaftsgeld ist von dem errechneten Betrag nicht abzuziehen.

5.4.3 Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt

048-056	009	n	M	NETTO TÄGLICH <i>NETTG</i>	Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt EURO/CENT
---------	-----	---	---	-------------------------------	-----------------------------------------------------------

In diesem Feld ist das nach den Vorschriften des § 20 Abs. 1 MuSchG errechnete kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt anzugeben. Mutterschaftsgeld ist von dem errechneten Betrag nicht abzuziehen.

5.4.4 Höhe des monatlichen Nettoarbeitsentgelts

057-065	009	n	M	NETTO MONATLICH <i>NETMON</i>	Höhe des monatlichen Nettoarbeitsentgelts EURO/CENT
---------	-----	---	---	----------------------------------	---------------------------------------------------------------

Hier ist das nach den Ermittlungsgrundsätzen des § 20 Abs. 1 MuSchG errechnete monatliche Nettoarbeitsentgelt anzugeben. Mutterschaftsgeld ist von dem errechneten Betrag nicht abzuziehen.

5.4.5 Zuschuss zum Mutterschaftsgeld

066-074	009	n	M	ZUSCHUSS ZUM MUG <i>ZUMUG</i>	Zuschuss zum Mutterschaftsgeld (ohne Einmalzahlung) in der Form: EURO/CENT
---------	-----	---	---	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist für den Erstattungszeitraum der tatsächlich geleistete Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anzugeben. Dieser ergibt sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem kalendertäglichen Mutterschaftsgeld und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt (§ 20 Abs. 1 Satz 2 MuSchG) für den beantragten Erstattungszeitraum.

5.4.6 Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt aus anderer Beschäftigung

075-083	009	n	K	NETTOENTGELT AUS ANDERER BESCHÄF- TIGUNG <i>NETBESCH</i>	Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt aus anderer (auch geringfügiger) Beschäftigung EURO/CENT
---------	-----	---	---	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Feld ist das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt aus einer anderen - auch geringfügigen - Beschäftigung anzugeben, soweit bekannt. Mutterschaftsgeld ist von dem kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelt nicht abzuziehen.

5.4.7 Mutmaßlicher Entbindungstag

084-091	008	n	K	MUTMASSLICHER ENTBINDUNGSTAG <i>MUTEN</i>	mutmaßlicher Entbindungstag in der Form: jhjjmmtt
---------	-----	---	---	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Diese Angabe ist nur bei geringfügig oder privat krankenversicherten Beschäftigten erforderlich, soweit bekannt. Sofern ein Erstattungsanspruch nach § 20 Abs. 1 MuSchG i. V. m. § 3 MuSchG (Beschäftigungsverbot nach der Entbindung) vorliegt, ist hier grundsätzlich die Grundstellung zu liefern.

6. Maschinelle Mitteilungen der Krankenkassen

6.1 Rückmeldungen nach § 2 Abs. 2 AAG

Seit dem 1. Januar 2016 teilen die Krankenkassen den Arbeitgebern Abweichungen zwischen dem ursprünglichen beantragten Erstattungsbetrag und dem von den Krankenkassen festgestellten Erstattungsbetrag und die Gründe hierfür durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung mit. Ab dem 1. Januar 2017 erfolgt von den Krankenkassen auch eine maschinelle Rückmeldung, wenn dem Antrag im vollen Umfang entsprochen wurde oder dem Antrag vollständig nicht entsprochen werden kann. Die Meldung besteht aus dem Datensatz Rückmeldung AAG (DSRA) und den Datenbausteinen Rückmeldung AAG (DBRA), Name (DBNA) sowie Ansprechpartner (DBAP). Zur Identifizierung des ursprünglich übermittelten Erstattungsantrages übermitteln die Krankenkassen den Arbeitgebern insbesondere folgende Angaben:

- Ø den Namen des Versicherten,
- Ø die Versicherungsnummer (soweit bekannt),
- Ø das Aktenzeichen des Arbeitgebers (soweit bekannt),
- Ø die Datensatz-ID (soweit bekannt)
- Ø den Grund der Abgabe,
- Ø den ursprünglich beantragten Erstattungszeitraum und
- Ø den ursprünglich beantragten Erstattungsbetrag.

6.2 Rückmeldung über eine vorgenommene Änderung des Antrags gem. § 98 Abs. 2 SGB IV

Nach § 98 Abs. 2 SGB IV haben die Krankenkassen Anträge auf Erstattung nach dem AAG einer automatisierten inhaltlichen Prüfung im Abgleich mit ihren Bestandsdaten zu unterziehen. Stellt die Krankenkasse in einem Antrag auf Erstattung nach dem AAG einen Fehler fest, hat sie die festgestellten Abweichungen aufzuklären. Wird in der Folge der Inhalt durch die Krankenkasse verändert, hat sie die Veränderung dem Arbeitgeber durch Datenübertragung unverzüglich zu melden.

Dabei werden dem Arbeitgeber im Erstattungsverfahren nach dem AAG nur Änderungen in den stornorelevanten Datenfeldern „ERSTATTUNGSZEITRAUM VOM“ und „ERSTATTUNGSZEITRAUM BIS“ in den Datenbausteinen DBAU, DBBT und DBZU mitgeteilt. Die Mitteilungen über einen abweichenden Erstattungsbetrag respektive Zuschuss zum Mutterchaftsgeld erfolgen im Rahmen der Mitteilungen nach § 2 Abs. 2 AAG (vgl. 6.1).

Die Unterrichtung über einen durch die Krankenkasse geänderten Erstattungsantrag erfolgt ab 1. Januar 2017 mit dem DSRA und dem DBRA.

Im Übrigen wird auf die Gemeinsamen Grundsätze für Bestandsprüfungen nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB IV verwiesen.

6.3 Stornierung der maschinellen Mitteilungen der Krankenkassen

Die Mitteilungen der Krankenkassen sind zu stornieren, wenn sie unzutreffende Angaben enthalten.

Storniert der Arbeitgeber einen Erstattungsantrag zu dem bereits eine Rückmeldung durch die Krankenkasse erfolgte, ist die Rückmeldung durch die Krankenkasse zu stornieren.

Anlagen

1. Datensätze und Datenbausteine für die Anträge auf Erstattungen nach dem AAG
2. Fehlerkatalog
3. Übersicht möglicher Kombinationen des Abgabegrundes im DSER mit den Datenbausteinen
4. Datensätze und Datenbausteine für Mitteilungen der Krankenkassen an die Arbeitgeber im Antragsverfahren nach dem AAG

	AAG	
	Änderungsprotokoll zur Verfahrensbeschreibung für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) von der Version 1.8 zu der ab 27. Juni 2018 anzuwendenden Version 1.9	

Mit diesem Protokoll werden die Änderungen in der Verfahrensbeschreibung für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) von der Version 1.8 zu der ab 27. Juni 2018 anzuwendenden Version 1.9 zusammenfassend dargestellt.

Änderungsort	Änderung	Termin
	Textteil	
Seiten 1 bis Ende	Stand und Version geändert	-
Seite 9	Ergänzung im Abschnitt 4.1.2.1, dass Arbeitgeber einen datenschutzkonformen Verwendungszweck anzugeben haben.	-
Seite 14	Ergänzung im Abschnitt 5.2.10, dass fortgezahlte Arbeitgeberanteile aus Einmalzahlungen bzw. aus fortgezahlten Entgelten, die nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des EFZG gelten, nicht zu berücksichtigen sind.	-

- unbesetzt -



Top 7

Meldeverfahren zwischen der Künstlersozialkasse (KSK) und den Krankenkassen;
hier: Erweiterung des Meldeverfahrens

Sachverhalt:

In der Fachkonferenz Meldungen am 27. Februar 2018 haben die Fachkonferenzteilnehmer unter Top 5 konsentiert zu prüfen, ob eine Erweiterung des Meldeverfahrens mit der KSK für die Krankenkassen sachgerecht erscheint.

Der GKV-Spitzenverband hat zwischenzeitlich mit der KSK Kontakt aufgenommen. Die KSK hat Bedarf signalisiert die nachfolgenden Informationen der Krankenkassen, die bisher im papiergebundenen Verfahren übermittelt werden, perspektivisch maschinell zu erhalten:

- Mitteilung über eine bestehende Arbeitsunfähigkeit bei Beginn der Versicherungspflicht
- Mitteilung einer bestehenden Vorrangversicherung nach § 5 Abs. 1 KSVG
- Mitteilung über die Gewährung einer Vollrente wegen Alters bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente
- Mitteilung über einen Krankenkassenwechsel
- Meldung über den Bezug einer Entgeltersatzleistung

Nach Angaben der KSK gehen bisher jährlich mindestens 60.000 Poststücke zu den vorgenannten Sachverhalten ein.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer legen fest, dass die im Sachverhalt dargestellten Mitteilungen zukünftig maschinell an die KSK übermittelt werden sollen. Allerdings sollte bei der konzeptionellen Planung bedacht werden, dass die Umsetzung innerhalb der GKV nicht zeitnah erfolgen kann. Der GKV-Spitzenverband weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass aufgrund der technischen Umstellung bei der KSK ein Wechsel auf ein maschinelles Verfahren frühestens zum 1. Januar 2023 erfolgen kann. Gleichwohl benötigt die KSK für die Implementierung des Verfahrens zum vorgenannten Zeitpunkt frühzeitig einen entsprechend abgestimmten Verfahrensablauf und belastbare Dokumente. Insofern wird der GKV-Spitzenverband mit der KSK Ende 2018 respektive Anfang 2019 einen ersten Termin zur konzeptionellen Umsetzung des Verfahrens vereinbaren.

- unbesetzt -



Top 8

DÜBAK-Meldeverfahren;

hier: Erstellung einer Verfahrensbeschreibung

Sachverhalt:

In der Sitzung der Arbeitsgruppe „Optimierung DÜBAK-Meldeverfahren“ am 26. September 2017 wurde unter Top 1 u. a. angeregt, eine Verfahrensbeschreibung zu erstellen, in der verbindliche Regeln für die am Verfahren Beteiligten vorgegeben werden. Dem GKV-Spitzenverband ist es zwischenzeitlich gelungen, die Bundesagentur für Arbeit (BA) nach anfänglichen Vorbehalten davon zu überzeugen, dass ein solches Papier für alle Verfahrensbeteiligten einen Mehrwert darstellt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte allerdings, anstelle einer gesonderten Verfahrensbeschreibung, das bereits bestehende „Gemeinsame Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (DÜBAK-Rundschreiben)“ erweitert werden.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer stimmen der beabsichtigten Erweiterung des DÜBAK-Rundschreibens zu. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, unter Berücksichtigung der in der Arbeitsgruppe am 26. September 2017 behandelten Themen, einen ersten Entwurf des insoweit zu erweiternden DÜBAK-Rundschreibens zu erstellen. Die Fachkonferenzteilnehmer teilen dem GKV-Spitzenverband darüber hinaus bis zum 27. Juli 2018 mit, welche weiteren Themen aus ihrer Sicht zwingend im vorgenannten Dokument beschrieben werden sollen.

Am 11. September 2018 wird zunächst eine GKV-interne Arbeitsgruppe den Entwurf bewerten, bevor dieser anschließend gemeinsam mit der BA, dem Deutschen Landkreistag, dem Deutschen Städtetag sowie den jeweils zuständigen Softwarehäusern abgestimmt wird.

Die Sitzung findet beim GKV-Spitzenverband statt und beginnt um 11:00 Uhr.

- unbesetzt -



Teilnehmerliste

Herr Opretzka	GKV-Spitzenverband
Herr Maiwald	GKV-Spitzenverband
Herr Scharatta	GKV-Spitzenverband
Herr Böttcher	GKV-Spitzenverband
Frau Gallmann	AOK
Frau Pusch	AOK
Frau Schindler	AOK
Herr Badorrek	BKK
Herr Kehling	BKK
Frau Rogalski	EK
Frau Seemann	EK
Frau Tschirch	EK
Herr Köster	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Franiczek	Knappschaft
Herr Freimuth	SVLFG
Frau Ott	SVLFG



- unbesetzt -

