

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Meldungen
am 27. Februar 2019
in Berlin

- unbesetzt -



Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Top 1 Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fra- gen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Februar 2019; hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen	5
Top 2 UV-Jahresmeldung; hier: Festlegung eines alternativen Übertragungsweges	7
Top 3 Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsge- setz (AAG) hier: Datenschutzkonforme Übernahme des Verwendungszweckes durch die Krankenkassen	9
Top 4 Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsge- setz (AAG) hier: Erweiterung der Beitragssatzdatei	11
Top 5 DÜBAK-Meldeverfahren; hier: Einführung eines neuen Beendigungsgrundes	13



- unbesetzt -

Top 1

Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Februar 2019;

hier: GKV-interne Abstimmung der Beratungen

Sachverhalt:

Die nächste Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens findet am 28. Februar 2019 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. Februar 2019 vorgesehenen Tagesordnungspunkte und stimmen sich über die anzustrebenden Lösungen ab.

- unbesetzt -



Top 2

UV-Jahresmeldung;

hier: Festlegung eines alternativen Übertragungsweges

Sachverhalt:

Mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 15.04.2015 wurde das Verfahren zur Übermittlung personenbezogener unfallversicherungsrelevanter Daten zum Zwecke der Betriebsprüfung nach § 166 Abs. 2 SGB VII zum 1. Januar 2016 angepasst. Die Ankoppelung der Unfallversicherungsdaten an die originäre Entgeltmeldung wurde aufgegeben. Stattdessen sind die erforderlichen Daten seit dem 1. Januar 2016 für jeden im Vorjahr in der Unfallversicherung versicherten Beschäftigten ausschließlich in einer UV-Jahresmeldung nach § 28a Abs. 2a SGB IV anzugeben.

In der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 24./25. Juni 2015 wurde unter Top 1 u. a. festgelegt, dass UV-Jahresmeldungen nicht in die Bestände der Krankenkassen übernommen, sondern unmittelbar von den Annahmestellen der Krankenkassen an die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) weitergeleitet werden.

Die Annahmestellen der Krankenkassen stellen dabei durch den Einsatz von Fehlerprüfungen (Kernprüfprogramm) sicher, dass ausschließlich fehlerfreie UV-Jahresmeldungen an die DSRV weitergeleitet werden. Diese fehlerfreien Meldungen werden nochmals durch die DSRV geprüft. Mit dieser Prüfung wird gewährleistet, dass nur Meldungen mit gültigen Versicherungsnummern in die Bestände der Rentenversicherung übernommen werden. Die bei diesen Prüfungen festgestellten „Stammsatzfehler“ werden an die Annahmestellen der Krankenkassen zurückgeschickt.

Die Annahmestellen der Krankenkassen können diese fehlerhaften Meldungen allerdings nicht an den ursprünglichen Absender der Meldung weiterleiten, da sie gegenüber dem Absender bereits die Fehlerfreiheit der Meldung maschinell bestätigt haben.

Bereits in der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 9. März 2016 und auch in den darauf folgenden wurde die Problematik besprochen ohne jedoch einen konkreten Lösungsansatz zu beschließen.

In der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 28. Juni 2018 wurde deshalb eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die die technischen Möglichkeiten zur Umsetzung eines künftigen maschinellen Fehlerrückmeldeverfahrens bewerten sollte.

Die Arbeitsgruppensitzung fand am 12. Juli 2018 statt. Als Ergebnis dieser Sitzung wurde vorgeschlagen, die Rückmeldungen an den Arbeitgeber zu verzögern, damit aufgrund der Stammsatz-

prüfung abgewiesene Meldungen elektronisch an den Absender übermittelt werden können. Die DSRV sollte dafür sicherstellen, dass die Stammsatzprüfung bereits bei der Übernahme der Daten erfolgt und somit die Fehlerrückmeldungen stündlich an die Annahmestellen der Krankenkassen übermittelt werden können. Durch die zeitnahe Übermittlung von fehlerhaften Meldungen könnte der Absender zeitnah über das Verarbeitungsergebnis informiert werden.

In der Sitzung der Fachkonferenz Datenannahme lehnten die Fachkonferenzteilnehmer diesen Vorschlag jedoch ab, weil die Umsetzung des Vorschlages mit einem dreistelligen Aufwand an Personentagen verbunden wäre und zudem das von der Deutschen Rentenversicherung Bund angeführte Mengenvolumen von ca. 20.000 Fällen bei einem Gesamtvolumen von ca. 40 Millionen Meldungen sehr gering ist.

Zur Lösung des Sachverhaltes wurde in der vorgenannten Fachkonferenz alternativ vorgeschlagen, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund den Annahmestellen der Krankenkassen eine Liste mit allen gültigen Versicherungsnummern zur Verfügung stellt, damit eine Prüfung direkt beim Eingang der Meldung erfolgen kann. Dieser Vorschlag wurde wiederum von der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht befürwortet.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Gemengelage halten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung Bund nunmehr die nachfolgenden Lösungsansätze für zielführend:

- a) Die UV-Jahresmeldungen sind wie vom Gesetz vorgesehen von der erstannehmenden Annahmestelle über die jeweils zuständige Einzugsstelle an die Deutsche Rentenversicherung weiterzuleiten. Die Einzugsstellen werden bei den von der Datenstelle der Rentenversicherung als fehlerhafte zurückgewiesenen UV-Jahresmeldungen eine Klärung herbeiführen.
- b) Die UV-Jahresmeldungen sind von den Arbeitgebern - analog der Sofortmeldungen - direkt an die Deutsche Rentenversicherung zu erstatten. Die Fehlerprüfung erfolgt durch die Datenstelle der Rentenversicherung, die auch das Fehlerrückmeldeverfahren durchführt.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer sprechen sich aus systempolitischen Gründen für die Variante a) aus, auch wenn hier ein Mehraufwand bei den Krankenkassen zu erwarten ist. Als möglicher Umsetzungszeitpunkt wird der 1. Januar 2021 präferiert. Der GKV-Spitzenverband wird die weitere Vorgehensweise mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abstimmen.

Top 3

Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

hier: Datenschutzkonforme Übernahme des Verwendungszweckes durch die Krankenkassen

Sachverhalt:

Entsprechend der Verfahrensbeschreibung zum Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG ist der Arbeitgeber verpflichtet, im Feld „Verwendungszweck“ einen Verwendungszweck vorzugeben, der den Krankenkassen eine datenschutzkonforme Übernahme in der Überweisung ermöglicht (Punkt 4.1.2.1). Diese Aussage wurde deshalb aufgenommen, weil von den Arbeitgebern in der Vergangenheit teilweise personenbezogene Daten des Arbeitnehmers angegeben wurden. Er entbindet aber die Krankenkassen nicht von ihrer Verpflichtung, bei Weiterleitung der Daten an die Bank den Datenschutz sicherzustellen. Denn die Krankenkassen haften entsprechend der Allgemeinen Geschäftsbestimmungen der Banken und Sparkassen insoweit auch für den Inhalt der Verwendungszwecke in den Überweisungsauftragsdatensätzen.

In der Praxis wurde aktuell festgestellt, dass insbesondere die Personalnummer weiterhin im Feld „Verwendungszweck“ von den Arbeitgebern übermittelt wird. Recherchen ergaben zudem, dass zumindest manche Entgeltabrechnungsprogramme diesen Wert systemseitig vorgeben und der Arbeitgeber somit gar keine Möglichkeit hat sich verfahrenskonform zu verhalten.

Ergebnis:

Zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben durch die Krankenkassen legen die Fachkonferenzteilnehmer fest, dass die Verfahrensbeschreibung unter der Ziffer 4.1.2.1 ab dem 1. Januar 2020 um folgende Aussagen erweitert wird:

1. Personenbezogene Daten des Arbeitnehmers wie z. B. Name, Versicherungsnummer oder Personalnummer dürfen im Feld Verwendungszweck nicht übermittelt werden.
2. Die Softwareersteller von Entgeltabrechnungsprogrammen dürfen systemseitig bei dieser Angabe keine Auswahlmöglichkeiten/Vorgaben vorsehen, die personenbezogene Daten des Arbeitnehmers enthalten.

Die insoweit modifizierte Verfahrensbeschreibung ist als Anlage beigefügt.

Der GKV-Spitzenverband wird sich zu dieser Problematik kurzfristig mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände austauschen.

Anlage

- unbesetzt -



Verfahrensbeschreibung
für das Antragsverfahren auf Erstattung
nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
in der vom 1. Januar 2020 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 Ausfüllhilfe 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- mäße 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 Arbeitgebераufwendungen Arbeitsunfähigkeit
- DBBT – Erstattungen der Arbeitgebераufwendungen 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 oder ein nicht datenschutzkonformer 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. Personenbezogene Daten des Arbeitnehmers wie z. B. Name, Versicherungsnummer oder Personalnummer dürfen daher im Feld Verwendungszweck nicht übermittelt werden. Die Soft-

wareersteller von Entgeltabrechnungsprogrammen dürfen systemseitig bei dieser Angabe keine Auswahlmöglichkeiten/Vorgaben vorsehen, die personenbezogene Daten des Arbeitnehmers enthalten.

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: jhjmmmt
014-021	008	n	M	ERSTATTUNGSZEIT- RAUM BIS <i>EZEIT-BIS</i>	Ende des Erstattungszeitraums in der Form: jhjmmmt

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 = <i>Endabrechnung</i> 1 = <i>Zwischenabrechnung</i>
---------	-----	---	---	---	--

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 Höchstanspruchs dauer 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 = Kalendertage 2 = Arbeitstage 3 = Arbeitsstunden
---------	-----	---	---	-------------------------------	--

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 AZWOECH	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

Top 4

Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

hier: Erweiterung der Beitragssatzdatei

Sachverhalt:

Die Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH führt in einem gemeinsamen Datenbestand die Beitrags- und Erstattungssätze (Beitragssatzdatei) aller gesetzlichen Krankenkassen.

In Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft im U2 Verfahren (§§ 1 Abs. 2 Nr. 3 und 9 Abs. 2 Nr. 2 AAG) sind dort folgende Kennzeichen vorgegeben:

- 0 = Erstattungssatz auf tatsächliche Beiträge in Prozent; bei U2 wird der Wert mit 100 % vorgegeben.
- 1 = Pauschaler Zuschlag des fortgezahlten Arbeitsentgelts als Abgeltung der Beiträge in Prozent (Wert im Feld „t/p Erstattungssatz %“).
- 2 = Pauschaler Zuschlag des fortgezahlten Arbeitsentgelts begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze in Prozent (Wert im Feld „t/p Erstattungssatz %“).

Die Satzung einer Krankenkasse sieht allerdings vor, dass die auf die bei Beschäftigungsverboten gezahlten Arbeitsentgelte entfallenden Beitragsanteile des Arbeitgebers pauschal mit 20 % des der Erstattung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts, in der Höhe begrenzt auf die tatsächlich zu entrichtenden Beitragsanteile, abgegolten werden.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer sprechen sich mehrheitlich dafür aus, dass die Beitragssatzdatei ab dem 1. Januar 2020 um folgende Ziffer erweitert wird:

- 3 = Pauschaler Zuschlag des fortgezahlten Arbeitsentgelts, jedoch nicht mehr als die tatsächlich zu entrichtenden Beiträge.

- unbesetzt -



Top 5

DÜBAK-Meldeverfahren;

hier: Einführung eines neuen Beendigungsgrundes

Sachverhalt:

Im Haushalt ihrer Eltern lebende unverheiratete erwerbsfähige Kinder scheiden nach § 7 Abs. 3 Nr. 2 SGB II spätestens nach Vollendung des 25. Lebensjahres aus einer bestehenden Bedarfsgemeinschaft aus.

Ein solcher Austritt wurde bisher mit dem Beendigungsgrund „55 = sonstige Gründe“ von der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldet.

Die BA schlägt nunmehr vor, für den vorgenannten Meldetatbestand ab dem 1. Januar 2020 einen neuen Beendigungsgrund „65 = Vollendung des 25. Lebensjahres“ in die Datensatzbeschreibung zum DÜBAK-Meldeverfahren aufzunehmen.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer lehnen den Vorschlag der BA ab, da sich daraus kein Mehrwert für die Krankenkassen ergeben würde. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, die BA entsprechend zu informieren.

- unbesetzt -



Teilnehmerliste

Herr Opretzka	GKV-Spitzenverband
Herr Scharatta	GKV-Spitzenverband
Herr Dietrich	AOK
Frau Gallmann	AOK
Frau Pusch	AOK
Herr Jansen	BKK
Herr Müller	BKK
Frau Perlitz	BKK
Herr Mihalek	EK
Frau Rogalski	EK
Frau Tschirch	EK
Herr Badoreck	IKK
Herr Köster	IKK
Frau Wulff	IKK
Herr Franiczek	Knappschaft
Frau Lauer	Knappschaft
Frau Beyer	SVLFG
Frau Ott	SVLFG
Herr Grüger	ITSG

