

**Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren
nach § 97 Abs. 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)**

in der vom 1. Januar 2017 an geltenden Fassung

Arbeitgeber und Zahlstellen sind berechtigt, auf Grundlage von syntaktischen Prüfungen (Kernprüfungen) Meldungen der Krankenkassen/Einzugsstellen abzuweisen. Die Krankenkassen/Einzugsstellen haben im Rahmen eines Qualitätsmanagements hierdurch festgestellte technische Mängel in der Software zu beheben.

Das Nähere zum Fehlerprüfungsverfahren einschließlich des Qualitätsmanagements regelt der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) nach § 97 Abs. 4 Satz 3 SGB IV in diesen Grundsätzen.

Die „Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren nach § 97 Abs. 4 SGB IV“ sind nach Anhörung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit am XX.XX.XXXX genehmigt worden.

Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren nach § 97 Abs. 4 SGB IV

Inhaltsverzeichnis

1	Fehlerprüfungsverfahren	3
1.1	Fehlerprüfungen in den einzelnen Fachverfahren	3
1.2	Fehlerprüfungen im Bestandsprüfungsverfahren	4
1.3	Inhalte der Fehlerprüfungen	4
1.4	Dokumentation der Fehlerprüfungen	4
1.4.1	Maschinelle Dokumentation der Fehlerprüfungen	5
1.5	Technische Umsetzung der Kernprüfprogramme	5
1.6	Bereitstellung der Kernprüfprogramme	5
2	Qualitätsmanagement	5

Entwurf

1 Fehlerprüfungsverfahren

Die syntaktischen Fehlerprüfungen erfolgen in den einzelnen Fachverfahren auf Grundlage von Kernprüfprogrammen grundsätzlich bei den Annahmestellen der Krankenkassen/Einzugsstellen nach § 97 Abs. 1 SGB IV. Durch die zentrale Prüfung der Meldungen an wenigen Stellen wird eine hohe Verfahrenssicherheit für alle Beteiligten sichergestellt.

Die Annahmestellen sind verpflichtet, auf Grundlage der jeweils aktuell gültigen Kernprüfprogramme ausgehende Meldungen der Krankenkassen/Einzugsstellen zu prüfen.

Sofern hierbei in der Meldung ein Fehler festgestellt wird, weist die Annahmestelle die Meldung an die Krankenkasse/Einzugsstelle zurück. Zusätzlich hat die Annahmestelle die Information über die abgewiesene Meldung mit einer Fehlernummer unverzüglich in der Qualitätsmanagement-Datenbank (QM-Datenbank) des GKV-Spitzenverbandes abzuspeichern (siehe Ziffer 2).

Die Krankenkasse/Einzugsstelle hat die fehlerhafte Meldung zu korrigieren und erneut abzugeben.

1.1 Fehlerprüfungen in den einzelnen Fachverfahren

Die Fehlerprüfungen erfolgen durch die Annahmestellen in allen Fachverfahren, in denen Krankenkassen/Einzugsstellen gegenüber Arbeitgebern oder Zahlstellen Meldungen abgeben. Dies betrifft ausgehende Meldungen der Krankenkassen/Einzugsstellen im

- Arbeitgeber-Meldeverfahren (Qualifizierter Meldedialog und Rückmeldung einer Versicherungsnummer),
- Zahlstellen-Meldeverfahren,
- Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG),
- EEL-Verfahren.

Im **Arbeitgeber-Meldeverfahren** erfolgen die Fehlerprüfungen in den Datenfeldern des Datensatzes Krankenkassenmeldung (DSKK) sowie der darin enthaltenen Datenbausteine. Bei der Übermittlung einer Versicherungsnummer erfolgen die Fehlerprüfungen in den Datenfeldern des Datensatzes Meldung (DSME) sowie des darin enthaltenen Datenbausteins „Vergabe/Rückmeldung“ (DBVR).

Im **Zahlstellen-Meldeverfahren** erfolgen die Fehlerprüfungen in den Datenfeldern des Datensatzes „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) sowie der darin für die Rückmeldung der Krankenkassen enthaltenen Datenbausteine.

Im **Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG** erfolgen die Fehlerprüfungen in den Datenfeldern des Datensatzes „Rückmeldung Abweichung“ (DSRA) sowie der darin enthaltenen Datenbausteine.

Im **EEL-Verfahren** erfolgen die Fehlerprüfungen in den Datenfeldern des Datensatzes „Leistungswesen“ (DSLW) sowie der darin enthaltenen Datenbausteine.

1.2 Fehlerprüfungen im Bestandsprüfungsverfahren

Soweit Krankenkassen/Einzugsstellen im Bestandsprüfungsverfahren nach § 98 Abs. 2 SGB IV Meldungen der Arbeitgeber mit der Information über eine Veränderung in der Meldung zurückmelden, erfolgt eine Fehlerprüfung im Datenbaustein, der die Veränderungen abbildet.

Dies betrifft im

- Arbeitgeber-Meldeverfahren den Datenbaustein „Bestandsabweichung Meldungen“ (DBBM),
- EEL-Verfahren den Datenbaustein „Entgeltbescheinigung Bestandsabweichung“ (DBEB),
- Beitragsnachweisverfahren für Arbeitgeber und Zahlstellen den Datenbaustein „Bestandsabweichung Beitragsnachweis“ (DBBN).

Im Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG erfolgt die Information über eine Veränderung in der Meldung mit dem DSRA.

Im Zahlstellen-Meldeverfahren erfolgen keine Bestandsprüfungen nach § 98 Abs. 2 SGB IV.

1.3 Inhalte der Fehlerprüfungen

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das Arbeitgeber-Meldeverfahren, das EEL-Verfahren und das Beitragsnachweisverfahren legen die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung fest.

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das Zahlstellen-Meldeverfahren und das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG legt der GKV-Spitzenverband fest.

1.4 Dokumentation der Fehlerprüfungen

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das **Arbeitgeber-Meldeverfahren** sind in den Anlagen 9.4 und 13 des gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren in der Sozialversicherung“ vom 29. Juni 2016 in der jeweils gültigen Fassung beschrieben.

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das **Zahlstellen-Meldeverfahren** sind in der „Datensatzbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren einschließlich Fehlerprüfung“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung beschrieben.

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das **Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG** sind in der Anlage 1 „Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung/ -übertragung der Erstattungsanträge nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)“ der „Verfahrensbeschreibung für das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung beschrieben.

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das **EEL-Verfahren** sind in der Anlage 1 „Datensatzbeschreibung für die Erstattung der Mitteilungen im Rahmen des Datenaustausches Entgeltersatzleistungen (§ 107 SGB IV)“ der „Verfahrensbeschreibung für die Erstattung der Mitteilungen im Rahmen des Datenaustausches Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ in der jeweils gültigen Fassung beschrieben.

1.4.1 Maschinelle Dokumentation der Fehlerprüfungen

Ab dem 01.07.2017 sind alle Fehlerprüfungen zusätzlich in der Datenbankanwendung des GKV-Spitzenverbandes gem. § 28b Abs. 4 SGB IV maschinell abrufbar. Zur näheren Ausgestaltung der Datenbankanwendung wird auf die „Gemeinsamen Grundsätze für die Darstellung, Aktualisierung und zum Abrufverfahren“ in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.

1.5 Technische Umsetzung der Kernprüfprogramme

Die Fehlerprüfungen erfolgen ausschließlich auf Grundlage von Kernprüfprogrammen. Die technische Umsetzung des Kernprüfprogrammes erfolgt für das

- Arbeitgeber-Meldeverfahren durch die Datenstelle der Rentenversicherung,
- EEL-Verfahren durch den GKV-Spitzenverband (operative Umsetzung durch AOK-Bundesverband GbR),
- Zahlstellen-Meldeverfahren durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG durch den GKV-Spitzenverband (operative Umsetzung durch BITMARCK GmbH).

1.6 Bereitstellung der Kernprüfprogramme

Die unter Ziffer 1.5 genannten Ersteller der Kernprüfprogramme sind verpflichtet, den Annahmestellen der Krankenkassen/Einzugsstellen die aktuellen Kernprüfprogramme so zeitgerecht zur Verfügung zu stellen, dass die Prüfung auf Grundlage der aktuellen Fehlerprüfungen zu den genannten Einsatzterminen gewährleistet ist.

2 Qualitätsmanagement

Die Informationen über die Abweisungen fehlerhafter Meldungen sind durch die Annahmestellen der Krankenkassen/Einzugsstellen in der QM-Datenbank des GKV-Spitzenverbandes unverzüglich zu speichern.

Bei einer fehlerhaften Meldung hat die meldende Krankenkasse/Einzugsstelle innerhalb von 30 Tagen nach dem Tag des Eintrages in die Datenbank den technischen Mangel in der Software zu beheben, sofern dieser Ursache der fehlerhaften Meldung war.

2.1 Inhalte der QM-Datenbank

In der QM-Datenbank werden alle wesentlichen Informationen zu abgewiesenen Meldungen gespeichert. Dies sind insbesondere

- die die fehlerhafte Meldung verursachende Krankenkasse,
- die Fehlernummer,
- der Zeitpunkt, zu dem die fehlerhafte Meldung durch die Krankenkasse erstellt worden ist,
- die Informationen über die Bewertung des Fehlers (Eingabe durch Ersteller der Krankenkassensoftware).

2.2 Zugriff und Abruf von Inhalten der QM-Datenbank

Die Auswertung der QM-Datenbank erfolgt durch die Ersteller der jeweiligen Krankenkassenbestandssoftware, welche zu diesem Zweck einen Zugang zur QM-Datenbank erhalten. Die Anzeige der festgestellten Fehler erfolgt innerhalb eines Webportals.

2.3 Speicherdauer

Die Einträge in der QM-Datenbank werden für 24 Kalendermonate gespeichert und danach gelöscht.

Entwurf