

26.08.2021

## **Gemeinsame Grundsätze zum elektronischen Meldeverfahren bei Beitragszahlungen an berufsständische Versorgungseinrichtungen**

**in der vom 1. Januar 2022 an geltenden Fassung**

Zur Sicherstellung eines revisionsfähigen Verfahrens bei der Zahlung von Versorgungsabgaben aus Kranken- und Pflegeunterstützungsgeld sowie für Pflegepersonen besteht für Kranken- und Pflegekassen eine Meldepflicht gegenüber den berufsständischen Versorgungseinrichtungen nach § 47a Absatz 2 Satz 1 SGB V und §§ 44 Absatz 2 Satz 2, 44a Absatz 4 Satz 7 SGB XI.

Diese Meldepflicht besteht auch für Unfallversicherungsträger bei der Zahlung von Versorgungsabgaben aus Verletztengeld nach § 47a Absatz 2 SGB VII. Auf Grundlage der Gemeinsamen Grundsätze nach § 47a Absatz 2 Satz 2 SGB VII erfolgen die Zahlungen und Meldungen auftragsweise durch die Krankenkassen.

Der GKV-Spitzenverband und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) legen das Nähere zum elektronischen Meldeverfahren in diesen Gemeinsamen Grundsätzen fest.

Die Gemeinsamen Grundsätze sind durch das Bundesministerium für Gesundheit am 29. September 2021 genehmigt worden.

## Inhaltsverzeichnis:

1	Allgemeines	3
1.1	Beginn der Beitragszahlung	3
1.2	Ende der Beitragszahlung	3
1.3	Änderungen während der Leistungsgewährung	4
1.4	Unterbrechung des Leistungsanspruches	4
1.5	Beitragspflichtige Einnahme	4
1.6	Beitrag	5
2	Stornierung von Meldungen	5
3	Datenkommunikation	6
4	Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2022	6

## 1 Allgemeines

In der Meldung der Krankenkassen an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sind bei der Gewährung von Krankengeld nach §§ 44, 44a SGB V, Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V sowie der auftragsweisen Auszahlung von Verletztengeld und Kinderverletztengeld (§ 45 SGB VII)

- der Beginn der Beitragszahlung,
- das Ende der Beitragszahlung,
- die Höhe der beitragspflichtigen Einnahme und
- der zu zahlende Beitrag für das Mitglied

anzugeben (§ 47a Absatz 2 Satz 1 SGB V, § 47a Absatz 2 SGB VII).

Dies gilt nach § 44a Absatz 4 Satz 7 SGB XI auch für Meldungen von Pflegekassen an die zuständige Versorgungseinrichtung bei der Gewährung von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI. Dies gilt nach § 44 Absatz 2 Satz 2 SGB XI ebenso bei Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen nach § 44 Absatz 1 SGB XI mit der Maßgabe, dass zusätzlich Angaben zur Additionspflege und zur Mehrfachpflege erforderlich sind. Nachstehend erfolgen die näheren Bestimmungen zu den Meldetatbeständen.

### 1.1 Beginn der Beitragszahlung

Die Pflicht zur Abgabe der Meldung entsteht mit der Gewährung der Entgeltersatzleistung oder der Gewährung der Leistung zur sozialen Sicherung der Pflegeperson.

Der Beginn der Beitragszahlung ist mit dem Meldegrund 01 und einem Beginn-Datum zu melden. Als Beginn der Beitragszahlung gilt der erste Tag des Zeitraums, für den Beiträge gezahlt werden. Dies entspricht dem Tag, von dem an die Leistung gewährt wird. Es wird insoweit nicht auf den Beginn oder den Zeitpunkt der unbaren Beitragszahlung abgestellt.

In der Meldung sind die kalendertägliche beitragspflichtige Einnahme sowie der kalendertägliche Beitrag in Eurocent anzugeben.

### 1.2 Ende der Beitragszahlung

Das Ende der Beitragszahlung ist der letzte Tag des Zeitraums, für den Beiträge gezahlt werden. Dies entspricht dem Tag, an dem die Leistungsgewährung endet.

Das Ende der Beitragszahlung ist mit dem Meldegrund 02, dem Beginn-Datum der zuvor abgegebenen Beginn-Meldung und dem Ende-Datum zu melden. In der Ende-Meldung sind die kalendertägliche beitragspflichtige Einnahme sowie der kalendertägliche Beitrag in Eurocent anzugeben.

Es ist zulässig, den Beginn und das Ende des Gewährungszeitraumes in einer Meldung darzustellen. Die gleichzeitige Beginn- und Ende-Meldung erfolgt mit dem Meldegrund **03**.

### **1.3 Änderungen während der Leistungsgewährung**

Sofern sich Änderungen in der gemeldeten Höhe der beitragspflichtigen Einnahme und/oder des gemeldeten Beitrages ergeben (zum Beispiel Dynamisierung, Änderung des Pflegegrades oder Änderung der Art des Leistungsbezuges), sind zum Zeitpunkt, zu dem sich die Änderungen ergeben, eine Ende-Meldung mit den bisherigen Beitragswerten und eine Beginn-Meldung mit den neuen Beitragswerten abzugeben.

Sofern sich während des Leistungsbezuges Änderungen in den personenbezogenen Daten ergeben, entsteht keine Meldepflicht. Die geänderten personenbezogenen Daten sind bei der nächsten Meldung zu berücksichtigen.

### **1.4 Unterbrechung des Leistungsanspruches**

Bei einer Unterbrechung der Gewährung (zum Beispiel aufgrund eines temporären Ruhens oder bei Erkrankung der Pflegeperson) ist eine Ende-Meldung zum Zeitpunkt des vorübergehenden Wegfalls abzugeben. Bei erneuter Gewährung ist eine Beginn-Meldung abzugeben.

Dadurch wird sichergestellt, dass die berufsständische Versorgungseinrichtung auf Grundlage des angegebenen Meldezeitraumes und der kalendertäglichen beitragspflichtigen Einnahme sowie des kalendertäglichen Beitrags den von der Kranken- oder Pflegekasse gezahlten Betrag der Höhe nach überprüfen kann.

### **1.5 Beitragspflichtige Einnahme**

#### **Krankengeld**

Anzugeben ist der Ausgangswert, der für die Berechnung der Beiträge maßgeblich ist und sich aus § 166 Absatz 1 Nummer 2, 2b oder 2e SGB VI (je nach Art des Krankengeldes) unter Beachtung der jeweiligen für den Bezugszeitraum geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen allgemeinen Rentenversicherung ergibt.

Eine Anpassung (Dynamisierung) der Berechnungsgrundlage für das Krankengeld nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums nach § 70 Absatz 1 SGB IX hat eine Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen und damit eine Änderung des Beitrags zur Folge.

#### **Verletztengeld**

Hierbei handelt es sich um den Ausgangswert, der für die Berechnung der Beiträge maßgeblich ist und sich aus § 166 Absatz 1 Nummer 2, 2a oder 2e SGB VI (je nach Art des Verletztengeldes) und unter Beachtung der jeweiligen für den Bezugszeitraum geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen allgemeinen Rentenversicherung ergibt.

Eine Anpassung (Dynamisierung) der Berechnungsgrundlage für das Verletztengeld jeweils nach Ablauf eines Jahres ab dem Ende des Bemessungszeitraums nach § 70 Absatz 1 SGB IX hat eine Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen und damit eine Änderung des Beitrags zur Folge.

#### **Pflegeunterstützungsgeld**

Anzugeben ist der Ausgangswert, der für die Berechnung der Beiträge nach § 166 Absatz 1 Nr. 2f SGB VI gilt, begrenzt auf die für den Bezugszeitraum geltende Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen allgemeinen Rentenversicherung.

## **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Anzugeben ist der Ausgangswert, der in Abhängigkeit vom Pflegegrad der pflegebedürftigen Person und der Art der bezogenen Pflegeleistung für die Berechnung der Beiträge nach § 166 Absatz 2 SGB VI gilt. Bei Fällen der Mehrfachpflege (Pflege einer pflegebedürftigen Person von mehreren Pflegepersonen) oder Additionspflege (Pflege einer Pflegeperson bei mehreren pflegebedürftigen Personen) oder bei Fällen der kombinierten Mehrfach- und Additionspflege sind die Regelungen des § 166 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB VI zu beachten.

Die vorgenannten beitragspflichtigen Einnahmen sind in den Meldungen als kalendertäglicher Betrag anzugeben.

### **1.6 Beitrag**

Anzugeben in der Meldung für die Bezieher von Entgeltersatzleistungen ist der Beitragsanteil des Trägers und für Zwecke der berufsständischen Versorgungseinrichtung der fiktive Beitragsanteil des Versicherten unter Zugrundelegung der beitragspflichtigen Einnahme und unter Anwendung des jeweiligen für den Bezugszeitraum geltenden Beitragssatzes in der gesetzlichen allgemeinen Rentenversicherung.

Sofern bei Beziehern von Pflegeunterstützungsgeld für die pflegebedürftige Person ein Beihilfeanspruch besteht, wird als Trägeranteil der hälftige Beitrag angegeben.

Bei Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen reduziert sich die Angabe auf den von der Pflegekasse allein zu tragenden Beitrag; in diesen Fällen wird der Gesamtbeitrag als Trägeranteil angegeben. Sofern ein Beihilfeanspruch besteht, wird als Trägeranteil der hälftige Beitrag angegeben.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld, die Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes erhalten, wird der Beitrag in voller Höhe von der Krankenkasse gezahlt. In diesen Fällen wird der Gesamtbeitrag als Trägeranteil angegeben.

Die Beitragswerte sind in den Meldungen als kalendertäglicher Betrag anzugeben.

## **2 Stornierung von Meldungen**

Sobald festgestellt wird, dass eine Meldung zu Unrecht abgeben wurde, ist die Meldung zu stornieren. Sobald festgestellt wird, dass eine abgegebene Meldung fehlerhaft ist, muss diese korrigiert werden. Die Korrektur erfolgt durch Stornierung der fehlerhaften Meldung und zeitgleiche Abgabe der korrekten Meldung.

Es ist nicht zulässig, eine bereits abgegebene Meldung ohne vorherige Stornierung nochmals zu melden.

Sofern Meldungen auf Papier zu korrigieren sind, erfolgt eine Stornierung und Neumeldung grundsätzlich in Papierform. Bei innerhalb des elektronischen Meldeverfahrens zu korrigierenden Papiermeldungen erfolgt eine Stornierung in Papierform und eine Neumeldung in elektronischer Form.

### **3            Datenkommunikation**

Die Inhalte der Meldungen ergeben sich aus den Nachrichtentypen (Anlagen 1 bis 4). Maßgeblich für die Datenübertagung sind die XML-Schemata.

Die Meldungen werden von den Kranken- und Pflegekassen über deren Annahmestellen und dem GKV-Kommunikationsserver an die Annahmestelle der berufsständischen Versorgungseinrichtungen gesendet.

Für die Übermittlung der Daten sind die Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB IV sowie die Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

### **4            Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2022**

Das Meldeverfahren startet im Rahmen eines Pilotverfahrens mit ausgewählten berufsständischen Versorgungseinrichtungen und Kranken-/Pflegekassen zum 1. Juli 2022. Spätestens ab dem 1. Januar 2023 nehmen alle berufsständischen Versorgungseinrichtungen und Kranken-/Pflegekassen am elektronischen Verfahren teil.

Bis zur Umsetzung des elektronischen Meldeverfahrens gelten weiterhin die vereinbarten Meldevordrucke. Die Einzelheiten zum Papierverfahren ergeben sich aus der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbands und der ABV nach § 47a Absatz 2 Satz 2 SGB V zur Zahlung von Beiträgen für Bezieher von Krankengeld an berufsständische Versorgungseinrichtungen vom 14. Dezember 2016.

Papiermeldungen sind ab dem Zeitpunkt der Umsetzung des elektronischen Meldeverfahrens, spätestens ab dem 1. Januar 2023 unzulässig. Dies gilt nicht für Stornierungen von Papiermeldungen.

<b>Anlage 1</b>	<b>Nachrichtentyp „Krankengeld“</b>
<b>Anlage 2</b>	<b>Nachrichtentyp „Verletztengeld“</b>
<b>Anlage 3</b>	<b>Nachrichtentyp „Leistungen für Pflegepersonen“</b>
<b>Anlage 4</b>	<b>Nachrichtentyp „Pflegeunterstützungsgeld“</b>