Fragen- / Antwortenkatalog
zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren
(Meldungen zwischen Zahlstellen und Krankenkassen - ohne Beitragsnachweise)

Stand 21.04.2010

1 Grundlagen des Verfahrens
2 Verfahrensteilnehmer
3 Für wen melden
4 An wen melden
5 Was melden
6 Wann melden
7 Womit melden
8 Meldereaktionen

1 Grundlagen des Verfahrens

1.01
Frage: Was ist die rechtliche Grundlage für das maschinell unterstützte Zahlstellen-Meldeverfahren?

Antwort: Die rechtliche Grundlage ist § 202 (2) und (3) SGB V. Für die Umsetzung sind es die Grundsätze, gemeinsamen Rundschreiben und Besprechungsergebnisse der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung.

1.02
Frage: Welche Informationsquellen stehen zur Verfügung?

Antwort: Das maschinell unterstützte Zahlstellen-Meldeverfahren findet im Rahmen des Meldeverfahrens der Arbeitgeber an die Sozialversicherung statt. Die diesbezüglichen Verfahrensspezifikationen gelten in der jeweils aktuellen Fassung auch für die Meldungen zwischen Zahlstellen und Krankenkassen (dies schließt automatisch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein). Hauptsächlich sind dies:

- die Verfahrensspezifikationen im Internet bei „www.gkv-ag.de“ unter Grundlagen,
- das gemeinsame Rundschreiben zur „Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum *xxx*“ (aktuell zum 1. Januar 2009),
- die „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“ (aktuell gültig ab 1. Januar 2010),
- die „Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ (aktuell in der vom 1. Februar 2010 an geltenden Fassung),
- die „Verfahrensbeschreibung zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren (ZMV) – (aktuell mit Stand: 21. April 2010, Version 1.0).

Federführend für das maschinell unterstützte Zahlstellen-Meldeverfahren ist der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), Berlin. Auskünfte erteilen alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

1.03
Frage: Was ist eine Zahlstelle von Versorgungsbezügen?

Antwort: Die Eigenschaft einer Zahlstelle von Versorgungsbezügen ergibt sich aus der Zahlung von Versorgungsbezügen, die an eine frühere Erwerbstätigkeit anknüpfen. Die Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen gehören dazu [§ 229 (1) Satz 1 Nr. 3 SGB V]. Die Zahlstelleneigenschaft hängt nicht davon ab, dass die Zahlstelle an der „Zahlstellenverfahren“ genannten Beitragsermittlung und -abführung teilnimmt, von der sie sich im gegebenen Rahmen befreien lassen kann.

2 Verfahrensteilnehmer

2.01
Frage: Wer muss melden?

Antwort: Jede Zahlstelle von Versorgungsbezügen mit mindestens einem Versorgungsbezugsempfänger, der in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflicht-, Freiwillig- oder Familien-Versicherter ist [§ 202 (1) SGB V]. Die Meldungen können ab 01.01.2009 und müssen ab 01.01.2011 elektronisch erfolgen [§ 202 (2) SGB V].

Jeder Versorgungsbezugsempfänger, der in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflicht-, Freiwillig- oder Familien-Versicherter ist, muss seiner Zahlstelle seine Krankenkasse, einen diesbezüglichen Wechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzeigen [§ 202 (1) SGB V]. Versicherungspflichtige Versorgungsbezugsempfänger müssen ihrer Krankenkasse u.a. Beginn, Höhe und Veränderung sowie die Zahlstelle der Versorgungsbezüge melden (§ 205 SGB V), wobei dies relevant ist, wenn die Meldung nicht durch eine Zahlstelle erfolgen kann.

Jede gesetzliche Krankenkasse [§ 202 (1) SGB V]. Das maschinell unterstützte Meldeverfahren ist ein Meldedialog, den die Zahlstelle eröffnen muss. Erstattet die Zahlstelle ihre Meldungen elektronisch, muss – und nur dann kann – auch die Krankenkasse elektronisch melden [§ 202 (3) SGB V].

2.02
Frage: Wie werden die Verfahrensteilnehmer identifiziert?

Antwort: Die Krankenkasse wird durch ihre Betriebsnummer identifiziert.

Die Zahlstelle wird primär durch ihre Zahlstellennummer identifiziert – partiell auch durch ihre Betriebsnummer. Die Zahlstellennummer entstammt dem Betriebsnummernbereich 106nnnnn bis 108nnnnn. Die Vergabe erfolgt auf Antrag der Zahlstelle bei der für den ersten Versorgungsbezugsempfänger zuständigen Krankenkasse durch den

AOK Bundesverband
Geschäftsführungseinheit Services
Zentrale Beitragsabrechnung
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Die Zahlstellennummer gilt im Unterschied zur Betriebsnummer bundesweit, unabhängig vom Standort der Zahlstelle und dem Wohnort der Versorgungsbezugsempfänger.

Um den Krankenkassen die Kommunikation mit der Zahlstelle zu ermöglichen, muss die Zahlstelle ihre jeweils aktuellen Kommunikationsdaten (Anschrift, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail-Adresse und die Betriebs- bzw. Zahlstellennummer ihrer Meldestelle) den Krankenkassen melden, auch wenn keine anderen Meldeanlässe vorliegen (*siehe 5.01*).

Im Zahlstellen-Meldeverfahren wird der Versorgungsbezugsempfänger durch seine Krankenkassen- und Krankenversichertennummer, der Versorgungsbezug durch den Empfänger, die Zahlstelle und deren „Aktenzeichen“ sowie die Krankenkasse identifiziert. Eine separate Ermittlung der Krankenversichertennummer ist nicht erforderlich. Sofern die Krankenversichertennummer nicht vorliegt, muss die Meldung unter Verwendung der Datenbausteine DBNA (Name) und DBGA (Geburtsangaben) erfolgen, die eine weitergehende Verarbeitung innerhalb der Krankenkasse - bei fehlerfreier Übermittlung - sicherstellen).

Wechselt ein Schlüsselteil (z.B. durch Krankenkassenwechsel), endet der bisherige Versorgungsbezug als Meldevorgang im Zahlstellen-Meldeverfahren und wird mit neuem Schlüssel fortgesetzt.

2.03
Frage: Gibt es weitere Verfahrensteilnehmer?

Antwort: Da nur die Versicherungszweige Kranken- und Pflegeversicherung betroffen sind, bleibt es beim Meldedialog zwischen Zahlstelle und zuständiger Krankenkasse. Die Meldungen müssen von der Zahlstelle immer an die für diese Kassenart zuständige Datenannahme- und -weiterleitungsstelle (DAV) übermittelt werden. Weiterleitungen unter den DAVen sind nicht vorgesehen.

Ab 01.08.2010 (ab 01.07.2010 im Pilotbetrieb) soll auch die Möglichkeit geboten werden, den Meldedialog unter Einbeziehung des Kommunikationsservers (KomServer) der GKV zu führen. Dann kann die Zahlstelle ihre Meldungen zentral an den KomServer übermitteln und zentral von diesem die maschinell verwertbaren Meldungen der Annahmestellen und Krankenkassen abholen.

3 Für wen melden

3.01
Frage: Für wen muss gemeldet werden?

Antwort: Es muss für Versorgungsbezugsempfänger gemeldet werden,

die in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflicht-, Freiwillig- oder Familien-Versicherte sind.

Für diese muss - und nur für diese kann - gemeldet werden, d.h. die Meldung für andere (privat krankenversicherte Versorgungsbezugsempfänger) ist ausgeschlossen.

3.02
Frage: Muss auch gemeldet werden, wenn keine Beiträge zu erheben sind?

Antwort: Es muss für Versorgungsbezugsempfänger gemeldet werden, auf die die Antwort zu 3.01 zutrifft. Die Unterscheidung nach mit oder ohne Beitragserhebung beeinflusst die Meldepflicht und -möglichkeit nicht. Die Meldepflicht besteht unabhängig von der Beitrags(abführungs)pflicht.

4 An wen melden

4.01
Frage: An wen muss gemeldet werden?

Antwort: Gemeldet werden muss an die für den Versorgungsbezugsempfänger zuständige Krankenkasse (Zentrale, nicht Geschäftsstelle). Der Versorgungsbezugsempfänger muss seiner Zahlstelle seine Krankenkasse und einen diesbezüglichen Wechsel angeben.

In einer Meldedatei einer Zahlstelle dürfen nur Meldungen für Krankenkassen einer Kassenart enthalten sein. Zu übermitteln ist sie an die für diese Kassenart zuständige Datenannahme- und -weiterleitungsstelle (DAV). Weiterleitungen unter den DAVen sind nicht vorgesehen.

Die Zahlstelle kann allerdings ab 01.08.2010 (ab 01.07.2010 im Pilotbetrieb) alle Meldedateien an den Kommunikationsserver (KomServer) der GKV senden, der sie an die DAVen verteilt. Vom KomServer kann sie dann auch die maschinell verwertbaren Meldereaktionen der DAVen und Meldungen der Krankenkassen abholen.

4.02
Frage: Wie können die Betriebsnummern der zuständigen Krankenkasse und DAV ermittelt werden?

Antwort: Die erforderlichen Informationen werden von der ITSG unter www.gkv-ag.de bei „Beitragssätze, Betriebsnummern, DAV“ zur Verfügung gestellt. Ein DAV-Verzeichnis findet sich zudem als Anlage 17 des Rundschreibens zum DEÜV-Meldeverfahren

5 Was melden

5.01
Frage: Welche Meldungen müssen erstattet werden?

Antwort: Im maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren müssen
von der Zahlstelle bzw. deren Meldestelle gemeldet werden

für die Zahlstelle (zum Systemstart und bei Änderung)

- deren Meldestelle (Betriebs- oder Zahlstellennummer)

für die Meldestelle (zum Systemstart und bei Änderung)

- die Kommunikationsdaten (Anschrift, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail-Adresse)

für Versorgungsbezüge der betroffenen Versorgungsbezugsempfänger (*siehe 3.01*)

- Bestände (ggf. zum Systemstart und auf Anforderung durch die Krankenkassen)
- erstmalige Bewilligung/Wiederaufnahme eines Versorgungsbezugs
- Kapitalleistung oder Kapitalisierung eines Versorgungsbezugs
- auf Anforderung der Krankenkasse
    - Veränderung des Zahlbetrags eines laufenden Versorgungsbezugs
    - Wechsel des Aktenzeichens
- Wechsel der Zahlstelle
- Wegfall eines laufenden Versorgungsbezugs

von der Krankenkasse zum Beginn eines Versorgungsbezugs und bei Änderungen gemeldet werden

- Beginn und Umfang der Beitragspflicht
- Kennzeichen zur Beitragspflicht
- ggf. VB-max und Kennzeichen zu dessen Anpassung
- Beitragssatz KVdR
- Anforderung von Veränderungsmeldungen zum Zahlbetrag des laufenden Versorgungsbezugs
- Ende der Beitragspflicht (Kassenwechsel, ges. Rentenbezug, Mitgliedschaft GKV, Tod)

5.02
Frage: Können Testmeldungen vorgenommen werden?

Antwort: Ja, diese müssen die Dateinamen „TZAV0*999*“ haben (*999* steht für eine beliebige Nummer). Der Beginnbuchstabe „T“ unterscheidet die Testdaten von den Echtdaten, deren Dateiname den Beginnbuchstaben „E“ hat.

Die für die Testsendungen verwendeten Dateinummern beeinflussen den kontrollierten Nummernkreis grundsätzlich nicht (*siehe 5.09*). Sie können daher beliebig sein und werden bezüglich der Nummernkontrolle nicht beachtet.

Beispiele:
Erwartete Dateinummer vor der Testsendung 000123
Dateinummer der Testsendung 000123
Erwartete Dateinummer nach der Testsendung 000123

Erwartete Dateinummer vor der Testsendung 000123
Dateinummer der Testsendung 000001
Erwartete Dateinummer nach der Testsendung 000123

Erwartete Dateinummer vor der Testsendung 000123
Dateinummer der Testsendung 005432
Erwartete Dateinummer nach der Testsendung 000123

5.03
Frage: Mit welchen Betriebs-/Zahlstellennummern muss gemeldet werden?

Antwort: Zu unterscheiden ist nach der Verwendung für eine gesamte Datenlieferung und einen einzelnen Meldesatz (*siehe 5.08*). Hier am Beispiel einer Datenlieferung an die DAV der Krankenkasse per E-Mail.

Datenlieferung:

E-Mail-Betreff		
Dateiabsender (Zertifikatsinhaber)		
Auftragssatz (.AUF)		
Dateiabsender (Zertifikatsinhaber)	ABSENDER_EIGNER	
Dateiabsender	ABSENDER_PHYSIKALISCH	
Dateiempfänger	EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	(DAV)
Dateiempfänger (Entschlüsseler)	EMPFÄNGER_NUTZER	(DAV)
Vorlaufsatz (VOSZ)		
Dateiersteller	BBNRAB	
Dateiempfänger	BBNREP	(DAV)
Datensatz Kommunikation (DSKO)		
Dateiersteller	BBNRAB und BBNRER	
Dateiempfänger	BBNREP	(DAV)
Nachlaufsatz (NCSZ)		
Dateiersteller	BBNRAB	
Dateiempfänger	BBNREP	(DAV)

Meldesatz:

Zahlstellen-Meldung (DSVZ)		
Verursacher	BBNRVU	(Zahlstellennummer)
Abrechnungsstelle		
- wenn abweichend von BBNRVU	BBNRAS	(Dienstleister)
Datensatzersteller	BBNRAB	
Datensatzempfänger	BBNREP	(Krankenkasse)
Zuständige Krankenkasse	BBNRKK	(Krankenkasse)

5.04
Frage: Was muss als Versorgungsbezug gemeldet werden?

Antwort: Es muss immer der Brutto-Zahlbetrag ohne Begrenzung auf den VB-max in Euro und Cent gemeldet werden.

Bei laufenden Versorgungsbezügen muss der monatliche Zahlbetrag gemeldet werden, auch wenn die Auszahlung in anderen Zeiträumen erfolgt. Auch bei Teilmonaten ist immer der volle Monatsbetrag zu melden. Zusätzliche Einmalzahlungen (Sonderzahlungen) zu laufenden Versorgungsbezügen werden ebenfalls als laufende betrachtet, wodurch sich deren Höhe sowohl im Monat der Einmalzahlung als auch dem darauf folgenden ändert. Beiträge sind allerdings immer ausgehend vom tatsächlichen Zahlbetrag der Versorgungsbezüge zu erheben, abzuführen und bei Bestandsmeldungen anzugeben.

Bei Kapitalleistungen muss immer der Gesamtbetrag mit dem Zeitpunkt der (erstmaligen) Auszahlung gemeldet werden, auch wenn die Auszahlung in Raten erfolgt.

5.05
Frage: Was muss als Bestand gemeldet werden?

Antwort: Es muss der Bestand an Versorgungsbezügen im vorgegebenen Berichtsmonat (Stichtagsmonat) mit dem Grund = 4 gemeldet werden. Die Meldung muss unabhängig davon erfolgen, ob bereits eine Meldung über den Beginn oder das Ende mit Meldegrund = „1“ oder „3“ für den Berichtsmonat erstellt wurde.

Die Datumsangaben Beginn und Ende Versorgungsbezug müssen dabei im Berichtsmonat liegen. Fallen tatsächlich Beginn und/oder Ende in den Berichtsmonat, ist es das jeweilige Tagesdatum, andernfalls der 01. und Ultimo des Berichtsmonats.

Als Höhe des laufenden Versorgungsbezugs ist der für einen vollen Monat zustehende Brutto-Zahlbetrag zu melden, der auf den Berichtsmonat entfällt, auch wenn die Auszahlung in anderen Zeiträumen erfolgt, oder der Versorgungsbezug aufgrund des Umstandes, dass der Berichtsmonat ein Teilmonat ist, nicht in voller Höhe zur Auszahlung gelangt. Zusätzliche Einmalzahlungen (Sonderzahlungen) zu laufenden Versorgungsbezügen werden zwar ebenfalls als laufende betrachtet, bleiben bei Bestandsmeldungen jedoch unberücksichtigt.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind immer ausgehend vom tatsächlichen Zahlbetrag der Versorgungsbezüge zu erheben, abzuführen und bei Bestandsmeldungen anzugeben.

5.06
Frage: Was muss bei Kapitalleistung oder Kapitalisierung gemeldet werden?

Antwort: Als Kapitalleistung wird hier sowohl eine von vornherein vereinbarte Einmalzahlung als auch die (Teil)Kapitalisierung laufender Zahlungen bezeichnet.

Für die Kapitalleistung wird eine Beginnmeldung erwartet, die die Gesamtsumme der Kapitalleistung enthalten muss, auch wenn die Auszahlung in Raten erfolgt. Datumsangaben sind erforderlich für die Auszahlung bzw. deren Beginn bei (erstmaliger) Ratenzahlung und den Zeitraum mit Beginn und Ende, der 120 Monate oder weniger umfassen kann.

Für die Kapitalisierung muss unterschieden werden nach Teil- oder Gesamtkapitalisierung. Für beide sind zwei Meldungen erforderlich.
Bei der Gesamtkapitalisierung muss für den bisherigen laufenden Versorgungsbezug das Ende und für die Kapitalisierung analog der Kapitalleistung der Beginn gemeldet werden.
Bei der Teilkapitalisierung muss für den bisherigen laufenden Versorgungsbezug die Veränderung des Zahlbetrages und für die Kapitalisierung analog der Kapitalleistung der Beginn gemeldet werden, wobei für diesen Versorgungsbezug ein abweichendes Aktenzeichen bei der Zahlstelle verwendet werden muss, um die parallelen Versorgungsbezüge identifizieren zu können (*siehe 2.02*).

5.07
Frage: Was muss bei Storno, Korrektur, Veränderung oder Wechsel gemeldet werden?

Antwort: Beim Storno einer bereits abgegebenen Meldung muss diese durch eine gleichlautende Stornomeldung (mit Stornokennzeichen) aufgehoben werden. Für die Stornomeldung ist jedoch das aktuelle Erstelldatum zu verwenden. Eine Stornomeldung ist selbst nicht stornierbar. War sie unberechtigt, muss der vorherige Meldestand neu gemeldet werden (Inhalt der Stornomeldung ohne das Stornokennzeichen, wieder mit aktuellem Erstelldatum).

Bei der Korrektur einer bereits abgegebenen Meldung muss diese durch eine gleichlautende Stornomeldung aufgehoben und durch eine Neumeldung ersetzt werden. Bei beiden ist das aktuelle Erstelldatum zu verwenden. Für eine fehlerhafte Korrektur gelten wiederum Storno und Neumeldung.

Bei Veränderungen zu einem Versorgungsbezug mit einem Wirksamkeitsdatum nach dem Beginn muss eine Meldung mit dem Grund „Änderung“ erstattet werden. Sie enthält u.a. das Wirksamkeitsdatum. Ist die Veränderungsmeldung fehlerhaft, gelten dafür die Hinweise zu Storno oder Korrektur.

Ein Wechsel ist der Austausch des Schlüssels bzw. eines Schlüsselteils zur Identifikation eines Versorgungsbezugs (*siehe 2.02*). Dies sind die Krankenversichertennummer des Versorgungsbezugsempfängers, die Zahlstellennummer, das Aktenzeichen bei der Zahlstelle und die Betriebsnummer der Krankenkasse. Werden ein oder mehrere Teile gewechselt, sind Meldungen mit Ende für den bisherigen Schlüssel und Beginn mit dem neuen Schlüssel erforderlich. Zu beachten ist, dass die Wirksamkeitstage von Ende und Beginn unmittelbar aufeinander folgen. Ist eine Wechselmeldung fehlerhaft, gelten dafür die Hinweise zu Storno oder Korrektur.

Stornierungen/Korrekturen, Veränderungen sind maximal für die letzten vier abgeschlossenen Kalenderjahre (Verjährung) möglich. Meldungen, die sich nicht auf die Höhe und/oder den Zeitraum des Versorgungsbezugs beziehen, sind auf das laufende Kalenderjahr beschränkt.

5.08
Frage: Was wird je Meldevorgang übermittelt?

Antwort: Eine Datenlieferung kann mehrere Meldungen enthalten – auch von mehreren Zahlstellen für mehrere Krankenkassen einer Kassenart. Jede Sendung besteht aus zwei Dateien – dem Auftragssatz und den Nutzdaten, die immer paarweise übermittelt werden.

Der Auftragssatz entspricht einer Paketkarte zu der Nutzdatendatei und gibt u.a. Auskunft über Absender und Empfänger der Dateien, die Art der Meldungen, die Dateinummer, Verschlüsselungsart der Nutzdaten und eine E-Mail-Adresse für Meldereaktionen (*siehe 8.01*).

Während die Auftragssatzdatei (z.B. „EZAV0*999*.AUF“) unverschlüsselt übermittelt wird, sind die Nutzdaten durch Verschlüsselung und Signatur geschützt.

Die Nutzdatendatei enthält immer einen Vor- und Nachlaufsatz u.a. mit Angaben zu Ersteller und Empfänger der Datei, Art der Meldungen, Zeitpunkt der Erstellung, der Dateinummer (*siehe 5.09*) und der Anzahl der Datensätze dieser Sendung. Vor- und Nachlaufsatz werden jeder Sendung vom Meldeprogramm hinzugefügt.

Der erste Datensatz jeder Nutzdatendatei ist der Datensatz Kommunikation (DSKO), den das Meldeprogramm hinzufügt. Der DSKO enthält u.a. die Angaben des Erstellers, die es den Empfängern ermöglichen sollen, mit ihm zu korrespondieren wie Anschrift, Ansprechpartner, Anredeschlüssel, Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse und seine Wünsche bezüglich der Meldereaktionen (*siehe 8.01*).

Zwischen dem DSKO und dem Nachlaufsatz folgen die eigentlichen Meldesätze. Die Meldesätze enthalten u.a. Angaben zum Verursacher (Zahlstelle) und der Krankenkasse, an die die Meldung erstattet wird und den Meldesachverhalt.

Die Nutzdatendatei im Zahlstellen-Meldeverfahren ist als „Datensatzbeschreibung im maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren“ in der Anlage zu „Grundsätze zum maschinell unterstützten Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ spezifiziert.

5.09
Frage: Welche Bedeutung hat die Dateinummer?

Antwort: Die Dateinummer dient der Vollständigkeits- und Folgekontrolle (*siehe 8.01*). Durch sie soll gewährleistet werden, dass keine Sendung unbemerkt verloren geht und die Sendungen in der richtigen Reihenfolge abgearbeitet werden.

Die Dateinummer wird vom Meldeprogramm fortlaufend – beginnend mit 000001 – für die Kombination Ersteller/Meldeverfahren/Empfänger vergeben und im Vor- und Nachlaufsatz sowie dem Auftragssatz übermittelt. Die Dateinummer ist unabhängig von der Nummer im Dateinamen. Die Nummer im Dateinamen bietet eine rein nachrichtliche Unterscheidungsmöglichkeit.

Beispiele:

Dateiname	Ersteller/Meldeverf./Empfänger	Dateinummer
EZAV0123	12345678/AGDAZ/87654321	000001
EZAV0231	12345678/AGDAZ/87654321	000002
EZAV0321	12345678/AGDAZ/87654321	000003
EZAV0456	87654321/KVDAZ/12345678	000001
EZAV0564	87654321/KVDAZ/12345678	000002
EZAV0654	87654321/KVDAZ/12345678	000003

Eine Dateinummer gilt erst dann als verwertet (womit dann als nächste Meldedatei eine mit der Folgenummer erwartet wird – laut Beispiel dann 000004), wenn die Nutzdatendatei dazu (*siehe 5.08*) verarbeitet wurde.

Auf Anforderung des Empfängers müssen Meldedateien vom Absender gegebenenfalls erneut übermittelt werden. Für den Ersteller der Meldedateien ist es zudem wichtig, die Vergabe der Dateinummern und deren Beeinflussbarkeit zu kennen, um auch in Störfällen die lückenlose Dateinummerierung zu gewährleisten.

Ausfüllhilfen haben als Dateiersteller eigene Dateinummern.

6 Wann melden

6.01
Frage: Wann muss erstmalig gemeldet werden?

Antwort: Es muss erstmalig gemeldet werden, wenn die Zahlstelle den elektronischen Meldedialog mit den Krankenkassen aufnehmen will - spätestens jedoch zum 01.01.2011. Es muss eine Datei „EZAV0*999*“ an jede betroffene Krankenkasse übermittelt werden - „TZAV0*999*“ löst den Meldedialog nicht aus.

Die erste Datenlieferung muss die Kommunikationsdaten (DSKO – *siehe 5.08*) und zumindest eine Meldung beinhalten. Fällt keine an, kann eine dafür spezifizierte „Pseudo-Änderungsmeldung“ oder können Bestandsmeldungen verwendet werden. Als Meldegrund muss dafür = 4 (Bestandsmeldung) verwendet werden, da = 1 (Beginn) als weiterer Bezug gewertet werden kann (Mehrfachbezieher).

Mit der initialen Systemstartmeldung muss das bisherige Meldeverfahren unverzüglich eingestellt werden, da die Parallelität ebenfalls als Mehrfachbezug gewertet werden kann. Ab dem Systemstart sind ausschließlich elektronische Meldungen möglich, auch für Zeiträume vor dem Systemstart.

6.02
Frage: Wann muss laufend gemeldet werden?

Antwort: Zu unterscheiden ist zwischen den Bestands- und den Änderungsmeldungen zum Bestand.

Die erste Bestandsmeldung erfolgt ggf. auf Initiative der Zahlstelle zur Aufnahme des elektronischen Meldedialogs mit den Krankenkassen (*siehe 2.01 und 6.01*).

Weitere Bestandsmeldungen erfolgen auf Anforderung der Krankenkassen zu von diesen vorgegebenen Terminen – vorgesehen ist jährlich.

Für Änderungsmeldungen zum Bestand (auch Beginn und Ende) ist „unverzüglich“ vorgegeben. In der Praxis bedeutet dies für die Krankenkasse zu jeder Zeit, für die Zahlstelle mit der nächsten Abrechnung, spätestens am 5. Arbeitstag des Folgemonats.

6.03
Frage: Können Meldungen im Voraus erstattet werden?

Antwort: Ja, es sind sowohl bei den Meldungen der Zahlstelle an die Krankenkasse als auch der Krankenkasse an die Zahlstelle Datumsangaben zu Beginn, Änderung und Ende vorgesehen und diese können auch in der Zukunft liegen – ein Beginn jedoch maximal drei Monate.

Sollen der Krankenkasse z.B. Änderungen des laufenden Versorgungsbezugs gemeldet werden und wird eine Einmalzahlung (z.B. Weihnachtsgeld im November) geleistet, ist eine Änderungsmeldung für den November mit der Summe aus laufendem und einmaligem Versorgungsbezug und eine weitere Änderungsmeldung mit dem laufenden Versorgungsbezug ab Dezember zu erstatten. Beide können gleichzeitig übermittelt werden.

6.04
Frage: Können Meldungen im Nachhinein erstattet werden?

Antwort: Fehlermeldungen müssen durch eine gleichlautende Stornomeldung aufgehoben und durch eine Neumeldung ersetzt werden (*siehe 5.07*). Diese können in der Vergangenheit liegen.

Es können auch rückwirkende Meldungen erfolgen. So kann die Krankenkasse der Zahlstelle z.B. rückwirkend die Änderung der Beitragsabführungspflicht mitteilen.

Stornierungen/Korrekturen, Veränderungen sind maximal für die letzten vier abgeschlossenen Kalenderjahre (Verjährung) möglich. Meldungen, die sich nicht auf die Höhe und/oder den Zeitraum des Versorgungsbezugs beziehen, sind auf das laufende Kalenderjahr beschränkt.

Rückwirkende Korrekturen oder Änderungsmeldungen machen die „Aufrollung“ bereits erfolgter Abrechnungen und Meldungen mit entsprechenden Korrekturauswirkungen erforderlich.

7 Womit melden

7.01
Frage: Womit kann gemeldet werden?

Antwort: Der maschinell unterstützte Datenaustausch im Zahlstellen-Meldeverfahren darf nur mit systemgeprüften Programmen oder Ausfüllhilfen – durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung – erfolgen.

Die systemgeprüften Programme und Ausfüllhilfen können dem Verzeichnis „Entgeltabrechnungs-software“ bei „www.gkv-ag.de“ entnommen werden.

Für Abrechnungsprogramme, die ausschließlich Versorgungsbezüge abrechnen und melden, ist eine darauf reduzierte Systemuntersuchung vorgesehen. Abrechnungsprogramme, die Versorgungs-bezüge zusätzlich abrechnen und melden, müssen in ihre Systemuntersuchung das entsprechende Zusatzmodul einbeziehen.

Nimmt eine Zahlstelle nicht am Zahlstellenverfahren teil (Beitragsabrechnung und -abführung), benötigt ein zum Melden verwendetes Programm nur die systemgeprüfte Meldeleistung. Nimmt sie am Zahlstellenverfahren teil und will aus einem Programm melden, muss dieses über die systemgeprüfte Abrechnungs- und Meldeleistung verfügen.

7.02
Frage: Kann übergangsweise auch auf anderen Wegen oder mit anderen Mitteln gemeldet werden?

Antwort: Nein, diese Möglichkeit endet am 31.12.2010. Meldungen sind ab 01.01.2011 ausschließlich gemäß 7.01 möglich. Der Verfahrensvorlauf betrug gut zwei Jahre, so dass eine zusätzliche Übergangszeit nicht vorgesehen ist.

7.03
Frage: Ersetzt die Systemuntersuchung die Prüfung der Zahlstelle durch die Krankenkassen?

Antwort: Nein, die Systemprüfung bezieht sich auf das angewendete Programm, die Kassenprüfung auf die Anwendung.

8 Meldereaktionen

8.01
Frage: Welche Meldereaktionen sind möglich?

Antwort: Aus den Zahlstellenmeldungen können die aus dem DEÜV-Meldeverfahren bekannten Reaktionen resultieren. In diesem Verfahren sind allerdings ausschließlich elektronische Rückmeldungen vorgesehen (nur im Ersatzverfahren per Papier/Post).

Durch die Angabe im Datensatz Kommunikation (DSKO), den die Zahlstelle jeder Datenlieferung beifügt, gibt sie der DAV und der Krankenkasse vor, auf welchem Weg sie die Rückmeldungen und Meldungen der Krankenkasse erhalten will (als E-Mail Anhang oder durch Abholung über den KomServer).

8.02
Frage: Welche Meldereaktionen sind zwingend?

Antwort: Die Meldungen der Zahlstelle und der Krankenkassen sind anlassbezogen.

Eine zwingende Rückmeldung ergibt sich für die Krankenkasse aus jeder Beginnmeldung eines laufenden Versorgungsbezugs durch die Zahlstelle, zu der die Krankenkasse ebenfalls eine Beginnmeldung mit den Abwicklungsparametern liefern muss. Die Rückmeldungsüberwachung muss außerhalb des Meldeverfahrens durch die Zahlstelle erfolgen.

Eine zwingende Rückmeldung ergibt sich für die Zahlstelle aus der Anforderung der Krankenkasse, die außerhalb des Meldeverfahrens erfolgt, die Bestandsmeldung an Versorgungsbezügen innerhalb eines vorgegebenen Monats vorzunehmen.

8.03
Frage: Welche Bedeutung haben die Fehlerkennzeichen?

Antwort: Im Fehlerkennzeichen (DSVZ/FEKZ) wird angegeben, welcher Verfahrensteilnehmer die bei der Rückmeldung als Fehlerbausteine (DBFE) angefügten Fehler festgestellt hat.

Aktuell relevant sind nur = 0 (keine) und 2 (DAV). Fehlermeldungen durch die Krankenkassen (1) und Zahlstellen (5) sind für eine spätere Version geplant.

8.04
Frage: Was bedeutet VB-max Anpassung durch die Zahlstelle?

Antwort: Wenn die Krankenkasse feststellt, dass der Versorgungsbezugsempfänger neben der gesetzlichen Rente keinen weiteren Versorgungsbezug als den von der Zahlstelle gemeldeten bezieht und die Voraussetzungen für die Beitragserhebung und –abführung durch die Zahlstelle gegeben sind, teilt sie der Zahlstelle einmalig den VB-max mit und erwartet die weitere Anpassung durch die Zahlstelle (DBKZ/KENNZANPZ = J).

Zum 01.01. eines Jahres ist die Anpassung bei Änderung der Beitragsbemessungsgrenze zur KV/PV erforderlich, zum 01.07. die bei Änderung der gesetzlichen Rente. Um die Anpassung zum 01.07. vornehmen zu können, muss die Zahlstelle wissen, aus welchem Rechtskreis die gesetzliche Rente resultiert. Resultiert sie zu Teilen aus den Rechtskreisen West und Ost, kann die Anpassung durch die Zahlstelle nicht erfolgen. Sie muss die Krankenkasse veranlassen, die Anpassungsanweisung auf „N“ zu ändern und den VB-max auch künftig zu übermitteln (Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der KV- und RV-Träger vom 30./31.10.2001, TOP 9).