

Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren nach § 97 Absatz 4 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)

in der vom 1. Januar 2024 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 Absatz 4 Satz 3 SGB IV in diesen Grundsätzen.

Die „Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren nach § 97 Absatz 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 [25. August 2023](#) genehmigt worden.

Änderungen zur vorherigen Version werden im Dokument [in blauer Schriftfarbe](#) dargestellt.

Grundsätze zum Fehlerprüfungsverfahren nach § 97 Absatz 4 SGB IV

Inhaltsverzeichnis

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

1 Fehlerprüfungsverfahren

Die syntaktischen Fehlerprüfungen erfolgen in den einzelnen Fachverfahren auf Grundlage von Kernprüfprogrammen grundsätzlich bei den Annahmestellen der Krankenkassen/Einzugsstellen nach § 97 Absatz 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. [Die Dokumentation der Korrekturmaßnahmen des Erstellers der Krankenkassensoftware erfolgt in der Qualitätsmanagement-Datenbank](#) (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 [elektronische Meldungen](#), [Bescheinigungen](#) oder [Anforderungen](#) abgeben.

1.2 Inhalte der Fehlerprüfungen

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für das Arbeitgeber-Meldeverfahren, [die elektronischen Antrags- und Bescheinigungsverfahren zur Feststellung des anwendbaren Rechts auf Grundlage des zwischen- und überstaatlichen Rechts](#), das EEL-Verfahren und das Beitragsnachweisverfahren legen die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung fest.

Die Inhalte der Fehlerprüfungen für [die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung](#), [das elektronische Antrags- und Bescheinigungsverfahren für Unbedenklichkeitsbescheinigungen](#), das Zahlstellen-Meldeverfahren und das Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG legt der GKV-Spitzenverband fest.

1.3 Dokumentation der Fehlerprüfungen

[Die Inhalte der Fehlerprüfungen für die einzelnen Fachverfahren veröffentlicht der GKV-Spitzenverband unter \[www.gkv-datenaustausch.de\]\(http://www.gkv-datenaustausch.de\) \(Rubrik Arbeitgeberverfahren\).](#)

[Soweit es Fehlerprüfungen betrifft, die Grundlage der von der Datenstelle der Rentenversicherung nach § 36 Absatz 4 DEÜV zu erstellenden Kernprüfprogramme sind, werden diese zudem durch die „Koordinierende Stelle Kernprüfprogramme“ \(KoSKP\) dokumentiert und veröffentlicht.](#)

1.4.1 Maschinelle Dokumentation der Fehlerprüfungen

Alle Fehlerprüfungen sind zusätzlich in der Datenbankanwendung des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 28b Absatz 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. Diese Grundsätze können unter [www.gkv-datenaustausch.de/ Arbeitgeberverfahren/DataDictionary](http://www.gkv-datenaustausch.de/Arbeitgeberverfahren/DataDictionary) abgerufen werden.

1.5 Technische Umsetzung der Kernprüfprogramme

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

- Arbeitgeber-Meldeverfahren [einschließlich des Arbeitgeber-Beitragsnachweisverfahrens](#) durch die Datenstelle der Rentenversicherung,
- Beitragsnachweisverfahren [Zahlstellen durch den GKV-Spitzenverband - operative Umsetzung durch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau](#)
- Antrags- und Bescheinigungsverfahren zur Feststellung des anwendbaren Rechts auf Grundlage des zwischen- und überstaatlichen Rechts durch die Datenstelle der [Rentenversicherung](#),
- EEL-Verfahren durch den GKV-Spitzenverband - operative Umsetzung durch AOK-Bundesverband,
- Zahlstellen-Meldeverfahren durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- Antragsverfahren auf Erstattung nach dem AAG durch den GKV-Spitzenverband-operative Umsetzung durch BITMARCK,
- Verfahren der [elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung durch den GKV-Spitzenverband - operative Umsetzung durch vdek](#),
- Antrags- und Bescheinigungsverfahren UB (Unbedenklichkeitsbescheinigungen) durch den GKV-Spitzenverband - operative Umsetzung durch vdek.

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. [Die Ursache und die Behebung des Fehlers sind vom Software-Ersteller in der QM-Datenbank zu dokumentieren.](#)

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/[Einzugsstelle](#),
- 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 des [Anwendungsprogramms der Einzugsstelle](#)).

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. [Zudem erhält die ITSG einen Zugang zur QM-Datenbank, um die in der QM-Datenbank enthaltenen Daten im Rahmen der im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchzuführenden Systemprüfungen bei den Anwendungsprogrammen der Einzugsstellen auszuwerten.](#)

2.3 Speicherdauer

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