GKV-SPITZENVERBAND
BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT
DEUTSCHER LANDKREISTAG
DEUTSCHER STÄDTETAG

Gemeinsames Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) vom 14.07.2004 in der Fassung vom 11.02.2025,

gültig ab 01.07.2025

Nach § 203a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstatten die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweites Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) die zugelassenen kommunalen Träger die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a SGB V Versicherten (Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III sowie Bezieher von Bürgergeld nach dem SGB II) entsprechend der §§ 28a bis 28c Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV). Von den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 28b Abs. 2 SGB IV - werden diese Meldungen jedoch nicht unmittelbar erfasst.

Dieses Gemeinsame Rundschreiben trifft Festlegungen zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den zugelassenen kommunalen Trägern und den Krankenkassen für Bezieher von Arbeitslosengeld und von Bürgergeld (DÜBAK-Melde-verfahren). Darüber hinaus wird mit diesem Gemeinsamen Rundschreiben das Meldeverfahren nach § 312 Abs. 3 SGB III i. V. m. § 313a Abs. 2 SGB III sowie nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V beschrieben.

Inhaltliche Änderungen werden im Text und in den Anlagen mit blauer Schriftfarbe dargestellt.

Inhaltsverzeichnis

1. Verfahren bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) für Leistungsempfänger nach dem SGB III 3
1.1 Allgemeines 3
1.2 Verfahren bei der BA und den kommunalen Leistungsträgern für Leistungsempfänger nach dem SGB II 3
1.2.1 Allgemeines 3
1.3 Meldepflichtige Tatbestände 4
1.3.1 Anmeldungen 4
1.3.2 Abmeldungen 4
1.3.3 Änderungsmeldungen 5
1.3.4 Mitteilung von Sperr- und Ruhenszeiträumen 5
1.3.5 Bestandsmeldungen 5
1.4 Identifizierungsmerkmale 5
1.4.1 Versicherungsnummer 5
1.5 Stornierung von Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten 6
1.5.1 Stornierungsreihenfolge 7
1.6 Datenübermittlung 9
1.6.1 Übertragungsweg 9
1.7 Meldefristen 9
1.8 Grundsätze zur Kommunikation 10
1.9 Monatszusammenstellung 10
2. Verfahren bei den Krankenkassen 10
2.1 Rückmeldung zum Bestehen der Mitgliedschaft 10
2.1.1 Identifizierungsmerkmale 11
2.1.2 Stornierung einer Rückmeldung zum Bestehen einer Mitgliedschaft 11
3. Bescheinigung von Zeiten des Leistungsbezuges zur Feststellung von berücksichtigungsfähigen Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III im Rahmen des Datenaustausches nach § 313a Abs. 2 SGB III i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III 12
4. Verfahrensübergreifender Umgang mit Fehlerfällen 12
Anlagen 13

1. Verfahren bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) für Leistungsempfänger nach dem SGB III

1.1 Allgemeines

Nach § 203a SGB V erstatten die Agenturen für Arbeit die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V krankenversicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld oder von gleichgestellten Leistungen entsprechend der §§ 28a bis 28c SGB IV. Die Meldung zur Krankenversicherung schließt gemäß § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung mit ein.

Die BA entspricht ihrer Meldepflicht nach § 203a SGB V für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V krankenversicherungspflichtigen bzw. nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Leistungsbezieher durch Übermittlung personenbezogener Einzelmeldungen über Beginn und Ende des Leistungsbezuges im Rahmen der Leistungsgewährung. Die Meldungen gewährleisten ferner die Durchführung der Krankenversicherung während einer Sperrzeit sowie die Anwendung der Krankengeldruhensregelung in § 49 Abs. 1 Nr. 3 und 3a SGB V. Das Meldeverfahren wird grundsätzlich durch elektronische Datenübermittlung abgewickelt.

1.2 Verfahren bei der BA und den kommunalen Leistungsträgern für Leistungsempfänger nach dem SGB II

1.2.1 Allgemeines

Nach § 203a SGB V erstatten die BA und die kommunalen Leistungsträger die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V krankenversicherungspflichtigen Bezieher von Bürgergeld entsprechend der §§ 28a bis 28c SGB IV. Die Meldung zur Krankenversicherung schließt gemäß § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung mit ein.

Das Meldeverfahren wird durch elektronische Datenübermittlung abgewickelt. Das gilt sowohl für das Meldeverfahren mit der BA als Leistungserbringer nach § 6 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 44b SGB II als auch für das Meldeverfahren mit den zugelassenen kommunalen Trägern als Leistungserbringer nach § 6a SGB II.

1.3 Meldepflichtige Tatbestände

1.3.1 Anmeldungen

Anmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- Beginn des Leistungsbezugs (auch bei Wechsel der Leistungsartgruppe) mit Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V,

- Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezuges (eine Anmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird),

- Anmeldung wegen sonstiger Gründe, z.B. Weitergewährung einer Leistung nach Unterbrechung,

- Beginn der Sperrzeit-Krankenversicherung für Leistungsempfänger nach dem SGB III.

Im Übrigen sind die Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht vom GKV-Spitzenverband in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

1.3.2 Abmeldungen

Abmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- Beendigung des Leistungsbezugs (auch bei Wechsel der Leistungsartgruppe) bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. (Dies gilt auch bei einem Eintritt von Sanktionen und einem damit verbundenen vollständigen Ende des Leistungsbezugs.),

- Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs (Eine Abmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird.),

- Tod des Leistungsbeziehers (ungeachtet des Leistungsbezugs für den Todesmonat - zum Todestag),

- Abmeldung wegen sonstiger Gründe.

1.3.3 Änderungsmeldungen

Eine Änderung des Namens, des Vornamens, der Anschrift oder der Staatsangehörigkeit wird von der BA und den kommunalen Leistungsträgern nicht separat gemeldet.

Ändern sich die Staatsangehörigkeit, der Name oder die Anschrift im Zeitraum zwischen Anmeldung und Abmeldung, werden in der Abmeldung die geänderten Daten mitgeteilt.

1.3.4 Mitteilung von Sperr- und Ruhenszeiträumen

In den DÜBAK-Meldungen der BA werden für Leistungsempfänger nach dem SGB III auch Sperrzeiten und Ruhenszeiträume mitgeteilt. Jede Sperrzeit oder Ruhenszeit wird von der BA immer mit ihrem Gesamtzeitraum mitgeteilt, wenn sie bei Anmeldungen am Tag vor dem Versicherungsbeginn oder bei Abmeldungen am Tag nach dem Versicherungsende vorliegt. Darüber hinaus ist eine Sperrzeit zu melden, wenn sie innerhalb der Leistungsbewilligung liegt.

1.3.5 Bestandsmeldungen

Zur Abstimmung der Bestände der gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherten Mitglieder der Krankenkassen erstellen die BA und die kommunalen Leistungsträger für die Krankenkassen Bestandsmeldungen. Diese basieren auf der Grundlage des Datenbestandes für alle Versicherten, für die den Krankenkassen Anmeldungen vorliegen und bis einschließlich 31.08. des Jahres keine Abmeldungen erstellt wurden. Die Meldungen zur Bestandsabstimmung sind den Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen nach dem 31.08. des Jahres zu übermitteln. Bestandsmeldungen ersetzen keine An- oder Abmeldungen, die von der BA bzw. den kommunalen Leistungsträgern abzugeben sind.

Sofern beim endgültigen Empfänger der Meldung Unstimmigkeiten zu Bestandsdaten festgestellt werden, erfolgt eine bilaterale Klärung zwischen dem Empfänger und dem Absender der Meldung.

1.4 Identifizierungsmerkmale

1.4.1 Versicherungsnummer

Nach § 28a SGB IV ist in den Meldungen zur Sozialversicherung die Versicherungsnummer anzugeben. Dies gilt insofern auch für die Meldungen der BA respektive der kommunalen Leistungsträger. Ist dem Leistungsberechtigten die Versicherungsnummer nicht bekannt, haben die Leistungsträger diese unverzüglich zu ermitteln bzw. maschinell zu beantragen.

Nur in Ausnahmefällen können die kommunalen Leistungsträger für Leistungsempfänger nach dem SGB II Anmeldungen ohne Versicherungsnummer übermitteln.

1.4.2 Betriebsnummer des Verursachers des Datensatzes

Hier ist grundsätzlich die Betriebsnummer der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit bzw. des kommunalen Leistungsträgers anzugeben. Für Leistungsempfänger nach dem SGB III ist für Versicherte, bei denen die Versicherungspflicht zur Krankenversicherung nach dem 31.08.2017 eingetreten ist, hiervon abweichend die Betriebsnummer 76641777 einzutragen. Das Gleiche gilt für Leistungsempfänger nach dem SGB II, bei denen die Versicherungspflicht zur Krankenversicherung nach dem 31.12.2018 eingetreten und der Leistungsträger eine Agentur für Arbeit ist.

1.4.3 Betriebsnummer der zuständigen Agentur für Arbeit oder gemeinsamen Einrichtung

In diesem Element ist in Meldungen der BA seit dem 01.01.2019 die Betriebsnummer der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit einzutragen.

1.4.4 Betriebsnummer der zuständigen Krankenkasse

Hier ist die Betriebsnummer der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse einzutragen. Diese kann der Beitragssatzdatei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) entnommen werden.

1.5 Stornierung von Meldungen, Korrektur fehlerhaft übermittelter Daten

Anmeldungen und Abmeldungen sind durch den Leistungsträger zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten waren oder bei einer unzuständigen Krankenkasse erstattet wurden. Enthielt die Meldung unzutreffende Angaben, ist sie zu stornieren und neu zu erstatten.

Bei Stornierung einer Meldung sind die ursprünglich übermittelten Daten mit dem Kennzeichen = „J“ im Element „Stornokennzeichen“ zu übermitteln. Darüber hinaus sind das Element „Datum Erstellung“ und das Element „Datensatz-ID“ zu aktualisieren sowie die „Datensatz-ID der Ursprungmeldung“ anzugeben, sofern diese noch durch den Leistungsträger ermittelt werden kann.

Eine Änderung der Versicherungsnummer ist nur bei künftigen Meldungen zu berücksichtigen. Eine Korrektur von bereits mit einer abweichenden Versicherungsnummer übermittelten Meldung ist nicht vorzunehmen.

1.5.1 Stornierungsreihenfolge

- Die Stornierungen sind in umgekehrter Reihenfolge des gemeldeten Versicherungszeitraums zu erzeugen und zu übermitteln.

- Bei Stornierungen eines bereits abgeschlossenen Versicherungszeitraumes ist dabei zuerst die Abmeldung und anschließend die Anmeldung zu stornieren.

- Korrekturen einzelner Zeiträume lösen nicht eine Stornierung aller gemeldeten Zeiträume aus, sondern nur die Stornierung des zu korrigierenden Meldezeitraums.

- Sind mehrere Meldezeiträume zu stornieren, so sind die Stornierungen in umgekehrter Reihenfolge der Erstattungen der ursprünglichen Meldungen, beginnend mit der Abmeldung der letzten Meldezeit, durchzuführen.

- Sind nach der Stornierung mehrere Meldezeiten neu aufzubauen, so sind die Meldungen beginnend mit der Anmeldung der ersten (ältesten) Meldezeit zu übermitteln.

Beispiel 1:

Bezug einer Krankenversicherungspflicht auslösenden Leistung vom 01.01.20xx bis 31.03.20xx und anschließend vom 01.06.20xx bis 30.09.20xx. Am 15.10.20xx wird festgestellt, dass alle Meldungen zu stornieren sind.

Reihenfolge der zu Beginn und Ende der Leistungsbewilligung erzeugten Meldungen

1. Anmeldung 01.01.20xx

2. Abmeldung 31.03.20xx

3. Anmeldung 01.06.20xx

4. Abmeldung 30.09.20xx

Stornierung der Meldungen in folgender Reihenfolge

1. Stornierung Abmeldung 30.09.20xx
2. Stornierung Anmeldung 01.06.20xx
3. Stornierung Abmeldung 31.03.20xx
4. Stornierung Anmeldung 01.01.20xx

Beispiel 2:

Bezug einer Krankenversicherungspflicht auslösenden Leistung vom 01.02.20xx bis 31.03.20xx und anschließend vom 01.06.20xx bis 30.09.20xx. Am 15.10.20xx wird festgestellt, dass der erste Zeitraum nicht am 01.02.20xx, sondern am 01.01.20xx begann.

Reihenfolge der zu Beginn und Ende der Leistungsbewilligung erzeugten Meldungen

1. Anmeldung 01.02.20xx
2. Abmeldung 31.03.20xx
3. Anmeldung 01.06.20xx
4. Abmeldung 30.09.20xx

Stornierung der Meldungen in folgender Reihenfolge

1. Stornierung Abmeldung 31.03.20xx
2. Stornierung Anmeldung 01.02.20xx

Am 15.10.20xx: Reihenfolge der neu zu erzeugenden Meldungen

1. Anmeldung 01.01.20xx
2. Abmeldung 31.03.20xx

Soweit die Meldungen in einer Datei übertragen werden, sind diese nicht neu zu sortieren, sondern in der vorgenannten Reihenfolge zu liefern.

Eine Stornierung einer Anmeldung bzw. eines Meldezeitraums ist aufgrund

- der rückwirkenden Aufhebung der Entscheidung über den Bezug der Leistung,
- der Rückforderung der Leistung oder
- der Rückzahlung der Leistung

ausschließlich unter der Maßgabe des § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III bzw. § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II zulässig.

1.6 Datenübermittlung

Bei der elektronischen Übermittlung der Meldungen sind die Regelungen der Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 Abs. 1 SGB IV zu beachten. Die Datenübertragung zwischen der BA bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen erfolgt auf Grundlage von XML. Das maßgebliche XML-Schemata ist unter www.gkv-datenaustausch.de abrufbar.

1.6.1 Übertragungsweg

Die Meldungen der BA werden über eine gesicherte FTP Verbindung an die jeweilige Datenannahmestelle der zuständigen Krankenkasse übertragen. Bei Meldungen der kommunalen Leistungsträger erfolgt die Übermittlung via GKV-Kommunikationsserver.

1.7 Meldefristen

§ 203a SGB V bestimmt, dass die Meldungen entsprechend der §§ 28a bis 28c SGB IV erstattet werden.

Durch den damit vorgenommenen Bezug auf § 28c SGB IV greifen für die Fristen der Meldungen die in der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und übermittlungsverordnung – DEÜV) bestimmten Meldefristen entsprechend bzw. sinngemäß.

Damit ist eine Anmeldung durch die Leistungsträger spätestens innerhalb von sechs Wochen nach dem Beginn der Versicherungspflicht (vgl. § 6 DEÜV) und eine Abmeldung ebenfalls spätestens innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Versicherungspflicht (vgl. § 8 Abs. 1 DEÜV) zu erstatten.

1.8 Grundsätze zur Kommunikation

Die Krankenkassen, die Agenturen für Arbeit und die kommunalen Leistungsträger unterstützen sich gegenseitig unbürokratisch und zeitnah bei der Ermittlung der für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Daten. Differenzen in den jeweiligen Beständen werden bilateral geklärt. Sofern von den am Meldeverfahren Beteiligten Abweichungen zu den Festlegungen in diesem Rundschreiben festgestellt werden, ist der GKV-Spitzenverband zu informieren.

Sonstige schriftliche Anfragen an die in der Meldung angegebene Agentur für Arbeit für Leistungsempfänger nach dem SGB III werden ggf. an den Operativen Service weitergeleitet. Telefonische Anfragen werden vom Service-Center erledigt. Kann eine Anfrage nicht abschließend vom Service-Center beantwortet werden, so erfolgt der Rückruf durch den Operativen Service.

1.9 Monatszusammenstellung

Für jeden versicherten Leistungsbezieher werden die aufgrund der Zahlungen bzw. besonderen Anweisungen ermittelten Bemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen), der Beitragszeitraum und die entsprechenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge pro Überweisungstag für jeden Leistungsfall in einer separaten Datei, der sogenannten Monatszusammenstellung, dokumentiert. Diese Dokumentation kann für Prüfungen der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V genutzt werden. Abweichend zum Abschnitt 1.6 erfolgt die Datenübertragung in diesem Verfahren weiterhin in festen Datensatzstrukturen.

2. Verfahren bei den Krankenkassen

2.1 Rückmeldung zum Bestehen der Mitgliedschaft

Bei der Anmeldung eines Leistungsbeziehers nach dem SGB II respektive SGB III mit dem Abgabegründen 10 oder 11 erhalten die BA bzw. die kommunalen Leistungsträger ab dem 01.01.2023 eine elektronische Rückmeldung der Krankenkasse über das Bestehen der Mitgliedschaft. Die Rückmeldung zum Bestehen der Mitgliedschaft erfolgt mit der Datenfeldgruppe „Bestätigung Mitgliedschaft“.

Neben der Information zur Feststellung der Mitgliedschaft wird der Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft aufgrund des Bezuges von Leistungen nach SGB II bzw. SGB III oder eines

Krankenkassenwechsels angegeben. Die Angabe entspricht grundsätzlich dem Beginn-Datum der Anmeldung.

Bei einem Krankenkassenwechsel (Anmeldung mit GD 11) ist es möglich, dass in der Rückmeldung ein in der Zukunft liegendes Datum von der Krankenkasse angegeben wird, sofern z. B. aufgrund der noch nicht abgelaufenen Bindungsfrist die Mitgliedschaft bei der neu gewählten Krankenkasse zu einem späteren Zeitpunkt beginnt. In diesen Fällen sind die Ab- und Anmeldung von der BA bzw. dem kommunalen Leistungsträger zu stornieren und zu dem in der Rückmeldung der Krankenkasse angegebenen Datum erneut abzugeben.

Sofern in der Rückmeldung angegeben wird, dass keine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse besteht, erfolgt keine Angabe eines Zeitpunktes. In diesem Fall ist das Feld „abweichendes Beginn-Datum mit dem Wert „N“ zu übermitteln. Sofern der angefragten Krankenkasse die aktuell zuständige Krankenkasse bekannt ist, wird diese mit der Rückmeldung mitgeteilt.

Sofern die BA bzw. der kommunale Leistungsträger die Information erhält, dass eine Mitgliedschaft nicht besteht, muss die BA bzw. der kommunale Leistungsträger die Anmeldung stornieren, die korrekte Krankenkasse ermitteln und die Anmeldung erneut abgeben.

Die elektronische Bestätigung der Krankenkasse ist der Nachweis über die bestehende Mitgliedschaft. Weitere papiergebundene Mitgliedsbescheinigungen werden grundsätzlich nicht ausgestellt.

2.1.1 Identifizierungsmerkmale

In den Rückmeldungen der Krankenkassen sind neben der Versicherungsnummer zwingend die Datensatz-ID der Ursprungsmeldung sowie die Datenfeldgruppe Name aus der der Rückmeldung zugrunde liegenden Meldung zu übernehmen. Bei Rückmeldungen für Leistungsempfänger nach dem SGB II an die BA ist darüber hinaus die Bedarfsgemeinschaftsnummer aus der der Rückmeldung zugrunde liegenden Meldung zu übernehmen. Als weiteres Identifizierungsmerkmal für die kommunalen Leistungsträger ist zusätzlich die Datenfeldgruppe Anschrift zu übermitteln.

2.1.2 Stornierung einer Rückmeldung zum Bestehen einer Mitgliedschaft

Eine Rückmeldung zum Bestehen einer Mitgliedschaft ist zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten war. Enthielt die Rückmeldung unzutreffende Angaben, ist sie zu stornieren und ggf. neu zu erstatten.

Bei Stornierung einer Rückmeldung sind die ursprünglich übermittelten Daten mit dem Kennzeichen = „J“ im Element „Stornokennzeichen“ zu übermitteln. Darüber hinaus ist das Element „Datum Erstellung“ zu aktualisieren. Im Element „DATENSATZ_ID_URSPRUNG SMELDUNG“ in der Elementgruppe „STORNIERUNG“ ist die Datensatz-ID der ursprünglichen Rückmeldung der Krankenkassen anzugeben.

3. Bescheinigung von Zeiten des Leistungsbezuges zur Feststellung von berücksichtigungsfähigen Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III im Rahmen des Datenaustausches nach § 313a Abs. 2 SGB III i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III

Das Verfahren zur Anforderung und Übermittlung von Zeiten des Leistungsbezuges zur Feststellung von berücksichtigungsfähigen Versicherungszeiten nach § 313a Abs. 2 SGB III i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III haben die am Verfahren beteiligten Sozialversicherungsträger in einer gesonderten Verfahrensbeschreibung festgelegt; sie ist als Anlage 3 beigefügt.

4. Verfahrensübergreifender Umgang mit Fehlerfällen

Wurde eine Datei oder ein Datensatz aufgrund eines Fehlers abgewiesen, ist der Fehler zu beheben und die Datei bzw. der Datensatz fehlerfrei neu zu übermitteln. Für eine bilaterale Fehleranalyse zwischen der BA respektive den Optionskommunen und den Datenannahmestellen der Krankenkassen können die Kontaktdaten aus der Übersicht der Datenannahme- und Verteilstellen verwendet werden. Die Übersicht ist unter www.gkv-datenaustausch.de abrufbar.

Bei schwerwiegenden Fehlern (z. B. Parser Fehler) oder anderweitigen technischen Problemen, die eine Übermittlung oder Verarbeitung von Dateien über mehrere Arbeitstage verhindern, ist der GKV-Spitzenverband per E-Mail (duebak@gkv-spitzenverband.de) zu informieren, der die weitere Vorgehensweise mit den beteiligten Stellen koordinieren wird.

Es wird zwischen den nachfolgenden Fehlerfällen unterschieden:

Dateiablehnung (Parser Fehler/Schemavalidierung)

Eine gelieferte Datei wird vor der Prüfung/Verarbeitung beim Empfänger der Datei gegen das aktuell gültige XML- Schema (Anlage 6) geprüft. Im Fehlerfall wird die Datei vom Dateiempfänger abgelehnt und eine negative Quittierung an den Dateiersteller versendet. Die negative Quittierung enthält Informationen zu den identifizierten Fehlern.

Dateiabweisung

Eine Dateiabweisung resultiert aus einem schwerwiegenden Fehler, der die Datei betrifft, beispielsweise einem Dateifolgenummer-Fehler oder einem Fehlerfall aufgrund einer vPrüfung. In einem solchen Fall wird die gesamte Datei abgewiesen und dem Dateiersteller eine negative Quittierung gesendet. Die negative Quittierung enthält Informationen zu den identifizierten Fehlern.

Datensatzabweisung (Kernprüffehler)

Werden bei der Prüfung gemäß der Anlage 2 Fehler festgestellt, erfolgt keine Weiterleitung der fehlerhaften Datensätze. Die fehlerhaften Datensätze werden dem Dateiersteller mittels negativer Quittierung bereitgestellt.

Anlagen

1 Datensatzbeschreibung
2 Fehlerkatalog DÜBAK
3 Verfahrensbeschreibung für die Bescheinigung von Zeiten des Leistungsbezuges zur Feststellung von berücksichtigungsfähigen Versicherungszeiten gem. § 26 SGB III im Rahmen des Datenaustausches nach § 313a Abs. 2 SGB III i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III
4 Fragen- und Antwortenkatalog zur technischen Umstellung des DÜBAK-Meldeverfahrens in das XML-Format
5 Datensätze und Fehlerkatalog zur Monatszusammenstellung
6 XML-Schema