

11.04.2019

**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 11.04.2019, gültig ab 01.09.2019**

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 Arbeitslosengeld II 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 Arbeitslosengeld II (DÜBAK-Meldeverfahren).

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
1.6.2 Umgang mit fehlerhaften Datensätzen.....	9
1.7 Meldefristen.....	9
1.8 Grundsätze zur Kommunikation.....	9
1.9 Monatszusammenstellung.....	10

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 Krankengeldruhenregelung 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 Arbeitslosengeld II 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,

Sofern der Leistungsempfänger erstmalig bei einer Krankenkasse anzumelden ist, kann eine Anmeldung seitens des Leistungsträgers grundsätzlich nur erfolgen, wenn eine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vom Leistungsberechtigten vorgelegt wird.

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

Änderungen von Name, Vorname, Anschrift oder Staatsangehörigkeit (Abgabegründe 60, 61, 63) werden von der BA und den kommunalen Leistungsträgern nicht separat gemeldet.

Ändern sich Staatsangehörigkeit, Name oder Anschrift im Zeitraum zwischen Anmeldung und Abmeldung oder im Zeitraum zwischen Meldung und Stornierung, 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 (DBBA, Stellen 202 bis 209) und Ruhenszeiträume (DBBA, Stellen 108 bis 125) 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.

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. Die Versicherungsnummer ist grundsätzlich dem Sozialversicherungsausweis zu entnehmen. 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 Meldungen mit einer fiktiven Versicherungsnummer übermittelt werden, deren Aufbau in der Anlage 1 beschrieben ist.

1.4.2 Betriebsnummer des Verursachers des Datensatzes

Hier ist grundsätzlich die Betriebsnummer der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit bzw. dem kommunalen Leistungsträger 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 Feld ist in Meldungen der BA ab 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 Anmeldung müssen die in der Stornierungsmeldung angegebenen Daten und der Grund der Abgabe mit den Angaben der ursprünglich erstatteten Meldung übereinstimmen. Dabei sind im Datensatz DSBA (Meldung im DÜBAK-Verfahren) die Daten zur Steuerung im Feld „Datum Erstellung“ (Stellen 042 bis 061) zu aktualisieren.

Dem Datensatz DSBA folgt der Datenbaustein DBBA (Meldesachverhalt DÜBAK) oder der Datenbaustein DBBB (Meldesachverhalt - DÜBAK für Arbeitslosengeld II) mit dem Kennzeichen „Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung“ (Stelle 005, KENNZ-STORNO = J).

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 01.01.2020 bis 31.03.2020 und anschließend vom 01.06.2020 bis 30.09.2020. Am 15.10.2020 wird festgestellt, dass alle Meldungen zu stornieren sind.

Reihenfolge der zu Beginn und Ende der Leistungsbewilligung erzeugten Meldungen

1. Anmeldung 01.01.2020
2. Abmeldung 31.03.2020
3. Anmeldung 01.06.2020
4. Abmeldung 30.09.2020

Stornierung der Meldungen in folgender Reihenfolge

1. Stornierung Abmeldung 30.09.2020
2. Stornierung Anmeldung 01.06.2020

3. Stornierung Abmeldung 31.03.2020
4. Stornierung Anmeldung 01.01.2020

Beispiel 2:

Bezug einer Krankenversicherungspflicht auslösenden Leistung vom 01.02.2020 bis 31.03.2020 und anschließend vom 01.06.2020 bis 30.09.2020. Am 15.10.2020 wird festgestellt, dass der erste Zeitraum nicht am 01.02.2020, sondern am 01.01.2020 begann.

Reihenfolge der zu Beginn und Ende der Leistungsbewilligung erzeugten Meldungen

1. Anmeldung 01.02.2020
2. Abmeldung 31.03.2020
3. Anmeldung 01.06.2020
4. Abmeldung 30.09.2020

Stornierung der Meldungen in folgender Reihenfolge

1. Stornierung Abmeldung 31.03.2020
2. Stornierung Anmeldung 01.02.2020

Am 15.10.2020: Reihenfolge der neu zu erzeugenden Meldungen

1. Anmeldung 01.01.2020
2. Abmeldung 31.03.2020

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 SGB IV zu beachten.

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 Optionskommunen erfolgt die Übermittlung mittels E-Mail.

1.6.2 Umgang mit fehlerhaften Datensätzen

Für die Prüfung der übermittelten Datensätze sind die Fehlerprüfungen der Anlage 1 maßgebend. Sofern bei der Prüfung Fehler festgestellt werden, sind die fehlerhaften Datensätze postalisch an den Absender der Meldung zu übermitteln.

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.

Sonstige schriftliche Anfragen an die in der Meldung angegebene Arbeitsagentur 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.

Anlagen

- 1 Datensätze und Datenbausteine sowie Fehlerkatalog
- 2 Im DÜBAK-Verfahren zulässige Abgabegründe für den Datensatz DSBA
- 3 Übersicht möglicher Kombinationen des Abgabegrundes im Datensatz DSBA mit den Datenbausteinen
- 4 Schlüsselzahlen für Beitragsgruppen in den Meldungen nach der DÜBAK
- 5 Datensätze und Fehlerkatalog zur Monatszusammenstellung