

II. Voraussetzungen für die maschinelle Datenübertragung

1. Grundsätze

Wie unter I. bereits ausgeführt wurde, sind die Arbeitgeber ab 1.1.2006 verpflichtet, Meldungen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschinell erstellter Ausfüllhilfen zu erstatten.

Ausnahmen von der Verpflichtung, die Meldungen auf elektronischem Wege zu übermitteln, gibt es unter bestimmten Voraussetzungen für Beschäftigte im Haushalt (§ 28 a Abs. 6 a SGB IV). Der Arbeitgeber muss hier glaubhaft machen, dass ihm eine Meldung auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung nicht möglich ist.

Nach § 17 DEÜV sind die Daten im eXTra-Standard durch https zu übertragen. Die gültige Version ist in den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 95 SGB IV festgelegt. Eine Beschreibung des eXTra-Standards ist für jeden zugänglich und kostenfrei bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) abzurufen. Für den Einsatz von https sind die Anforderungen in den Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik zu berücksichtigen.

Abweichend hiervon hat die Zulassungsstelle (vgl. dazu die Ausführungen unter 6.) im Zulassungsbescheid Ausnahmen zu gestatten, wenn allgemein gebräuchliche Datenübertragungstechniken verwendet werden, die die gleiche Datensicherheit gewährleisten, und die Weiterverarbeitung durch die Annahmestelle wirtschaftlich zumutbar ist.

2. Systemuntersuchung

Die §§ 18 bis 22a DEÜV beschäftigten sich mit der sogenannten Systemprüfung. § 22 DEÜV bestimmt, dass Einzelheiten der Systemprüfung, insbesondere die Beteiligung der betroffenen Sozialversicherungsträger, die Zulassungsvoraussetzungen, die Übernahme, Prüfung und Korrektur von Daten und das Verfahren zur Weiterleitung der Daten durch die Spitzenverbände der Sozialversicherung einvernehmlich in gemeinsamen Grundsätzen geregelt werden. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

Es sind hier die „Gemeinsamen Grundsätze für die Untersuchung von Entgeltabrechnungsprogrammen und Ausfüllhilfen (Systemuntersuchung) und die Datenweiterleitung innerhalb der Sozialversicherung nach § 22 DEÜV“ vom 25.6.2015 in der derzeit geltenden Fassung zu beachten.

Die Grundsätze gelten für

- die Systemuntersuchung von Entgeltabrechnungsprogrammen
- die Prüfung von Ausfüllhilfen zur Übertragung von Meldungen und Beitragsnachweisen
- die Datenübermittlungen von Meldungen und Beitragsnachweisen und
- die Datenweiterleitung innerhalb der Sozialversicherung.

Die Grundsätze gelten auch für das besondere knappschaftliche Meldeverfahren sowie für das Meldeverfahren für in der Seefahrt beschäftigte Personen.

In Abschn. 1 der Gemeinsamen Grundsätze wird darauf hingewiesen, dass das automatisierte Melde- und Beitragsnachweisverfahren zwischen

- Arbeitgebern, Rechenzentren und vergleichbaren Stellen (zusammengefasst in den Grundsätzen als Arbeitgeber bezeichnet) und
- den beteiligten Krankenkassen

nach den §§ 28 a ff. SGB IV und der DEÜV voraussetzt, dass bestimmte Vorgänge aus systemuntersuchten Entgeltabrechnungsprogrammen automatisiert ausgelöst und erstellt werden.

Es handelt sich dabei um

- die Beitragsberechnung
- die meldepflichtigen Tatbestände
- die Meldungen und
- die Beitragsnachweise.

Sowohl die Meldungen, als auch die Beitragsnachweise sind per Datenübertragung zu übermitteln.

Voraussetzung für die Erstattung von Meldungen und Beitragsnachweisen im automatisierten Verfahren ist, dass

- die Stammdaten bei der Datenerfassung, spätestens jedoch jeweils vor der monatlichen Abrechnung, maschinell auf Zulässigkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft und als fehlerhaft erkannte Daten protokolliert und nicht in die Lohnunterlagen übernommen werden
- Daten nur übermittelt werden, wenn dem Arbeitgeber die melderelevanten persönlichen Daten des Beschäftigten vorliegen
- die Fehlzeiten/SV-Unterbrechungen maschinell verwaltet werden
- die SV-Tage maschinell ermittelt werden

- Rückrechnungen/Beitragskorrekturen mindestens bis zum April des Vorjahres programmgesteuert erfolgen
- nach Korrekturen von Entgelten oder abrechnungsrelevanten Stammdaten im Zeitrahmen der Rückrechnungstiefe und von März-Klauselfällen (es geht hier um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt) bereits abgerechneten Monate automatisch aufgerollt werden
- alle melderelevanten Daten aus maschinell geführten Lohnunterlagen entnommen werden
- alle Meldetatbestände maschinell erkannt, alle Meldungen maschinell ausgelöst, vollzählig erstattet und dokumentiert werden
- vor Erstattung der Meldungen und Beitragsnachweise die darin enthaltenen Stamm- und Abrechnungsdaten maschinell auf Zulässigkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft sind
- als fehlerhaft erkannte Meldedaten protokolliert und nicht übermittelt werden.

Die Inhalte der Systemuntersuchung sowie deren Durchführung werden von der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenkassen (ITSG) im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt bzw. durchgeführt. Die Rentenversicherungsträger sind beteiligt.

Wichtig: Die inhaltlichen Anforderungen an die Systemuntersuchung werden in einem durch die ITSG erstellten Pflichtenheft festgelegt.

Ziel der Systemuntersuchung ist es, vergleichbare Qualitäts-, Zuverlässigkeits- und Sicherheitsstandards nach den gesetzlichen Vorschriften sicherzustellen.

Eine Systemuntersuchung ist durchzuführen bei

- der Neuentwicklung eines Entgeltabrechnungsprogramms
- funktionaler Erweiterung eines Entgeltabrechnungsprogramms
- der Neuausrichtung zur komponentenorientierten Software
- der Änderung rechtlicher Grundlagen im Beitrags- und Melderecht
- mangelnder qualitativer Stabilität eines bereits systemuntersuchten Programms.

Ein Antrag auf Systemuntersuchung ist vom Software-Ersteller vor Einsatz des Programms beim Anwender an die ITSG, Postfach 50 01 52, 63094 Rodgau, zu richten.

Die Systemuntersuchung besteht aus

- der Systemprüfung
- den Pilotprüfungen und
- der ständigen Qualitätssicherung.

Bei der Systemprüfung werden die Beitragsberechnung und Beitragsabrechnung sowie die Ermittlung und Übermittlung der Meldedaten und der Beitragsnachweise nach den Vorgaben des Pflichtenheftes und anhand gemeinsamer Testaufgaben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger geprüft. Die Testaufgaben werden kontinuierlich weiterentwickelt.

Zusätzlich zur Systemprüfung muss bei erstmaliger Systemuntersuchung die Ordnungsmäßigkeit des Verfahrens und deren Praktikabilität durch Pilotprüfungen bei mindestens drei verschiedenen Programmanwendern (Arbeitgebern) nachgewiesen werden.

Die Pilotprüfung soll den Ist-Zustand der Anwendung auf der Grundlage von Echtdaten darstellen, wenn das Programm dort bereits mindestens drei Abrechnungsmonate zum Einsatz gekommen ist und eine möglichst hohe Zahl von Entgeltabrechnungen mit einem möglichst breiten Spektrum unterschiedlicher Meldearten vorliegt.

Wichtig: Für Eigenentwickler und Rechenzentren entfällt die Pilotprüfung.

Eine Systemuntersuchung ist abgeschlossen, wenn sowohl die Systemprüfung, als auch die Pilotprüfungen mit positivem Ergebnis durchgeführt wurden.

Die gesetzliche Krankenversicherung erteilt dem Software-Ersteller einen Bescheid über den erfolgreichen Abschluss der Systemuntersuchung und vergibt gleichzeitig das GKV-Zertifikat „systemuntersucht“.

Der Bescheid wird auf der Grundlage der geprüften Programmversion (geprüfte Module) erteilt. Ob das Entgeltabrechnungsprogramm auch weiterhin die Voraussetzungen für das maschinelle Melde- und Beitragsverfahren erfüllt, wird im Rahmen der ständigen Qualitätssicherung geprüft.

Für die maschinelle Identifizierung eines systemuntersuchten Entgeltabrechnungsprogramms vergibt die ITSG für den Programmnamen sowie für die geprüfte Version eine entsprechende Kennung (Prod-Mod-ID), die im Datensatz Kommunikation (DSKO) zu integrieren ist. Der DSKO ist bei jeder Datensendung mitzuliefern. Die Datenannahmestellen prüfen anhand des DSKO, ob maschinell übermittelte Meldungen und Beitragsnachweise aus systemuntersuchten Programmen herrühren.

3. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung setzt sich zusammen aus

- der Qualitätskontrolle und
- dem Qualitätsmanagement.

Die Qualitätskontrolle systemuntersuchter Entgeltabrechnungsprogramme erfolgt u. a. durch eine permanente Verarbeitung ausgewählter Testfälle beim Software-Ersteller.

Eine Qualitätskontrolle ist insbesondere erforderlich bei

- gesetzlichen Änderungen
- der Erweiterung der Entgeltabrechnungsprogramme um zusätzliche Module
- der Neuprogrammierung von sozialversicherungsrechtlichen Bestandteilen
- der Änderung der Datenbasis.

Die Ergebnisse werden anlassbezogen, mindestens einmal jährlich, von der ITSG bewertet. Der Software-Ersteller wird über den erfolgreichen Abschluss der Qualitätskontrolle schriftlich informiert und erhält für die geprüfte Programm-Version eine neue Prod-Mod-ID.

Bei einem negativen Ergebnis hat der Software-Ersteller unverzüglich das Entgeltabrechnungsprogramm zu bereinigen oder seine Anwender darüber zu informieren, dass mit diesem Programm nach Ablauf von drei Monaten eine Datenübertragung nicht mehr zulässig ist.

4. Prüfung von Ausfüllhilfen

Ausfüllhilfen dienen ausschließlich der maschinellen Übermittlung von manuell erfassten Meldungen und Beitragsnachweisen. Die inhaltlichen Anforderungen an eine Ausfüllhilfe werden in einem durch die gesetzliche Krankenversicherung erstellten Pflichtenheft festgelegt.

Die Inhalte der Prüfung einer Ausfüllhilfe werden von der ITSG im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt bzw. durchgeführt. Die Rentenversicherungsträger sind beteiligt. Dafür gelten bestimmte Voraussetzungen.

Die maschinelle Zuführung von Meldedaten und Beitragsnachweisen in Ausfüllhilfen ist nicht zulässig.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten einheitlich und kostenlos den Arbeitgebern eine Ausfüllhilfe an, die die Bezeichnung „SV-net“ trägt.

5. Grundsatzregeln zur Übermittlung von Daten zur und innerhalb der Sozialversicherung und Durchführung in der Praxis

5.1 Allgemeines

In der Begründung zum 5. SGB IV-ÄndG wird ausgeführt, dass die schnelle Entwicklung der Meldeverfahren zur sozialen Sicherung in den letzten Jahren dazu geführt hat, dass eine Reihe von Komponenten in den Meldeverfahren nicht ausreichend rechtlich abgesichert ist. Die Ausweitung der Verfahren jeweils auf der Datenübertragungsbasis nach der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV) auch auf weitere Melde-, Bescheinigungs-, Antrags- und neuerdings auch Betriebsprüfungsverfahren macht es – so der Gesetzgeber – notwendig, die damit entstandenen technischen Einrichtungen rechtlich abzubilden. Insbesondere ist es notwendig, die Aufgabenstellung und die zeitlichen Abläufe bei den bestehenden Annahmestellen und den Kommunikationsservern klarzustellen. Dabei geht es um Verfahren, in denen die Arbeitgeber entweder die Meldepflichtigen oder die Empfänger von Meldungen sind. Sie können in diesen Verfahren Dritte mit der Ausführung dieser Pflichten beauftragen, z. B. Steuerberater, Rechenzentren oder andere Dienstleister. Diese treten als meldende Stellen in den Verfahren auf, die letztendliche Haftung für die Erfüllung der Meldepflicht bleibt dabei aber immer beim Arbeitgeber selbst.

Um dies sicherzustellen, hat der Gesetzgeber durch das 5. SGB IV-ÄndG die §§ 96 bis 98 SGB IV geschaffen, die am 1. 1. 2016 in Kraft traten.

5.2 Gemeinsame Grundsätze Technik

Im Bereich der Sozialversicherungsträger kommt – so die Begründung zum Entwurf des 5. SGB IV-ÄndG – eine Vielzahl von elektronischen Medien und der entsprechenden Software zum Einsatz. Um einen reibungslosen elektronischen Datenverkehr zu sichern, ist es notwendig, bestimmte technische Grundlagen zu standardisieren. Dies geschieht durch den am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen § 96 SGB IV. Dadurch werden zum einen Übertragungsfehler vermieden, zum anderen Medienbrüche, wie z. B. das Ausdrucken und das manuelle Übernehmen von Informationen durch die Sachbearbeitung. Um die Festlegung dieser technischen Voraussetzungen verbindlich zu regeln, werden die bisher bestehenden Richtlinien durch Gemeinsame Grundsätze mit Genehmigung durch das BMAS nach Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. ersetzt. Die technischen Grundsätze müssen sich, soweit sie sich auf Verfahren mit Arbeitgebern oder anderen Meldepflichtigen beziehen, an den gesetzlichen Vorschriften des SGB IV und den entsprechenden Verordnungen orientieren.

Beschlossen werden die Gemeinsamen Grundsätze Technik durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Es werden hier in Gemeinsamen Grundsätzen die Standards für die elektronische Datenübermittlung an die oder innerhalb der Sozialversicherung insbesondere zur Verschlüsselung der Daten, zur Übertragungstechnik, zur Kennzeichnung bei Weiterleitung von Meldungen durch ein Referenzdatum und zu den jeweiligen Schnittstellen, festgelegt.

5.3 Kommunikationsserver

Um einen ungehinderten Transfer von Meldungen vom Arbeitgeber zu den Sozialversicherungsträgern und den Abruf von Meldungen durch den Arbeitgeber bei den Sozialversicherungsträgern zu ermöglichen, werden sog. Kommunikationsserver eingesetzt (§ 96 SGB IV). Dabei handelt es sich um reine Postverteilstellen, die allein den technischen Transport der Meldungen an die richtige Adresse sicherstellen. Eine Datenspeicherung wird hier nicht vorgenommen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung und die Datenstelle der Rentenversicherung betreiben jeweils einen Kommunikationsserver. Eingehende Meldungen der Arbeitgeber sind unverzüglich an die zuständige Annahmestelle weiterzuleiten. Der technische Eingang der Meldung ist zu quittieren.

Der Arbeitgeber hat Meldungen der Sozialversicherungsträger oder anderer öffentlicher Stellen nach dem SGB mindestens einmal wöchentlich von den Kommunikationsservern abzurufen und zu verarbeiten. Der Abruf ist durch den Arbeitgeber zu quittieren. Mit dem Empfang gelten die Meldungen als dem Arbeitgeber zugegangen. 30 Tage nach Eingang der Quittung sind diese Meldungen durch den Sozialversicherungsträger oder die andere öffentliche Stelle zu löschen. Erfolgt keine Quittierung, werden Meldungen 30 Tage nach der Bereitstellung zum Abruf gelöscht. Sonderregelungen gelten für die Ausnahmefälle, in denen Meldungen noch in Papierform erstattet werden (§ 28a Abs. 6 und 7 SGB IV).

5.4 Annahmestellen

Die Sozialversicherungsträger unterhalten für die aufwendigen technischen Prüfungen der angenommenen und weiterzuleitenden Meldungen jeweils Annahmestellen. Durch § 97 SGB IV wird klargestellt, dass die Träger solche Annahmestellen errichten dürfen und wo diese errichtet werden. Die Rentenversicherungsträger errichten Annahmestellen bei ihrer Datenstelle. Außerdem errichtet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-

See eine solche Annahmestelle. Das gilt auch für die berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Ein Sozialversicherungsträger kann durch schriftliche Vereinbarung einen anderen Sozialversicherungsträger mit dem Betrieb der Annahmestelle beauftragen (§ 97 Abs. 2 SGB IV).

Die erstannehmende Annahmestelle hat nach der Entschlüsselung der Daten diese innerhalb eines Tages an den Adressaten der Datenübermittlung weiterzuleiten (§ 97 Abs. 3 SGB IV). Mit der Weiterleitung erhält der Arbeitgeber eine Verarbeitungsbestätigung. Die Meldungen gelten damit als dem Adressaten zugegangen. Innerhalb eines Tages sind auch technisch fehlerhafte Meldungen mit einer Fehlermeldung durch Datenübertragung zurückzuweisen (§ 97 Abs. 4 SGB IV).

Die bisher in § 28b Abs. 1 SGB IV beschriebenen Aufgaben der Einzugsstellen wurden mit Wirkung ab 1. 1. 2016 nach § 98 SGB IV übertragen und um die Möglichkeit ergänzt, Aufgaben teilweise oder ganz auf eine Annahmestelle zu übertragen. Die Regelung soll ein durchgehend elektronisches Fehlerrückmeldeverfahren von den Fachverfahren zum Arbeitgeber sicherstellen. Dazu wird klargestellt, dass die fehlerhafte Meldung grundsätzlich vom Verursacher zu korrigieren ist. Ein Eingriff in die Meldung durch Dritte ist somit unzulässig. Um dies zu erreichen, unterzieht die Einzugsstelle die Meldung einer automatisierten inhaltlichen Prüfung im Abgleich mit ihren Bestandsdaten (Bestandsprüfung). Stellt sie in einer Meldung einen Fehler fest, hat sie diese Meldung innerhalb von drei Arbeitstagen nach Zugang der Daten durch Datenübertragung an den Meldepflichtigen zurückzuweisen. Dies gilt entsprechend für alle anderen Adressaten der Meldungen.

5.5 Durchführung in der Praxis

Nach § 18 DEÜV dürfen Arbeitgeber Meldungen und Beitragsnachweise nur durch Datenübertragung mittels zugelassener, systemgeprüfter Programme oder maschinell erstellter Ausfüllhilfen übermitteln. Dies gilt auch, wenn

- ein Rechenzentrum oder
- eine vergleichbare Einrichtung für mehrere Arbeitgeber oder für mehrere Betriebe eines Arbeitgebers
- die Lohn- und Gehaltsunterlagen führt.

Die unter 2. bereits behandelte Systemprüfung ist für maschinell geführte Lohn- und Gehaltsabrechnungsprogramme sowie für maschinell erstellte Ausfüllhilfen vor dem erstmaligen Einsatz zu beantragen. Der Antrag auf

Systemprüfung ist an die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam bestimmte Stelle zu richten.

Mit der Systemprüfung selbst beschäftigt sich § 20 DEÜV. Ergänzend zu den unter 2. gemachten Ausführungen ist zu beachten, dass über die Prüfung ein Protokoll zu erstellen ist. Dieses Protokoll ist bis zur Erteilung einer neuen Zulassung aufzubewahren.

Werden Programme für die Lohn- und Gehaltsabrechnung oder die Erstellung von Meldungen mit Auswirkungen auf die Verarbeitungsergebnisse verändert oder durch neue Programme ersetzt, ist vor ihrem Einsatz eine erneute Prüfung zu beantragen. Diese Prüfung kann auch in vereinfachter Form anhand von speziellen Testaufgaben durchgeführt werden.

Erfüllt ein Programm nicht die Voraussetzungen der Systemprüfung oder wird ein Programm verändert, ohne diese Änderung der prüfenden Stelle zur Prüfung vorzulegen, ist die Zulassung des Programms zu versagen oder unverzüglich zu entziehen.

Nach § 21 DEÜV erhält der Antragsteller das Prüfprotokoll und einen Zulassungsbescheid von einem Spitzenverband der Krankenkassen. Diese sind vom Antragsteller aufzubewahren. Die Zulassung legt die für die ordnungsgemäße Durchführung der Datenübertragung einzuhaltenden Voraussetzungen fest.

III. Allgemeine Grundsätze des Meldewesens

6. Zuständige Meldestelle

Der Arbeitgeber hat gem. § 28 a Abs. 1 SGB IV seine Meldungen bei der Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Beitrag zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) zu erstatten.

Zuständig für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrages ist die **Krankenkasse**, die die Krankenversicherung durchführt (§ 28 i SGB IV). Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um eine Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder um eine Ersatzkasse handelt. Für Beschäftigte, die bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, ist bezüglich Renten- und Arbeitslosenversicherung die Einzugsstelle zuständig, die hiervon vom Arbeitgeber aus den wählbaren Krankenkassen gewählt worden ist.

Seit 1.1.1996 sind die Mitglieder berechtigt, ihre Krankenkasse in bestimmtem Umfang frei zu wählen. Hier ist insbesondere auch § 175 Abs. 3 SGB V zu beachten. Danach ist das Wahlrecht Versicherungspflichtiger spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, hat der Arbeitgeber den Betreffenden bei einer wählbaren Krankenkasse anzumelden und ihn unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Nach § 173 Abs. 2 SGB V können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (freiwillig Versicherte) wählen

- die AOK des Beschäftigungs- und Wohnorts
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für die die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht (geöffnete Krankenkasse)
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Die Zuständigkeit einer zu wählenden AOK richtet sich – wie bereits erwähnt – nach dem Beschäftigungsort. Dabei handelt es sich um den Ort,