

Anlage 1
Technische Anlage
für die elektronische Abrechnung der digitalen Gesundheitsanwen-
dungen nach § 33a SGB V (elektronische Datenübermittlung)
zu der Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über
Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens von Digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a
SGB V

Stand:	30.07.2020
Version:	1.0
Gültig ab:	30.07.2020

1. HISTORIE	3
2. ALLGEMEINES	4
3. VORAUSSETZUNGEN	5
4. ABWICKLUNG DES DATENAUSTAUSCHS	6
4.1 Grundsätze.....	6
4.2 Übersicht über den technischen Ablauf des Datenaustauschs.....	6
4.3 Allgemeine Anforderungen an den Datenaustausch	6
4.4 Protokollierung.....	7
4.5 Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“	7
5. FREISCHALTCODE / REZEPTCODE	8
5.1 Allgemeines.....	8
5.2 Aufbau des Freischaltcodes / Rezeptcodes	8
5.3 Ausprägung des Freischaltcodes / Rezeptcodes	8
5.4 Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes	9
5.5 Fehlerausgaben	10
5.6 Performance und Verfügbarkeit der Technischen Schnittstellen der Krankenkassen	10
6. ABRECHNUNG	12
6.1 Allgemeines.....	12
6.2 Datenübermittlung	12
6.3 Rechnungsdatensatz.....	13
6.4 Fehlerverfahren	15
6.5 Verfügbarkeit der Krankenkassensysteme	15
7. TESTVERFAHREN	16
7.1 Freischaltcode / Rezeptcode	16
7.2 Abrechnung.....	16
8. ANHANG	17
Anhang 1: Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“	17
Anhang 2: Freischaltcode / Rezeptcode – Versionsangabe	17
Anhang 3: Freischaltcode / Rezeptcode – Berechnungsregel Prüfziffer	17
Anhang 4: Prüf- und Antwortdatensatz Freischaltcode / Rezeptcode	17
Anhang 5: Fehlerausgaben.....	17

Anlage 1

Technische Anlage für die elektronische Abrechnung der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V (elektronische Datenübermittlung)

1. HISTORIE

Version	Status	Datum	Autor/Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
1.0	Freigabe	30.07.2020	GKV-SV	alle	Ersterstellung

2. ALLGEMEINES

- (1) Die Anlage 1 (Technische Anlage) regelt die organisatorischen und technischen Sachverhalte des Abrechnungsprozesses in digitalisierter Form.
- (2) Diese Anlage wird nach der erstmaligen Erstellung unabhängig von der Richtlinie fortgeschrieben, sofern lediglich die technische Realisierung von Inhalten der Richtlinie betroffen ist. Der Stand der letzten Änderung ergibt sich jeweils aus dem Deckblatt.
- (3) Es gelten die "Gemeinsamen Grundsätze Technik" (GGT) nach § 95 SGB IV inklusive der Anlagen (www.gkv-datenaustausch.de).
- (4) Die Anforderungen gemäß UStG sind zu beachten.
- (5) Die Anforderungen gemäß DSGVO und gemäß § 67 ff. SGB X sind zu beachten.

3. VORAUSSETZUNGEN

- (1) Vor der erstmaligen Durchführung oder vor Änderung des Verfahrens kann die ordnungsgemäße Verarbeitung zwischen Absender und Empfänger durch ein Testverfahren sichergestellt werden. Sender und Empfänger koordinieren das Testvorgehen bilateral. Die technischen Kontaktadressen sind in der Mappingdatei Krankenkassenverzeichnis gemäß Kapitel 4.5.1 veröffentlicht.
- (2) Über die Datenübermittlung ist auf Sender- und Empfängerseite ein Protokoll zu führen. Dabei sind alle Schritte zu erfassen.
- (3) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte und fehlerfreie Datensätze übermittelt werden. Die Prüfung muss mindestens der Qualität einer XML-Schemaprüfung nach Abschnitt 5.5 und 6.4 entsprechen.
- (4) Der Absender hat die Datenübermittlung gemäß den vertraglichen Vereinbarungen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
- (5) Der Empfänger hat den Empfang der Daten zu bestätigen. Dies erfolgt durch die systemseitige Quittierung der fehlerfreien Datenübertragung.
- (6) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, die Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Die Datenübermittlung erfolgt analog der Inhalte, Struktur und Format der Erstlieferung. Jede erneute Datenlieferung hat ggf. eine erneute Terminsetzung (bspw. hinsichtlich des Zahlungsziels, welches ab dem Zeitpunkt des Zugangs einer mängelfreien Rechnung gilt, zur Folge.

4. ABWICKLUNG DES DATENAUSTAUSCHS

4.1 Grundsätze

- (1) Sämtliche technischen Spezifikationen zum Datenaustausch, zum Datenübertragungsverfahren, Zeichenvorrat etc. werden in der jeweils aktuellen Fassung auf www.gkv-datenaustausch.de veröffentlicht.
- (2) Der Abrechnungsprozess besteht aus zwei Teilprozessen:
 - I. Prüfung Freischaltcode / Rezeptcode, siehe Kapitel 5
 - II. Abrechnung, siehe Kapitel 6.

4.2 Übersicht über den technischen Ablauf des Datenaustauschs

- (1) Der Abrechnungsprozess besteht aus zwei Teilprozessen
 - I. Prüfung Freischaltcode / Rezeptcode
Die Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes erfolgt gegen die jeweilige Krankenkasse. Hierfür wird im Anhang 1 eine entsprechende Datei mit Kostenträgerinformationen veröffentlicht (siehe Mappingdatei, Kapitel 4.4). Die Krankenkasse meldet bei positiver Prüfung die Verordnungsdauer zurück. Freischaltcode / Rezeptcode und Verordnungsdauer bilden die Grundlage der Abrechnung.
 - II. Abrechnung
Für den Abrechnungsdatensatz ist der Standard XRechnung in der jeweils geltenden Fassung zu verwenden. Die in dieser Richtlinie ergänzenden Feldbelegungen sind neben dem XRechnungs-Standard verbindlich zu beachten.

4.3 Allgemeine Anforderungen an den Datenaustausch

- (1) Für beide Teilprozesse gelten folgende Anforderungen/Festlegungen:
 - I. Voraussetzung ist je logischem Absender/Empfänger ein eindeutiges Institutionskennzeichen.
 - II. Die Verantwortung für die Datensicherheit liegt beim Absender. Daher wird ein dem logischen Absender-İK zugehöriges, gültiges Verschlüsselungszertifikat verlangt, um die Dateien signiert und verschlüsselt zu versenden. Damit werden Authentizität und Integrität der Nachricht gewährleistet.
 - III. Der Absender übernimmt stets die Initiative für den Kommunikationsvorgang.

- (2) Übergangsverfahren für die Abrechnung

Bis zur vollständigen technischen Umsetzung des Abrechnungsprozesses können Krankenkassen bei Bedarf auch Rechnungen im ersten Schritt postalisch oder per E-Mail annehmen. Der jeweilige Annahmeweg ist in der im Anhang 1 veröffentlichten Datei mit den Kostenträgerinformationen hinterlegt.

4.4 Protokollierung

(1) Die Protokollierung muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner (Institutionskennzeichen)
- Zeitstempel im Format „yyyy-MM-dd HH:mm:ss“, basierend auf deutscher Zeit
- Prozesskennzeichen (Prüfung Freischaltcode / Rezeptcode / Abrechnung)
- Freischaltcode / Rezeptcode
- Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)

4.5 Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“

4.5.1 Allgemeines

(1) Die Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“ löst den im Freischaltcode / Rezeptcode enthaltenden Krankenkassencode / Rezeptcode auf und listet den jeweiligen API-Endpunkt der Krankenkassen sowie weitere zur Abrechnung notwendige Informationen, wie beispielsweise das Institutionskennzeichen der Krankenkasse, auf.

(2) Die Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“ wird als XML-Datei mit der Kodierung UTF-8 auf der Webseite <https://www.gkv-datenaustausch.de/diga> veröffentlicht.

(3) Für die Inhalte der Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“ sowie deren Aktualität sind die jeweiligen Krankenkassen verantwortlich.

4.5.2 Struktur der Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“

(1) Der Aufbau der Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“ inklusive der Codierung des Krankenkassencodes sowie der Informationen zur Abrechnung erfolgen gemäß den Festlegungen des Anhangs 1.

4.5.3 Aktualisierung der Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“

(1) Die Aktualisierung der Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“ erfolgt bei Bedarf quartalsweise. Es gelten folgende Fristen:

- I. Die Datei wird bei Bedarf jeweils ab dem 01.01., 01.04., 01.07., 01.10. gültig.
- II. Veröffentlicht wird die Datei mindestens 5 Werktage vor in Kraft treten.
- III. Anpassungen der Krankenkassen sind spätestens bis 15 Werktage vor in Kraft treten einzupflegen.

5. FREISCHALTCODE/ REZEPTCODE

5.1 Allgemeines

- (1) Der Freischaltcode/ Rezeptcode wird durch die Krankenkassen an die Versicherten ausgegeben.
- (2) Bei dem Freischaltcode / Rezeptcode handelt es sich um einen personenbeziehbaren Wert. Die Vorgaben gemäß DSGVO sind daher zu berücksichtigen.

5.2 Aufbau des Freischaltcodes / Rezeptcodes

- (1) Der Freischaltcode ist 16-stellig, die Eindeutigkeit ist auf 10 Jahre ab seiner Erstellung ausgelegt und wie folgt aufgebaut:

Krankenkassencode	Version	Krankenkassenindividueller Code	Prüfsumme
2-stellig	1-stellig	12-stellig	1-stellig
Siehe Anhang 1 Zeichensatz gemäß Base32 [A-Z und 2-7]	Siehe Anhang 2 Zeichensatz gemäß Base32 [A-Z und 2-7]	Zeichensatz gemäß Base32 [A-Z und 2-7]	Siehe Anhang 3 base32-check1 Verfahren

- (2) Der jeweilige Krankenkassencode ist verbindlich im Anhang 1 definiert.
- (3) Die Angabe der Version ist verbindlich in Anhang 2 definiert. Eine Versionsanpassung erfolgt bei Änderung der Berechnungsvorschrift.
- (4) Der krankenkassenindividuelle Code wird durch die jeweilige Krankenkasse verantwortet. Der Code muss den Anforderungen dieser TA genügen.
- (5) Für das base32check1-Verfahren gilt die Berechnungsregel gemäß Anhang 3.

5.3 Ausprägung des Freischaltcodes / Rezeptcodes

- (1) Der Freischaltcode / Rezeptcode ist verpflichtend als Zeichenkette auszugeben.
- (2) Der Freischaltcode / Rezeptcode kann zusätzlich optional als QR-Code im Standard vom 1. September 2006 – ISO/IEC 18004:2006 ausgegeben werden. Der QR-Code hat ausschließlich den Freischaltcode / Rezeptcode und keine weiteren Informationen zu enthalten.

5.4 Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes

5.4.1 Allgemeines

- (1) Der Freischaltcode / Rezeptcode ist 3 Monate nach Verordnungsausstellung bzw. ab Antragstellung durch den Versicherten bei der Krankenkasse gültig. Die Frist endet mit Ablauf des Monatstages, der dem Tag der Ausstellung entspricht. Beispiel: Ist bspw. die Verordnung am 6. Mai ausgestellt, endet die Gültigkeit des Freischaltcodes / Rezeptcodes am 6. August. Damit ist die Gültigkeit des Freischaltcodes / Rezeptcodes unabhängig von dem Zeitpunkt der Einreichung der Verordnung bei der Krankenkasse. Fehlt der entsprechende Monatstag, endet die Frist mit Ablauf des letzten Monatstages. Beispiel: Die Frist für den Freischaltcode / Rezeptcode, der am 30. November ausgestellt wurde, endet am 28. Februar.
- (2) Die Übermittlung der Anfrage zur Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes kann durch den Leistungserbringer an einen Dritten delegiert werden, der in diesem Fall als Absender auftreten muss.
- (3) Jeder Leistungserbringer muss sich eindeutig über ein Zertifikat authentifizieren, das eindeutig seinem Institutionskennzeichen zugeordnet ist. Es ist immer nur das jüngste Zertifikat zum Institutionskennzeichen gültig. Das Institutionskennzeichen des Absenders wird somit als Abrufkriterium zur Zuordnung der richtigen Rückmeldungen genutzt.

5.4.2 Datenübermittlung

- (1) Es ist ein Client-Zertifikat erforderlich. Hierbei handelt es sich um ein Zertifikat gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV (GGT).
- (2) Der Datenaustausch erfolgt über https mit einer Clientauthentifizierung via Internet. Die Verwendung des TLS-Client-Zertifikats für den Aufbau einer TLS-Verbindung zur jeweiligen Krankenkasse ist zwingend erforderlich.
- (3) Bei dem Server-Zertifikat handelt es sich um ein TLS-Server-Zertifikat, welches nur zur Verschlüsselung der Kommunikation eingesetzt wird. Das Server-Zertifikat kann sich – z. B. nach Ablauf des Gültigkeitszeitraums – ändern.
- (4) Die Anfrage zur Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes durch den DiGA-Hersteller erfolgt über eine technische Schnittstelle gemäß den Festlegungen der Anlage 19 der GGT. Die jeweiligen API-Endpunkte der Krankenkassen sind in der XML-Datei gemäß Kapitel 4.5.1 hinterlegt.
- (5) Als Verfahrenskennung ist in der Kommunikation gemäß GGT stets „EDFC0“ zu verwenden.

(6) Die Nutzdaten werden in Kapitel 5.4.3 beschrieben.

(7) Details sind in den Gemeinsamen Grundsätzen Technik nach § 95 SGB IV (GGT) geregelt. Diese sind in der jeweils aktuellen Fassung auf www.gkv-datenaustausch.de veröffentlicht.

5.4.3 Allgemeines zum Prüf- und Antwortdatensatz

(1) Die Datensatzbeschreibungen werden als XML-Schemata mit der Kodierung UTF-8 auf der Webseite <https://www.gkv-datenaustausch.de/diga> veröffentlicht. Der Zeichensatz wird auf den Standard „Lateinische Zeichen in Unicode“ eingeschränkt.

(2) Die Aktualisierung der Datensatzbeschreibungen erfolgt bei Bedarf. Ein Vorlauf von mindestens 6 Monaten wird angestrebt.

5.4.4 Struktur der Datensätze

(1) Der Aufbau des Prüf- und Antwortdatensatz-Freischaltcodes / Rezeptcodes erfolgt gemäß den Festlegungen des Anhangs 4.

5.5 Fehlerausgaben

(1) Die Fehlerausgaben erfolgen gemäß den Festlegungen des Anhangs 5

(2) Es sind grundsätzlich nur die darstellbaren Zeichen des Zeichensatzes zu verwenden. Eine Validierung der Datei ist hinsichtlich der Struktur und Syntax zu prüfen. Die Datei muss im Sinne der XML-Schema-Prüfung valide sein. Bei einer Schemaverletzung wird die gesamte Datei zurückgewiesen. Die Dateien gelten im Fehlerfall als nicht übermittelt und müssen korrigiert erneut übermittelt werden.

(3) In der Annahmestelle können über die Schemavalidierung hinaus weitere Prüfungen durchgeführt werden. Dabei können einzelne Felder auf plausiblen Inhalt geprüft (z. B. Datum) und/oder elementübergreifende Prüfungen und Schlüsselprüfungen durchgeführt werden. Für eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird eine qualifizierte Fehlernachricht erstellt und an den Absender übermittelt. Die Nachricht gilt als nicht übermittelt.

5.6 Performance und Verfügbarkeit der Technischen Schnittstellen der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassensysteme sind auf einen weitestgehend unterbrechungsfreien 24*7 Betrieb ausgelegt.

Anlage 1

Technische Anlage für die elektronische Abrechnung der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V (elektronische Datenübermittlung)

- (2) Hauptzeit ist Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr. Alle übrigen Stunden der Woche sind Nebenzeit. Bundeseinheitliche Feiertage werden wie Sonntage behandelt, alle übrigen Feiertage wie Werktage.
- (3) Wartungsfenster dürfen nur in der Nebenzeit liegen.
- (4) In der Hauptzeit ist mindestens eine Verfügbarkeit von 98 % und zur Nebenzeit von 90 % für alle Operationen der technischen Schnittstellen notwendig.
- (5) Die Bearbeitungszeit bezeichnet die Zeit, welche für die Ausführung einer Funktion, sei es auf Anwendungsfallebene oder auf Ebene einer Operation an den technischen Schnittstellen eines Produkttypen, anfällt.

Bearbeitungszeitvorgaben	
Mittelwert [msec]	95%-Quantil [msec]
10000	15000

6. ABRECHNUNG

6.1 Allgemeines

- (1) Verwendet wird der XRechnungs-Standard in der jeweils geltenden Fassung. Die verfahrensspezifischen Feldbelegungen sind in Kapitel 6.3 festgelegt.
- (2) Nur Einzelabrechnungen sind erlaubt. Unter Einzelabrechnung wird verstanden, dass je Rechnung nur ein Posten (= ein Freischaltcode / Rezeptcode) abgerechnet werden darf.
- (3) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte und fehlerfreie Datensätze übermittelt werden.

6.2 Datenübermittlung

- (1) Als Verfahrenskennung ist in der Kommunikation gemäß GGT stets „EDRE0“ zu verwenden.
- (2) Bis zur vollständigen technischen Umsetzung des Abrechnungsprozesses können Krankenkassen bei Bedarf auch die Rechnung im ersten Schritt postalisch oder per E-Mail annehmen. Der jeweilige Annahmeweg ist in der Mappingdatei Krankenkassenverzeichnis gemäß Kapitel 4.5 hinterlegt.

6.2.1 Elektronische Datenübermittlung via Technischer-Schnittstelle der Krankenkassen

- (1) Es ist ein Client-Zertifikat erforderlich. Hierbei handelt es sich um ein Zertifikat gemäß der Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV (GGT).
- (2) Der Datenaustausch erfolgt über https mit einer Clientauthentifizierung via Internet. Die Verwendung des TLS-Client-Zertifikats für den Aufbau einer TLS-Verbindung zur jeweiligen Krankenkasse ist zwingend erforderlich.
- (3) Bei dem Zertifikat handelt es sich um ein TLS-Server-Zertifikat, welches nur zur Verschlüsselung der Kommunikation eingesetzt wird. Das Zertifikat kann sich – z. B. nach Ablauf des Gültigkeitszeitraums – ändern.
- (4) Details sind in den Gemeinsamen Grundsätzen Technik nach § 95 SGB IV (GGT) geregelt. Diese sind in der jeweils aktuellen Fassung auf www.gkv-datenaustausch.de veröffentlicht.

6.2.2 Übergangsverfahren

- (1) Im Rahmen des Aufbaus des neuen Abrechnungsverfahrens werden folgende Übergangsverfahren zeitlich befristet ermöglicht:
 - a) Versand via Post

b) Versand via E-Mail

Die Übergangsverfahren sind bis zum 31.12.2021 anwendbar.

- (2) Digitale Rechnungen, die per E-Mail versandt werden, werden ausschließlich im Format des XRechnungs-Standards akzeptiert.
- (3) Für die Übermittlung per E-Mail gelten die Vorgaben des Anhangs 7 der Gemeinsamen Grundsätze Technik (GGT).
- (4) Im E-Mail-Versand dürfen Einzelabrechnungen in einer GZIP komprimierten Datei übersandt werden. Die GZIP-Datei darf 20 MB nicht überschreiten.

6.3 Rechnungsdatensatz

- (1) Die Vorgaben gemäß UStG sind einzuhalten.
- (2) Die Vorgaben gemäß XRechnung sind einzuhalten.
- (3) Es werden folgende Rechnungstypen gemäß Invoice type Code (Funktionstyp der Rechnung) unterstützt.

384 (Corrected invoice)	Bezug auf Original vorhergehende Rechnung oder Gutschrift muss gegeben werden (s. „PRECEDING INVOICE REFERENCE“ (BG-3))
877 (Final construction invoice)	Schlussrechnung

- (4) Darüber hinaus gelten folgende Festlegungen für alle zugelassenen Rechnungstypen:

l) XRechnung / Gruppe INVOICE LINE

Feldname	Beschreibung	Normierung
<i>Referenced purchase order line reference</i>	<p>Eine vom Erwerber ausgegebene Kennung für eine referenzierte Position einer Bestellung/eines Auftrags.</p> <p>Die Angabe des Freischaltcodes / Rezeptcodes ist für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse verpflichtend.</p>	Freischaltcode / Rezeptcode

II) XRechnung / Gruppe ITEM INFORMATION

Feldname	Beschreibung	Normierung
<i>Item name</i>	Ein Name des Postens. Die Angabe der DiGA Nummer gemäß des Verzeichnisses nach § 139e SGB V für digitale Gesundheitsanwendungen ist für die Abrechnung gegenüber Krankenkasse verpflichtend.	Eindeutige DiGA Nummer
<i>Item description</i>	Eine Beschreibung des Postens. Die Angabe des DiGA Namens ist für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse verpflichtend.	DiGA Name
ITEM ATTRIBUTES	Eine Gruppe von Informationselementen, die Informationen über die Eigenschaften der in Rechnung gestellten Waren und Dienstleistungen liefern. (Name/Value) Die Angabe der Verordnungsdauer ist für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse verpflichtend.	Verordnungsdauer

III) XRechnung / Gruppe SELLER/BUYER

Feldname	Beschreibung	Normierung
<i>Seller identifier</i>	Eine (i. d. R. vom Erwerber vergebene) Kennung des Verkäufers, wie z. B. die Kreditorenummer für das Mittelbewirtschaftungsverfahren oder die Lieferantenummer für das Bestellsystem. Die Angabe des Institutionskennzeichens ist für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse verpflichtend.	Institutionskennzeichen
<i>Buyer identifier</i>	Eine (i. d. R. vom Verkäufer vergebene) Kennung des Erwerbers, wie z. B. die Debitorenummer für	Institutionskennzeichen

die Buchhaltung oder die Kundennummer für die Auftragsverwaltung.	
Die Angabe des Institutionskennzeichens ist für die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse verpflichtend.	

6.4 Fehlerverfahren

- (1) Es sind grundsätzlich nur die darstellbaren Zeichen des Zeichensatzes zu verwenden. Eine Validierung der Datei ist hinsichtlich der Struktur und Syntax zu prüfen. Die Datei muss im Sinne der XML-Schema-Prüfung valide sein. Bei einer Schemaverletzung wird die gesamte Datei zurückgewiesen. Die Dateien gelten im Fehlerfall als nicht übermittelt und müssen korrigiert erneut übermittelt werden.
- (2) In der Annahmestelle können über die Schemavalidierung hinaus weitere Prüfungen durchgeführt werden. Dabei können einzelne Felder auf plausiblen Inhalt geprüft (z. B. Datum) und/oder elementübergreifende Prüfungen und Schlüsselprüfungen durchgeführt werden. Für eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird eine qualifizierte Fehlernachricht erstellt und an den Absender übermittelt. Die Nachricht gilt als nicht übermittelt.
- (3) Weitergehende nachgelagerte fachliche Prüfungen der Krankenkassen werden individuell durchgeführt. Bei fachlichen Fehlern wird der DiGA-Hersteller über den Fehler informiert, so dass dieser eine Korrekturrechnung übermitteln kann. Gemäß XRechnungs-Standard wird eine Korrekturrechnung (Typ 384) unterstützt.

6.5 Verfügbarkeit der Krankenkassensysteme

- (1) Die Krankenkassensysteme sind auf einen weitestgehend unterbrechungsfreien 24*7 Betrieb ausgelegt.
- (2) Hauptzeit ist Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr. Alle übrigen Stunden der Woche sind Nebenzeit. Bundeseinheitliche Feiertage werden wie Sonntage behandelt, alle übrigen Feiertage wie Werktage.
- (3) Wartungsfenster dürfen nur in der Nebenzeit liegen.
- (4) In der Hauptzeit ist mindestens eine Verfügbarkeit von 98 % und zur Nebenzeit von 90% für alle Operationen der technischen Schnittstellen notwendig.

7. TESTVERFAHREN

7.1 Freischaltcode / Rezeptcode

- (1) Vordefinierte Testdaten werden zum Download angeboten. Damit kann gegenüber der jeweiligen Schnittstelle der Krankenkasse eine Anfrage zur Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes getestet werden. Die Testdaten umfassen sowohl einen positiven Testfall als auch negative Testfälle mit der Rückgabe eines fachlichen Fehlers.
- (2) Als Verfahrenskennung ist in der Kommunikation für die Tests der Anfrage zur Prüfung des Freischaltcodes / Rezeptcodes „TDFC0“ zu verwenden.

7.2 Abrechnung

- (1) Der Standard XRechnung bietet folgende Testtools zur Nachnutzung an:
 - *Technische Umsetzung der Geschäftsregeln des Standards XRechnung*: Die technischen Mittel zur Validierung der ergänzenden nationalen Geschäftsregeln stehen als Schematron- und XSL-Dateien zur Verfügung.
 - *Genericode-Dateien*: Technische Repräsentation von Codelisten im OASIS-Standard „Genericode 1.0“.
 - *Java-Prüftool*: Open Source-Referenzimplementierung zur Prüfung eines XML-Dokuments auf Konformität zum Standard XRechnung.
 - *Testsuite*: Bereitstellung von Testfällen zu Beispielrechnungen sowie von Referenznachrichten.
- (2) Die Prüfung auf KoSIT und Schema-Konformität sind zwingend durchzuführen.
- (3) Als Verfahrenskennung ist in der Kommunikation für die Tests der Übermittlung einer Abrechnung „TDRE0“ zu verwenden.

Anlage 1

Technische Anlage für die elektronische Abrechnung der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V (elektronische Datenübermittlung)

8. ANHANG

Anhang 1: Mappingdatei „Krankenkassenverzeichnis“

Anhang 2: Freischaltcode / Rezeptcode – Versionsangabe

Anhang 3: Freischaltcode / Rezeptcode – Berechnungsregel Prüfziffer

Anhang 4: Prüf- und Antwortdatensatz Freischaltcode / Rezeptcode

Anhang 5: Fehlerausgaben