

26.04.2022

Fragen- und Antwortenkatalog zur technischen Umstellung des DÜBAK-Meldeverfahrens in das XML-Format

Einleitung

Ab dem 1. Januar 2023 wird das DÜBAK-Meldeverfahren von festen Datensätzen auf das XML-Format umgestellt. Gleichzeitig wird das Bescheinigungsverfahren nach § 313a Abs. 2 SGB III i. V. m. § 312 Abs. 3 SGB III in das DÜBAK-Meldeverfahren implementiert.

Mit diesem Fragen- und Antwortenkatalog zur technischen Umstellung des DÜBAK-Meldeverfahrens in das XML-Format veröffentlichen der GKV-Spitzenverband, die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag in Ergänzung zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen“ die nachstehenden Fragen und Antworten als Verständnishilfe für die technische Umsetzung bei den Verfahrensbeteiligten.

Inhaltsverzeichnis

Fragen und Antworten zum/zur:

1. Umsetzungstermin	3
2. Kodierung XML-Nutzdaten	3
3. Anbindung	3
4. Sortenreine Lieferung	4
5. Lastensteuerung.....	4
6. Dateiname.....	4
7. Verfahrenskennung	5
8. Dateifolgenummer	5
9. Transfervummer	6
10. Tracking-ID.....	7
11. Versionsnummer	7
12. Datensatz-ID Ursprungsmeldung.....	8
13. Quittierung.....	8
14. Fehlerverfahren	8
15. Stornierungsverfahren	12
16. Bestandsmeldungen.....	12
17. Testverfahren	13
Anlagen.....	13

1. Umsetzungstermin

Frage 1.1:

Wann erfolgt die letzte Datenlieferung in festen Datensatzstrukturen und wann die erste Lieferung im XML-Format?

Antwort:

Die letzte Datenlieferung in festen Datensatzstrukturen erfolgt spätestens am 23. Dezember 2022 und die erstmalige Lieferung von Daten in der XML-Struktur frühestens am 2. Januar 2023.

2. Kodierung XML-Nutzdaten

Frage 2.1:

In welchen Zeichensätzen werden die XML-Dateien mit den Nutzdaten kodiert?

Antwort:

Die Kodierung erfolgt mit dem Zeichensatz ISO 8859-1. Eine Umstellung auf UTF-8 wird perspektivisch erfolgen.

3. Anbindung

Frage 3.1:

Sollen BA-Kommserver und die Weiterleitungsstellen direkt miteinander Daten austauschen?

Antwort:

Die Anbindung erfolgt mittels sFTP.

Frage 3.2:

Welche Betriebsnummer ist von der BA und den Optionskommunen als Empfänger der Datenlieferung anzugeben?

Antwort:

Im Vorlaufsatz ist die Betriebsnummer der zuständigen Datenannahmestelle der Krankenkasse (vgl. Anlage 17 zum gemeinsamen Rundschreiben „Gemeinsames Meldeverfahren“) und im fachlichen Datensatz die Betriebsnummer der zuständigen Krankenkasse anzugeben.

Frage 3.3:

Soll die Datenlieferung an den Empfänger mit Entschlüsselungsbefugnis erfolgen?

Antwort:

Die Datenlieferung an den Empfänger hat mit Entschlüsselungsbefugnis zu erfolgen.

Frage 3.4:

Wie erfolgt die Datenübertragung zwischen den Optionskommunen und den Weiterleitungsstellen.

Antwort:

Die Datenübertragung erfolgt über den GKV-Kommunikationsserver

4. Sortenreine Lieferung

Frage 4.1:

Kann die BA Meldungen sortenrein (getrennt nach Meldungen ALG I, Meldungen ALG II und Anfragen zum Bescheinigungsverfahren) liefern?

Antwort:

Nein, die eingehenden Meldungen sind von den Krankenkassen zu sortieren.

5. Lastensteuerung

Frage 5.1:

Welche möglichen Engpässe gibt es bei der Datenübermittlung?

Antwort:

Die Dateigröße sollte 50 MB nicht überschreiten und ist daher im Schema auf die Anzahl von 5000 Meldungen pro Datei beschränkt.

Frage 5.2:

In welchem Intervall sollten DÜBAK-Meldungen von der BA übermittelt werden?

Antwort:

Die Meldungen sollten als gebündelte XML Dateien stündlich bzw. bei Erreichen der Meldungsanzahl im bisherigen KKS Format übermittelt werden.

6. Dateiname

Frage 6.1:

Wie wird der Dateiname gebildet?

Antwort:

Analog den übrigen Verfahren vgl. Gemeinsamen Grundsätze Technik (GGT). Für eine Meldung der Bundesagentur für Arbeit würde der Transfername wie folgt lauten: „EBAK0nnn“

7. Verfahrenskennung

Frage 7.1:

Welche Verfahrenskennungen sollen verwendet werden?

Antwort:

Für die Übermittlung von DÜBAK-Meldungen werden die Verfahrenskennungen BAK (BA) und DUK (Optionskommunen) verwendet. Für die Übermittlung der Meldungen durch die Krankenkassen an die Bundesagentur für Arbeit wird eine neue Verfahrenskennung „GRA“ eingeführt. Für die Übermittlung der Rückmeldungen nach § 175 Absatz 3 SGB V durch die Krankenkassen an die Optionskommunen ist zukünftig die Verfahrenskennung „GRK“ zu nutzen. Die Bestandsmeldungen der Bundesagentur für Arbeit werden mit der Verfahrenskennung „BMA“ und die der Optionskommunen mit „BMK“ übertragen.

Fehlerrückmeldungen werden immer mit der ursprünglichen Verfahrenskennung übermittelt.

Frage 7.2:

Können Fehlerrückmeldungen z.B. bei Schemafehlern maschinell durch die annehmende Stelle abgewiesen werden?

Antwort:

Nein, in diesen Fällen ist eine bilaterale Abstimmung notwendig.

Frage 7.3:

Wie sind die Verfahrenskennungen zu verwenden?

Antwort:

Die 4 Verfahrenskennungen sind gemäß Anlage 4 der GGT zu verwenden.

8. Dateifolgenummer

Frage 8.1:

Gibt es fachliche Fälle in welchen eine laufende Dateifolgenummer aus dem Vorlaufsatz übersprungen wird oder muss bei der Verarbeitung darauf geachtet werden, dass alle laufenden Dateifolgenummern erhalten und verarbeitet werden und ein Fehler bei einer fehlenden Dateifolgenummer zurückgemeldet wird?

Antwort:

Eine lückenlose Dateifolgenummer ist grundsätzlich einzuhalten. Davon ist nur nach bilateraler Absprache mit der betroffenen Datenannahmestelle abzuweichen, damit die Verarbeitungsreihenfolge von Meldungen eingehalten werden kann.

Frage 8.2:

Beginnt die Dateifolgenummer bei Überschreiten des Nummernkreises wieder bei 1 oder bei 0?

Antwort:

Die Dateifolgenummer beginnt immer mit einer 1.

Frage 8.3:

Im A1 Header wird auf eine lückenlose Dateifolgenummer je Annahmestelle (DAV) geprüft - bisher sind wir davon ausgegangen, dass diese lückenlos je Empfänger Nummer sein soll?

Antwort:

Die Dateifolgenummer ist lückenlos aufsteigend pro Datenannahmestelle (Empfänger Nummer im Vorlaufsatz) zu übermitteln, damit weiterhin eine Vollständigkeit der Daten geprüft werden kann.

Frage 8.4:

Was ist bei der Dateifolgenummer zu beachten?

Antwort:

Die Dateifolgenummer hängt an der Verfahrenskennung. Die Fehlerrückmeldungen und der Versand aus dem Fachverfahren sowie auch die Bestandsmeldungen haben unterschiedliche Zähler.

Frage 8.5:

Was soll bei einer Lücke in der Dateifolgenummer passieren?

Antwort:

Bei einer Lücke in der Dateifolgenummer erfolgt eine Dateiabweisung.

Frage 8.6:

Mit welcher Dateifolgenummer sind die Daten im Fehlerfall erneut zu versenden?

Antwort:

Im Fehlerfall sind Dateien erneut zur Verfügung zu stellen. Die Dateifolgenummer kann nach Rücksprache mit dem Empfänger ggf. abweichen. Dies ist aber im Vorfeld bilateral zu klären. Wenn Dateifolgenummer nochmal geschickt wird, dann kann die Datei auch ohne Abstimmung verschickt werden.

9. Transfer Nummer

Frage 9.1:

Was definiert einen Nummernkreis, d.h. bei welchen übereinstimmenden Kriterien wird die Transfer Nummer hochgezählt?

Antwort:

Der Nummernkreis wird für jede Verfahrenskennung und Datenempfänger gesondert hochgezählt.

Frage 9.2:

Was soll bei einer Lücke in der Transfer Nummer passieren?

Antwort:

Eine Lücke in der Transfer Nummer ist für die Verarbeitung der Datei unschädlich.

Frage 9.3:

Mit welcher Transferrnummer wird die reproduzierte Datei verschickt? Mit der ursprünglichen Transferrnummer oder einer neuen Transferrnummer?

Antwort:

Die reproduzierte Datei kann mit der alten oder einer neuen Transferrnummer übermittelt werden.

10. Tracking-ID

Frage 10.1:

Welche Rolle spielt die Tracking-ID im Verfahren?

Antwort:

Die Tracking ID des Kommunikationsservers aus dem Auftragsatz wird zur Identifizierung von Parserfehler benötigt. Bei Meldungen der Optionskommunen wird die Tracking-ID durch den GKV-Kommunikationsserver generiert. Bei Meldungen der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Krankenkassen ist eine eigene Tracking-ID zu bilden und im Auftragsatz an der Stelle 247 – 274 einzutragen.

11. Versionsnummer

Frage 11.1:

Wann werden Versionsnummern erhöht?

Antwort:

Wann eine Änderung einer Versionsnummer erforderlich wird, ist in den Gemeinsamen Grundsätzen Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß § 95 SGB IV in der Anlage 12 (Ziffer 4.9 ff) beschrieben.

Frage 11.2:

Gelten die neuen Versionen ab einem bestimmten Zeitpunkt und die alten Versionen gelten dann nicht mehr oder müssen mehrere Versionen parallel verarbeitet werden können?

Antwort:

Versionsänderungen gelten ab einem Stichtag. Wie mit Versionsänderungen umgegangen wird, sollte noch einmal vertiefend erörtert werden, wenn ein Versionswechsel erforderlich wird.

Frage 11.3:

Bei parallelen Versionen: Wird die Dateifolgenummer bei unterschiedlichen Versionen gemeinsam oder getrennt hochgezählt?

Antwort:

Die Dateifolgenummer bezieht sich auf die Verfahrenskennung und ist unabhängig von der Version des XML Schemas.

12. Datensatz-ID Ursprungsmeldung

Frage 12.1:

Wann ist das Feld Datensatz-ID Ursprungsmeldung zu befüllen?

Antwort:

Bei einer Rückmeldung der Krankenkasse mit Art der Meldung = 10 oder 11 ist die Datensatz-ID aus dem Datensatz der Bundesagentur für Arbeit oder der Optionskommunen einzutragen.

Sofern die Rückmeldung zu einem späteren Zeitpunkt storniert wird, ist dort keine Aktualisierung des Inhalts vorzunehmen.

13. Quittierung

Frage 13.1:

Sind einzelne Bescheinigungen zu quittieren oder wird nur die gesamte Nutzdatendatei (eine Dateifolgenummer) einmal quittiert?

Antwort:

Entweder erfolgt eine Dateiabweisung / Parserfehler oder es werden einzelne Datensätze der Nutzdatendatei abgewiesen.

Es gilt also der Grundsatz, dass die Meldungen bei einer fehlenden Fehlerrückmeldung als zugestellt gelten, sofern nur einzelne Meldungen abgewiesen werden, gelten die übrigen Meldungen als zugestellt.

14. Fehlerverfahren

Frage 14.1:

Was soll geschehen, wenn eine Rückmeldung einer Bescheinigung gem. § 312 Abs. 3 SGB III von der Krankenkasse eingeht, welche nicht maschinell von der BA angefragt wurde?

Antwort:

Diese Einzelfälle sind außerhalb des maschinellen Verfahrens mit der betroffenen Krankenkasse zu klären.

Frage 14.2:

Was soll geschehen, wenn eine Datei (z.B. Rückmeldung einer Bescheinigung von der Krankenkasse) nicht dem XSD entspricht?

Antwort:

Die Datei wird maschinell abgewiesen. Dazu wird der aufgetretene Parserfehler per Header übermittelt.

Frage 14.3:

Soll die XML-Schemaprüfung und die Kernprüfung bei den Datenannahmestellen der Krankenkassen sowohl bei Empfang als auch beim Versand von Dateien durchgeführt werden?

Antwort:

Die Kernprüfung und die XML-Schemaprüfung werden sowohl beim Empfang als auch beim Versand der Daten durchgeführt.

Frage 14.4:

Wird die Kernprüfung auch bei Fehlerrückmeldungen durchgeführt?

Antwort:

Keine Kernprüfung bei Erhalt eines Fehlerrücklaufs

Frage 14.5:

Wie erfolgt die Rückmeldung in den unterschiedlichen Fehlerfällen?

a) Welcher Fehlercode wird bei einer Dateiabweisung (XML-Schemaprüfung) übermittelt?

Antwort: Kryptischer Fehlercode

b) Welcher Fehlercode wird bei einer Dateiabweisung aus Fehlern im Header übermittelt?

Antwort: Klare Fehlercodes

c) Welcher Fehlercode wird im Fehlerfall aufgrund der Kernprüfung übermittelt?

Antwort: Klare Fehlercodes

d) Gibt es Besonderheiten beim Referenzieren (Verwendung der DS-ID, DS-ID-UM) im Fehlerfall?

Antwort: keine Datensatz-ID und Ursprungs-ID bei Dateiabweisungen und nur Ursprungs-ID bei Datensatzabweisungen

Frage: 14.6

Gibt es weiterhin Fehlerlangtexte und wenn ja, für welchen Fehlerfall?

Antwort:

nein

Frage 14.7:

Wie wird mit einer Dateiabweisung umgegangen?

Antwort:

Dateiabweisungen werden nach Rücklauf in der zuständigen DAV geklärt.

Frage 14.8:

Werden Fehlerrückmeldungen mit Datensätzen aus dem Fachverfahren im Versand zusammengeführt?

Antwort:

Fehlerrückmeldungen werden im Versand nicht mit Datensätzen aus dem Fachverfahren zusammengeführt.

Frage 14.9:

Wie werden die Fehlercodes auf Seiten der DAV/SVTs geprüft? Wird es hierzu ein zentrales Kernprüfprogramm geben?

Antwort:

Die sogenannten v-Prüfungen werden durch jede DAV selbst erstellt, alle weiteren Prüfungen werden im zentralen Kernprüfprogramm abgebildet.

Frage 14.10:

Wie ist das Kernprüfprogramm aufgebaut? Ist das ggf. als Library gebaut, welche die BA verwenden könnte?

Antwort:

Die konkrete Umsetzung des Kernprüfprogramms muss noch mit der ITSG abgestimmt werden. Die Verfahrensbeteiligten werden noch über die konkrete Umsetzung informiert.

Frage 14.11:

Wenn die BA das Kernprüfprogramm verwenden wollte, gäbe es Lizenzkosten oder wie würde es funktionieren?

Antwort:

Das Programm wird durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

Frage 14.12:

Wie würden Fehler im Kernprüfprogramm behoben werden?

Antwort:

Die Fehler sind dem GKV-Spitzenverband zu melden, damit dieser die Anpassung der Kernprüfung beauftragen kann.

Frage 14.13:

Was definiert einen Dateifehler?

Antwort:

Bei Dateifehlern werden keine einzelnen Datensätze geprüft, die Datei wird gänzlich abgewiesen, z.B. bei XML-Schemafehlern oder einem v-Fehler im Vorlaufsatz (z.B. Dateifolgenummer, Erstellungsdatum liegt in der Zukunft, Empfänger nicht die annehmende DAV etc.)

Frage 14.14:

Wann ist ein Datum „logisch richtig“?

Antwort: Ein Datum ist logisch richtig, wenn es den Angaben des Kalenders entspricht.

Frage 14.15:

Welchen Sinn macht eine Schemaprüfung auf den Feldinhalt, wenn nur gültige Listewerte erlaubt sind? Ist das sicherheitstechnisch bedingt? (

Antwort: Durch die Schemaprüfung wird sichergestellt, dass nur zulässige Werte übermittelt werden.

Frage 14.16:

Wenn in einer Nutzdatendatei (eine Dateifolgenummer) mehrere Datensätze einen Fehler hatten, werden dann mehrere Datensatzabweisungen als separate Nutzdatendateien verschickt oder müssen alle in einer Datei gemeinsam übermittelt werden?

Antwort:

Die Fehlerrückmeldungen erfolgen in einer Nutzdatendatei.

Frage 14.17:

Was passiert, wenn die Sachbearbeitung der Krankenkasse, der BA oder einer Optionskommune einen sonstigen (fachlichen) Fehler feststellt?

Antwort:

Sonstige Fehler werden bilateral außerhalb des maschinellen Verfahrens zwischen jeweils Beteiligten geklärt.

Frage 14.18:

Wie werden Fehlermeldungen aus den vPrüfungen zurückgemeldet?

Antwort:

vPrüfungen aus dem Header werden als Dateifehler zurückgemeldet. Die beiden vPrüfungen aus dem DÜBAK-Datensatz werden als Datensatzabweisungen zurückgemeldet und äquivalent zu Kernprüfungsfehlern behandelt.

Frage 14.19:

Sofern die vPrüfungs-Fehler aus dem Header als Dateifehler zurückgesendet werden (Annahme), wie soll mit mehreren fehlerhaften Attributen in einer Nutzdatendatei, die zu vPrüfungsfehlern führen würden, umgegangen werden?

Antwort:

Sobald ein Fehler in der Dateiprüfung gefunden wurde, wird die Suche nach weiteren Fehlern abgebrochen und nur der erste gefundene Dateifehler zurückgemeldet.

15. Stornierungsverfahren

Frage 15.1:

Wird der komplette Datensatz bei der Stornierung zurückgemeldet?

Antwort:

Ja, ergänzt um ein „J“ im Element Stornokennzeichen. Die Datensatz-ID ist in diesem Fall zu aktualisieren.

Frage 15.2:

Rückmeldungen auf Bescheinigungsanfragen der BA nach § 312 Abs. 3 SGB III können seitens der GKV storniert werden, wenn die Meldung nicht abzugeben war. Mit welchem zeitlichen Versatz erfolgt die korrigierte Rückmeldung?

Antwort:

Grundsätzlich erfolgt die korrigierte Rückmeldung in einem engen zeitlichen Zusammenhang. Sofern eine Meldung noch nicht übermittelt wurde und storniert wird, ist anzustreben, dass diese Meldung gar nicht erst übermittelt wird.

16. Bestandsmeldungen

Die Bestandsmeldungen werden durch die Bundesagentur für Arbeit bis zum 14.09. eines Jahres vollständig übermittelt. Eine Kontrolle, ob alle Bestandsmeldungen vorliegen, ist den Krankenkassen nur noch bedingt möglich, daher wird die Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2023 organisatorisch sicherstellen, dass alle Dateien übertragen wurden.

Sollte sich herausstellen, dass aufgrund der Fehleranzahl eine Vollständigkeitskontrolle der übermittelten Bestandsmeldungen doch notwendig ist, wird dazu eine temporäre Arbeitsgruppe eingerichtet.

17. Testverfahren

Frage 17.1:

Wann kann das Verfahren getestet werden?

Antwort:

Aufgrund von weiteren Softwareanpassungen ist bei den Krankenkassen mit einer Umsetzung des modifizierten DÜBAK-Meldeverfahrens nicht vor dem IV. Quartal 2022 zu rechnen. Die konkreten Absprachen (Aufbau der Testdaten und Abstimmung von Terminen) werden im II. Quartal 2022 erfolgen. Technische Verbindungstest mit definierten Testdaten können bereits zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt werden.

Frage 17.2:

Wer stünde für einen Test von der BA bis zur jeweiligen Datenannahmestelle der Krankenkasse bereit und wäre der Ansprechpartner zur Planung/Durchführung?

Antwort: Technische Verbindungstest zwischen der BA und den Datenannahmestellen sollen voraussichtlich im ersten Quartal 2022 erfolgen. Den genauen Zeitplan und die entsprechenden Ansprechpartner hierfür gibt der GKV-Spitzenverband rechtzeitig bekannt. Eine Abstimmung zur Anbindung der Optionskommunen an den GKV-Kommunikationsserver soll ebenfalls im ersten Quartal 2022 erfolgen.

Anlagen

Anlage 1 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „10“

Anlage 2 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „11“

Anlage 3 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „20“

Anlage 4 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „21“

Anlage 5 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „22“

Anlage 6 – zu übermittelnde Werte bei Art der Meldung „40“