

Anlage HKP (Häusliche Krankenpflege)

zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V

Stand: 20.01.2026
Version: 1.1.0
Anzuwenden ab: 01.02.2027

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
1.1.0	abgestimmt	20.01.2026	GKV-SV	3	Hinweis zu Fehlertext im E-Mail-Body eingefügt Maximale Größe der Abrechnungsnachricht eingefügt
				9.2.2	Inhalte aktualisiert
				9.5	Feld "Empfaenger_IK" gelöscht
				9.7, 9.7.1, 9.7.3	Inhalte aktualisiert
				9.9	Erläuterungen zu Prüfstufe 1-3 überarbeitet
				10.1	Fehlercodes vervollständigt
				10.2, 10.3, 10.7	Schlüssel aktualisiert
				10.11 bis 10.15	Schlüssel eingefügt
1.0.0	abgestimmt	02.10.2025	GKV-SV		initiales Dokument

Inhalt

1	ALLGEMEINES	6
2	GRUNDSÄTZE	6
3	DATENÜBERTRAGUNG	6
4	QUITTIERUNG	7
5	VERSCHLÜSSELUNG UND SIGNATUR	7
5.1	Signatur der zu übermittelnden Dateien	7
5.2	Verschlüsselung der KIM-Nachricht	7
5.3	Dateinamen	7
5.4	Ermittlung der KIM-Mailadressen	8
6	VERSIONSWECHSEL	9
7	KIM-DIENSTKENNUNG	9
8	GESTUFTES VERFAHREN, ZEITRAHMEN UND TEILNEHMER	10
8.1	Testphase mit Testdaten	10
8.2	Erprobungsphase mit Echtdaten	10
8.3	Produktivbetrieb (Übergang)	11
8.4	Produktivbetrieb (ausschließliche Nutzung von KIM)	11
8.5	Ergebnisse der Tests	11
9	ABRECHNUNGSDATEN	12
9.1	Format der Abrechnungsdaten	12
9.2	Arten von Abrechnungsdaten	12
9.2.1	Abrechnungsnachricht (vom Leistungserbringer zur Krankenkasse):	12
9.2.2	Korrekturnachricht (vom Leistungserbringer zur Krankenkasse):	12
9.2.3	Technische Fehlernachricht (von der Krankenkasse zum Leistungserbringer):	13

9.2.4	Fachliche Fehlernachricht (von der Krankenkasse zum Leistungserbringer):	13
9.3	Aufbau der XML-Dateien	14
9.4	Erläuterung der Datenbeschreibung (Feldliste)	15
9.5	Header	15
9.6	Body	16
9.7	Abrechnungsnachricht / Korrekturnachricht	16
9.7.1	Abrechnungsfall	19
9.7.2	Einsatz	23
9.7.3	Abrechnungsfall Position	24
9.8	Elektronischer Leistungsnachweis	27
9.9	Technische Fehlernachricht	30
9.9.1	Prüfstufe 1: Vorprüfung	30
9.9.2	Prüfstufe 2: Schema-Validierung	30
9.9.3	Prüfstufe 3: Plausibilitäts-Prüfungen	30
9.9.4	Datenstruktur	31
9.9.5	Fehler/Fehlerinformation	32
9.10	Fachliche Fehlernachricht	32
10	SCHLÜSSELVERZEICHNISSE	33
10.1	Schlüssel Fehlercodes	33
10.2	Schlüssel Logische Version	34
10.3	Schlüssel Verarbeitungskennzeichen	35
10.4	Schlüssel Art der Unterschrift	35
10.5	Schlüssel Grund des Fehlens der Unterschrift	35
10.6	Schlüssel Dateityp (MIME Type der Datei)	35
10.7	Schlüssel Abrechnungscode	36
10.8	Schlüssel Tarifkennzeichen / Tarifbereich	36
10.9	Schlüssel Tarifkennzeichen / Sondertarife	38

10.10	Schlüssel Abrechnungspositionsnummer für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	38
10.11	Schlüssel Ersatz-Beschäftigtennummer	38
10.12	Schlüssel Mengeneinheiten	39
10.13	Schlüssel Unfall/Sonstiges	39
10.14	Schlüssel BVG/SER	39
10.15	Schlüssel Kennzeichen Verordnungsbesonderheiten	39

1 Allgemeines

Diese Technische Anlage regelt organisatorische und technische Sachverhalte zum vollelektronischen Abrechnungsverfahren für die Häusliche Krankenpflege (HKP) nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V. Sie ersetzt den Sammelgruppenschlüssel C in der bisherigen Technischen Anlage 1 bis Version 21, sowie alle Aspekte, die in der bisherigen TA 1 geregelt waren und im vorliegenden Dokument (neu, erneut) geregelt sind.

Zugrunde liegen die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, insbesondere § 8.

Zugrunde liegen außerdem die "Gemeinsamen Grundsätze Technik" nach § 95 SGB IV.

Für das Verfahren ist der Zeichensatz UTF-8 festgelegt. Es sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden. Ein Byte-Order-Mark (BOM) wird nicht gesetzt.

Das Format der Nutzdaten ist XML. Der GKV-Spitzenverband stellt XML-Schemata zur Verfügung, die für das Verfahren anzuwenden sind. Die XML-Schemata sind Bestandteil dieser Technischen Anlage; die Dokumentation der Schemata erfolgt im Anhang 1

2 Grundsätze

Bei jeder Übermittlung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse wird eine Leistungserbringerrechnung (eine Rechnung für ggf. mehrere Versicherte) übertragen. Die zu übermittelnden Nutzdaten müssen den im Abschnitt 9.9 beschriebenen Inhalten und Strukturen entsprechen.

Der Absender der Daten (Leistungserbringer oder Krankenkasse/Datenannahmestelle) hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Die Prüfung muss mindestens der Qualität einer XML-Schemaprüfung nach Abschnitt 9.9.2 entsprechen.

Der Absender hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.

3 Datenübertragung

Die Datenübermittlung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse/Datenannahmestelle erfolgt ausschließlich per Datenfernübertragung über die TI. Als Übermittlungsart wird das sichere Übermittlungsverfahren KIM verwendet. Grundlage für das KIM-Verfahren sind die Spezifikationen und Konzepte der gematik in der jeweils aktuellen Fassung, insbesondere wird verwiesen auf:

- Implementierungsleitfaden Primärsysteme [gemILF_PS]

Mit einer KIM-Nachricht wird immer genau eine Nutzdatendatei als Anhang übermittelt. Der E-Mail-Body ist bei Abrechnungsnachrichten leer, bei Fehlnachrichten enthält der E-Mail-Body den Fehlertext. Der Anhang wird in einem base64-codierten MIME-Segment übertragen. Das Segment muss die folgenden Metainformationen enthalten:

Content-Type: application/octet-stream

Content-Transfer-Encoding: base64

Content-Disposition: attachment

Content-Description: HKP

Im Betreff der KIM-Nachricht ist der Dateiname (ohne Dateiendung) gemäß Abschnitt 5.3 einzutragen.

Die maximale Größe der Abrechnungsnachricht beträgt 15 MB.

4 Quittierung

Die technische Quittierung eingegangener Nachrichten erfolgt in Form einer serverseitigen Zustellbestätigung (Delivery Status Notification – DSN). Diese wird durch den Ziel-Mailserver des KIM-Fachdienstes des Empfängers automatisiert erstellt und an den Absender übermittelt, wenn die eingehende KIM Nachricht dies anfordert. Die Zuordnung der Zustellbestätigung zur ursprünglichen Nachricht erfolgt beim Empfänger der Zustellbestätigung (Absender der ursprünglichen Nachricht) über die Message-ID der ursprünglichen Nachricht, welche im Header der Zustellbestätigung im Feld "In-reply-to" angegeben ist.

Es wird insbesondere verwiesen auf das System spezifische Konzept Kommunikation Leistungserbringer (KIM) [gemSysL_KOMLE], die Spezifikation Fachdienst KOM-LE (KIM) [gemSpec_FD_KOMLE], das S/MIME-Profil Kommunikation Leistungserbringer [gemSMI-ME_KOMLE] rund auf die Spezifikation Basis-/KTR-Consumer [gemSpec_Basis_KTR_Consumer] der gematik.

5 Verschlüsselung und Signatur

5.1 Signatur der zu übermittelnden Dateien

Bei der Übermittlung von Abrechnungsdaten an die Krankenkasse werden die Daten beim Leistungserbringer [fortgeschritten mittels SMC-B] signiert. Dabei kommt der Signaturdienst des Konnektors gemäß Spezifikation der gematik zum Einsatz. Als Signaturverfahren für Antragsdateien wird CMS (CAAdES) enveloping verwendet. Die Stapelsignaturfunktion kann verwendet werden.

Es wird insbesondere verwiesen auf die Spezifikation Konnektor [gemSpec_Kon, Abschnitt 4.1.8] und den Implementierungsleitfaden Primärsysteme [gemILF_PS, Abschnitt 4.4] sowie die Spezifikation des Konnektor Signaturproxys [gemSpec_Kon_SigProxy].

Bei der Übermittlung von Fehlernachrichten von der Krankenkasse an den Leistungserbringer werden diese durch die Krankenkasse elektronisch mittels SBC-B signiert. Dabei kommt der Signaturdienst des Basis-/KTR-Consumers gemäß Spezifikation der gematik zum Einsatz. Als Signaturverfahren für Fehlerdateien wird CMS (CAAdES) enveloping verwendet. Es wird insbesondere verwiesen auf die Spezifikation Basis-/KTR-Consumer [gemSpec_Basis_KTR_Consumer, Abschnitt 6.2].

Da aus Sicht des Konnektors Binärdaten mit einer QES versehen werden, ist es zwingend erforderlich, dass die Signatur-Prüfung auf den unveränderten Binärdaten, die aus der KIM Nachricht extrahiert wurden, durchgeführt wird. Insbesondere darf keine XML-Verarbeitung der Daten vor der Signaturprüfung durchgeführt werden.

5.2 Verschlüsselung der KIM-Nachricht

Die Ende-zu-Ende Verschlüsselung der Daten erfolgt im Rahmen der Datenübermittlung mittels KIM. Dabei wird die gesamte KIM-Nachricht einschließlich deren Anhänge über das Clientmodul des Absenders automatisch für den Empfänger Ende-zu-Ende verschlüsselt. Die Entschlüsselung der Nachricht erfolgt durch das Clientmodul des Empfängers. Es gelten hierfür die Spezifikationen der gematik. Es wird insbesondere verwiesen auf das System spezifische Konzept Kommunikation Leistungserbringer [gemSysL_KOMLE].

5.3 Dateinamen

Der Dateiname setzt sich aus der Verfahrenskennung, dem Nachrichtentyp und der Datei-ID zusammen. Die Verfahrenskennung lautet "xHKP0", wobei x=E für Echtdaten und x=T für Testdaten gilt. Im Fehlerfall

werden die Fehlernachrichten in derselben Version gesendet wie die entsprechende Abrechnungsnachricht.

<Verfahrenskennung>_<Nachrichtentyp>_<Datei_ID>.xml

Stellen 1-5 (Verfahrenskennung):

"EHKP0" für Echtdateien vollelektronische Abrechnung Häusliche Krankenpflege

"THKP0" für Testdateien vollelektronische Abrechnung Häusliche Krankenpflege

Stelle 6:

"_"

Stellen 7-14 (Nachrichtentyp):

"ABR_0000" für Abrechnungsnachricht

"FEH_TECH" für technische Fehlernachricht

Stelle 15:

"_"

Stellen 16-52 (Datei-ID):

Datei_ID (Format: UUID)

Beispiele:

EHKP0_ABR_0000_d8fd6eb0-34eb-4e03-b31d-cae92a4fd209.xml

EHKP0_FEH_TECH_2b51fb65-143e-453a-afd3-40647b8e0adc.xml

5.4 Ermittlung der KIM-Mailadressen

Die Ermittlung der KIM-Mailadresse des Empfängers (Krankenkasse oder Datenannahmestelle) erfolgt durch den Absender anhand der Kostenträgerdatei nach Anhang X der Technischen Anlage HKP.

Sofern in der Kostenträgerdatei im Segment DFU das Kürzel "VZD" verwendet wird, ist die KIM-Mailadresse aus dem Verzeichnisdienst der TI (VZD) anhand der Attribute domainID und entryType zu ermitteln.

Für die Suche im VZD nach der KIM-Adresse werden folgende Merkmale verwendet:

1) domainID = IK aus dem Segment IDK (Kostenträgerdatei)

2) entryType = 5

Es wird hierzu verwiesen auf die Spezifikation des Verzeichnisdienstes der gematik [gemSpec_VZD].

Im Falle einer Reaktion des Empfängers auf einen zugesendeten Datensatz wird die KIM-Mailadresse des Absenders wie folgt ermittelt:

1.) Nutzung der Angaben aus den KIM-Header-Feldern der eingegangenen Nachricht:

Ist das KIM-Header-Feld "Reply-To" gefüllt, sendet der Empfänger die Antwort- oder Fehlernachricht an diese KIM-Mailadresse. Der "Reply-To"-Eintrag kann vom "From"-Eintrag im KIM-Header abweichen. Der Absender kann dies nutzen, wenn die Rückmeldung an eine andere KIM-Mailadresse als die unmittelbare Absenderadresse übermittelt werden soll.

Ist das KIM-Header-Feld "Reply-To" nicht gefüllt, sendet der Empfänger die Antwort- oder Fehlernachricht an die im KIM-Header-Feld "From" eingetragene KIM-Mailadresse.

2.) Ist der Versand der Antwort- oder Fehlernachrichten an die Adresse gemäß 1.) nicht erfolgreich, ermittelt der Empfänger die KIM-Adresse aus dem VZD anhand des IK des Absenders.

Im Falle einer Fehlernachricht als Reaktion auf einen Signatur- oder Entschlüsselungsfehler bei der empfangenen Nachricht entfällt Schritt 2.

6 Versionswechsel

Datensätze sind grundsätzlich in der aktuellen gültigen logischen Version zu erstellen. Die unmittelbare erste Antwort auf einen Datensatz erfolgt immer in derselben logischen Version wie der Datensatz, auf den sie sich bezieht. Dies gilt auch, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung der Antwortnachricht bereits eine neuere logische Version gültig ist.

Übergangsfrist

Bei einem Versionswechsel gilt für die Übermittlung von Datensätzen eine Übergangsfrist von drei Monaten, in dem die neue Version in Kraft getreten ist (Beispiel: Tritt die neue logische Version zum 01.07.2027 in Kraft, endet die Übergangsfrist am 30.09.2027). Innerhalb der Übergangsfrist können Datensätze noch in der vor dem Versionswechsel gültigen logischen Version an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Krankenkassen beantworten auch solche Nachrichten in der Version, in der sie übermittelt wurden. Die Abrechnungssysteme der Leistungserbringer müssen sicherstellen, dass nach dem Update auf die aktuellste Version während der Übergangsfrist die Antwort-, Korrektur- und Fehlernachrichten auch in der zuvor gültigen Version verarbeitet werden können. Die Übergangsfrist dient allein dem Zweck, Leistungserbringern, die ihr Abrechnungssysteme nicht rechtzeitig zum Stichtag des Versionswechsels umstellen konnten, weiterhin die Übermittlung von Datensätzen an die Krankenkassen zu ermöglichen. Die Regelung berührt daher nicht die Obliegenheiten der Hersteller, die aktuellen Softwareversionen den Leistungserbringern rechtzeitig zum Stichtag bereitzustellen oder die Obliegenheiten der Leistungserbringer, die aktuellen Softwareversionen rechtzeitig zu installieren. Sofern mit einer neuen logischen Version auch neue Inhalte von Datensätzen wegen geänderter oder neuer kollektivvertraglicher Regelungen umgesetzt werden, kann dies dazu führen, dass Datensätze, die im Rahmen der Übergangsfrist noch nach der Vorversion übermittelt wurden, von der Krankenkasse aus diesem Grunde zurückgewiesen werden müssen.

7 KIM-Dienstkennung

Ab KIM (KOM-LE) 1.5 ist die Verwendung einer Dienstkennung obligatorisch. Bei Erstellung einer KIM-Nachricht wird durch den Absender in Abhängigkeit vom Nachrichtentyp der entsprechende Eintrag im Nachrichtenheader gesetzt. Die zu verwendende Dienstkennung ist dem Verzeichnis der gematik (<https://fachportal.gematik.de/toolkit/dienstkennung-kim-kom-le>) zu entnehmen.

Bei einer Abweichung von der folgenden Aufstellung, gilt der hier dargestellte Eintrag.

Anwendung	Verantwortlich	Anwendungsbeschreibung	Dienstkennung	Kurzbeschreibung
HKP	GKV-Spitzenverband	Vollelektronische Abrechnung Häusliche Krankenpflege	HKP;ABR_0000;V<version>	Abrechnungsdaten <version> gemäß Abschnitt "10.2 Schlüssel Logische Version"
			HKP;ABR_DOKU;V<version>	Abrechnungsdokumentation des Abrechnungsdienstleister eines Kostenträgers <version> gemäß Abschnitt "10.2 Schlüssel Logische Version"
			HKP;FEH_TECH;V<version>	Technische Fehlernachricht <version> gemäß Abschnitt "10.2 Schlüssel Logische Version"

8 Gestuftes Verfahren, Zeitrahmen und Teilnehmer

8.1 Testphase mit Testdaten

Die Testphase findet ab 01.10.2026 statt. Eine spätere Teilnahme ist jederzeit möglich.

Der GKV-Spitzenverband wird die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Datenannahme- und Abrechnungsstellen, PVS-Hersteller und Leistungserbringer inklusive der jeweiligen Ansprechpartner zusammensetzen. Ziel ist es, dass alle auf dem Markt befindlichen PVS-Produkte und Systeme der Krankenkassen einbezogen werden. Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgt durch die PVS-Hersteller.

Testdatensätze können jederzeit versendet werden. Die Testteilnehmer stimmen dazu individuell die Details der Tests ab. Die Kennzeichnungen der Test-Datensätze gemäß Abschnitt 5.3.

8.2 Erprobungsphase mit Echtdaten

In der Erprobungsphase (01.02.2027 bis 31.05.2027) wird das Verfahren mit ausgewählten Beteiligten mit Echtdaten gestartet. Teilnehmer können während der Erprobungsphase auch nach deren Beginn dazustoßen.

Die an der Erprobungsphase teilnehmenden Krankenkassen werden dementsprechend ab dem 01.02.2027 die vollständige Abwicklung der vollelektronischen Abrechnung sicherstellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Leistungszeiträume oder Rechnungsdaten ist nicht vorgesehen.

Durch die Erprobung wird sichergestellt, dass die direkte Übermittlung von Echtdaten zwischen den Teilnehmern mittels KIM sowie die Erstellung und Verarbeitung von Nachrichten bei den Absendern und Empfängern unter Praxisbedingungen voll funktionsfähig ist.

Die Kennzeichnung von Echt-Datensätzen ist wie folgt vorgesehen:

Dateinamen Nutzdatendatei und Fehlernachricht:

Bildung entsprechend der Vorschrift nach Abschnitt 5.3. Die Dateinamen enthalten danach an der ersten Stelle ein "E". Die Kennung "T" ist in der PU (Produktivumgebung) nicht erlaubt und ausschließlich für die RU (Referenzumgebung) vorgesehen.

Nutzdatendatei:

Das Element "Verfahrenskennung" im Header der Nutzdatendatei muss die Zeichenfolge "EHKPO" beinhalten (vgl. Abschnitt 9.5).

Der GKV-Spitzenverband wird die teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Datenannahme- und Abrechnungsstellen, PVS-Hersteller und Leistungserbringer inklusive der jeweiligen Ansprechpartner zusammenstellen. Ziel ist es, dass alle auf dem Markt befindlichen PVS-Produkte und Systeme der Krankenkassen einbezogen werden. Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgt durch die PVS-Hersteller.

Testdatensätze können jederzeit versendet werden. Die Testteilnehmer stimmen dazu individuell die Details der Tests ab. Die Kennzeichnungen der Test-Datensätze entsprechen den Angaben in Abschnitt 5.3.

8.3 Produktivbetrieb (Übergang)

Mit Beginn der Übergangsphase des Produktivbetriebs (01.06.2027 bis 30.09.2027) wird das Verfahren für alle Akteure freigegeben.

Ab dem 01.06.2027 werden daher alle Krankenkassen die vollständige Abwicklung der vollelektronischen Abrechnung sicherstellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Leistungszeiträume oder Rechnungsdaten ist nicht vorgesehen.

In diesem Zeitraum ist ersatzweise eine papiergebundene Übermittlung rechnungsbegründender Unterlagen in Verbindung mit der elektronischen Übermittlung der Abrechnungsdaten außerhalb der TI gemäß der Technischen Anlage 1 zu den Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V.

Die Kennzeichnungen der Echt-Datensätze entsprechen den Angaben in Abschnitt 5.3.

Testdatensätze können jederzeit versendet werden. Die Testteilnehmer stimmen dazu individuell die Details der Tests ab. Die Kennzeichnungen der Test-Datensätze entsprechen den Angaben in Abschnitt 5.3.

8.4 Produktivbetrieb (ausschließliche Nutzung von KIM)

Ab 01.10.2027 erfolgt die HKP-Abrechnung ausschließlich innerhalb der TI in vollelektronischer Form.

Die Kennzeichnungen der Echt-Datensätze entsprechen den Angaben in Abschnitt 5.3.

Testdatensätze können jederzeit versendet werden. Die Testteilnehmer stimmen dazu individuell die Details der Tests ab. Die Kennzeichnungen der Test-Datensätze entsprechen den Angaben in Abschnitt 5.3.

8.5 Ergebnisse der Tests

Die Ergebnisse der Tests werden festgehalten und in einer gemeinsamen AG Testphase kommuniziert und ausgewertet. Gegebenenfalls notwendige Maßnahmen (z. B. Korrekturen an der Technischen Anlage) werden mit der Technischen Kommission abgestimmt.

9 Abrechnungsdaten

9.1 Format der Abrechnungsdaten

Das Format der Abrechnungsdaten ist XML.

9.2 Arten von Abrechnungsdaten

In der HKP-Abrechnung gibt es vier unterschiedliche Arten von Nachrichtenarten:

1. Abrechnungsnachricht
2. Korrekturnachricht
3. Technische Fehlernachricht
4. Fachliche Fehlernachricht

9.2.1 **Abrechnungsnachricht (vom Leistungserbringer zur Krankenkasse):**

Die Abrechnungsnachricht stellt die ursprüngliche Übermittlung der Abrechnungsdaten vom Leistungserbringer an die Krankenkasse dar. Sie enthält den elektronischen Leistungsnachweis nach Abschnitt 9.8.

9.2.2 **Korrekturnachricht (vom Leistungserbringer zur Krankenkasse):**

Bei der Korrekturnachricht handelt es sich um eine vollständig neue Abrechnung, die explizit als Korrektur gekennzeichnet ist und inhaltlich auf die ursprüngliche gültige Abrechnung referenziert, damit eine eindeutige Zuordnung in den jeweiligen Systemen erfolgen kann.

Voraussetzung zur Übermittlung einer Korrekturnachricht:

Voraussetzung für die Anwendung des Korrekturverfahrens ist der erfolgreiche Dateneingang der betreffenden Vorgängerrechnung beim Kostenträger. Erfolgreicher Dateieingang bedeutet, dass die Vorgängerrechnung die Prüfstufen 1-3 bei der Datenannahme fehlerfrei durchlaufen hat.

Kennzeichnung der Korrekturrechnung und Verweis auf die ursprüngliche Rechnung:

Korrekturnachrichten haben immer das Verarbeitungskennzeichen 05. Die Korrekturnachrichten sind nach den Vorgaben gemäß Abschnitt 9.7 zu erstellen. Eine Abrechnungsnachricht referenziert ihren Vorgänger über die „Vorgaenger_Abrechnungsnachricht_ID“. Dabei ist für einen zu korrigierenden Abrechnungsfall, je Versicherten stets ein neuer, vollständiger Abrechnungsfall einzureichen. Ein Abrechnungsfall referenziert seinen Vorgänger über die „Vorgaenger_Abrechnungsfall_ID“.

Inhalte von Korrekturnachrichten

Ein korrigierter Abrechnungsfall ersetzt vollständig und in allen Inhalten den ursprünglichen Abrechnungsfall, auf den er sich bezieht. Die korrigierte Abrechnungsnachricht kann einen bis alle Abrechnungsfälle aus der Vorgängernachricht korrigieren. Die korrekten Abrechnungsfälle behalten ihre Gültigkeit und sind nicht erneut zu übertragen.

Vorgehen bei mehreren Korrekturnachrichten

Es darf mehrere Korrekturnachrichten in Folge einer Erstrechnung (Verarbeitungskennzeichen 01) geben. Daher sind Korrekturnachrichten auch für Korrekturnachrichten möglich. Korrekturen müssen sich immer auf die zuletzt gültige Abrechnungsnachricht beziehen.

Um eine fachliche und logische Abfolge der technischen Verarbeitung sicherzustellen, darf auf jede Abrechnungsnachricht nur eine Korrektur nachfolgen.

Ein Beispiel für mehrere Korrekturen einer Abrechnungsnachricht:

Die Abrechnungsnachricht „A1“ (Verarbeitungskennzeichen 01) wurde erfolgreich übermittelt. Die erste Korrektur „K1“ (Verarbeitungskennzeichen 05) referenziert als Vorgänger „A1“ (Vorgaenger_Abrechnungsnachricht_ID). Eine zweite Korrektur „K2“ (Verarbeitungskennzeichen 05) referenziert als Vorgänger „K1“.

Anwendungsfälle für Korrekturnachrichten (Verarbeitungskennzeichen 05):

Nachforderung

Ein Leistungserbringer hat bereits eine Rechnung eingereicht. Jedoch wurden dabei einzelne Leistungen durch den Rechnungssteller nicht berücksichtigt (z.B. Menge, falsche oder fehlende Positionen, zu niedrige Einzelpreise), die nun nachträglich in Rechnung gestellt werden.

Rückzahlung

Ein Leistungserbringer hat bereits eine Rechnung eingereicht. Jedoch wurden dabei einzelne Leistungen durch den Rechnungssteller zu hoch berücksichtigt (z.B. Menge, falsche oder fehlende Positionen, zu niedrige Einzelpreise). Durch eine Korrektur kann eine bereits abgerechnete Rechnung zu einer finanziellen Rückforderung an den Leistungserbringer führen.

9.2.3 Technische Fehlernachricht (von der Krankenkasse zum Leistungserbringer):

Die technische Fehlernachricht umfasst Prüfungen und Rückmeldungen der Prüfstufen 1 bis 3 (formale und technische Validierungen der Daten), wodurch eine Vollabweisung der Rechnung erfolgt.

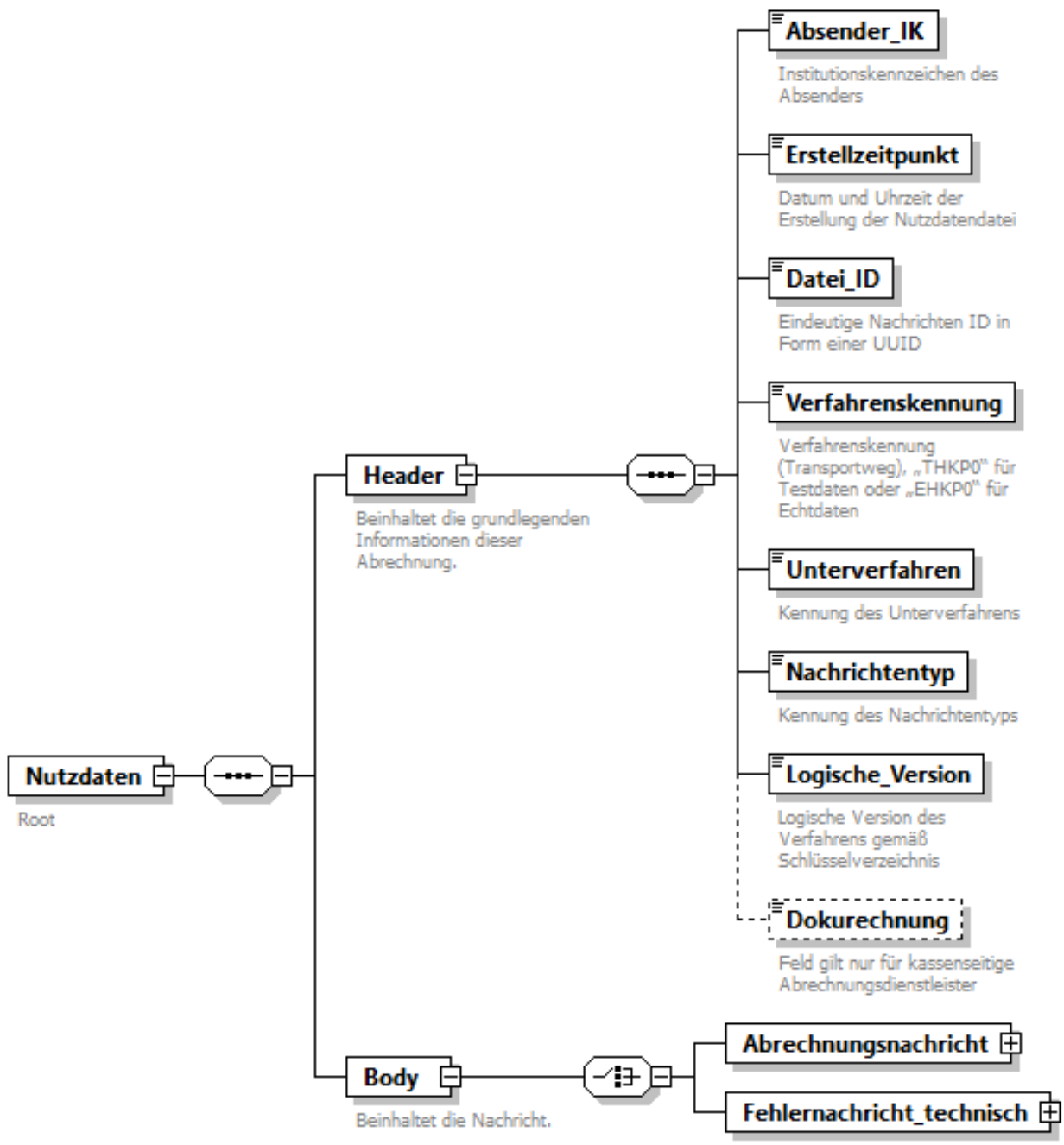
9.2.4 Fachliche Fehlernachricht (von der Krankenkasse zum Leistungserbringer):

Eine Erweiterung der Technischen Anlage um die Fachliche Fehlernachricht erfolgt im Zuge der weiteren Bearbeitung. Dieser Abschnitt wird bis dahin noch überarbeitet und ist daher noch nicht zu beachten.

Die fachliche Fehlernachricht beinhaltet Prüfungen und Rückmeldungen der Prüfstufe 4, d. h. aus dem Fachverfahren der Krankenkasse (inhaltliche bzw. sachliche Prüfungen)

9.3 Aufbau der XML-Dateien

Jede XML-Datei besteht aus einem Header- und einem Body-Teil. Der Header-Teil beinhaltet Metainformationen. Der Body-Teil beinhaltet die eigentlichen Nutzdaten.



Generated by XMLSpy

www.altova.com

9.4 Erläuterung der Datenbeschreibung (Feldliste)

Anzahl Stellen (Anz. Stell.):

Wenn eine Zahl angegeben wird (z. B. 5), dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. ..35), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld.

Die Anzahl der Stellen wird unter "Anz. Stell." angegeben. Das Dezimalzeichen ist als eigene Stelle innerhalb eines numerischen Inhalts in Form eines Kommas zu übermitteln. Die Dezimalstellen und das Dezimalzeichen werden bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes mitgezählt.

Typ:

an = alphanumerischer Inhalt

n = numerischer Inhalt

Vork:

Vorkommen und Kardinalität

"1" = muss genau 1x vorkommen (entspricht M = Muss-Feld); Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

"0-1" = kann 1x vorkommen, kann aber auch nicht vorkommen (entspricht K = Kann-Feld)

"1-3" = muss mindestens 1x vorkommen, kann bis zu 3x vorkommen

etc.

Kann-Felder sind in den Datensätzen unter bestimmten Bedingungen zu füllen. Die Bedingungen sind in der Erläuterung zum Datenfeld beschrieben. Sofern die Bedingung für ein Kann-Feld erfüllt wird, ist es wie ein Muss-Feld zwingend zu füllen ("Bedingtes Mussfeld"). Falls für ein Kann-Feld keine Bedingung formuliert ist, ist es in der Regel zu füllen, wenn die dafür benötigte Information dem Absender der Nachricht vorliegt.

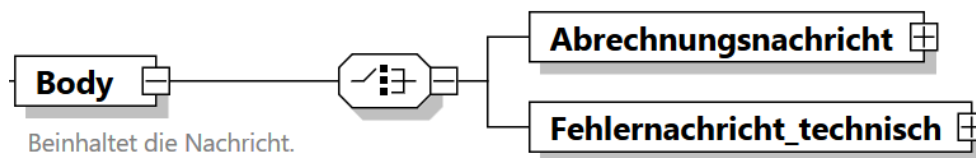
9.5 Header

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Absender_IK	9	n	1	Institutionskennzeichen des Absenders
Erstellzeitpunkt	19	an	1	Datum und Uhrzeit der Erstellung der Nutzdatendatei (xs:dateTime im Format YYYY-MM-DDThh-mm-ss)
Datei_ID	36	an	1	Eindeutige Nachrichten ID in Form einer UUID
Verfahrenskennung	5	an	1	Verfahrenskennung (Transportweg); "THKP0" für Testdaten oder "EHKP0" für Echtdaten
Unterverfahren	3	an	1	Unterverfahren "HKP"
Nachrichtentyp	8	an	1	Nachrichtentyp

Logische_Version	5..11	an	1	Logische Version
Dokurechnung	1	n	0-1	Feld gilt nur für kassenseitige Abrechnungsdienstleister

9.6 Body

Der Body-Teil besteht aus einer Choice (Verzweigung). Hier wird je Geschäftsvorfall (siehe Abschnitt 9.2) ein Zweig abgebildet.



In der ersten Veröffentlichung der TA zur vollelektronischen Abrechnung von HKP besteht die Choice aus den Zweigen Abrechnungsnachricht (Korrekturnachricht) sowie technischer und fachlicher Fehlernachricht.

Eine Erweiterung der technischen Anlage um die fachliche Fehlernachricht (Prüfstufe 4) erfolgt bis zum 01.01.2026 Die Umsetzung der Technischen Anlage soll unabhängig von der zweistufigen Veröffentlichung gemeinsam erfolgen.

9.7 Abrechnungsnachricht / Korrekturnachricht

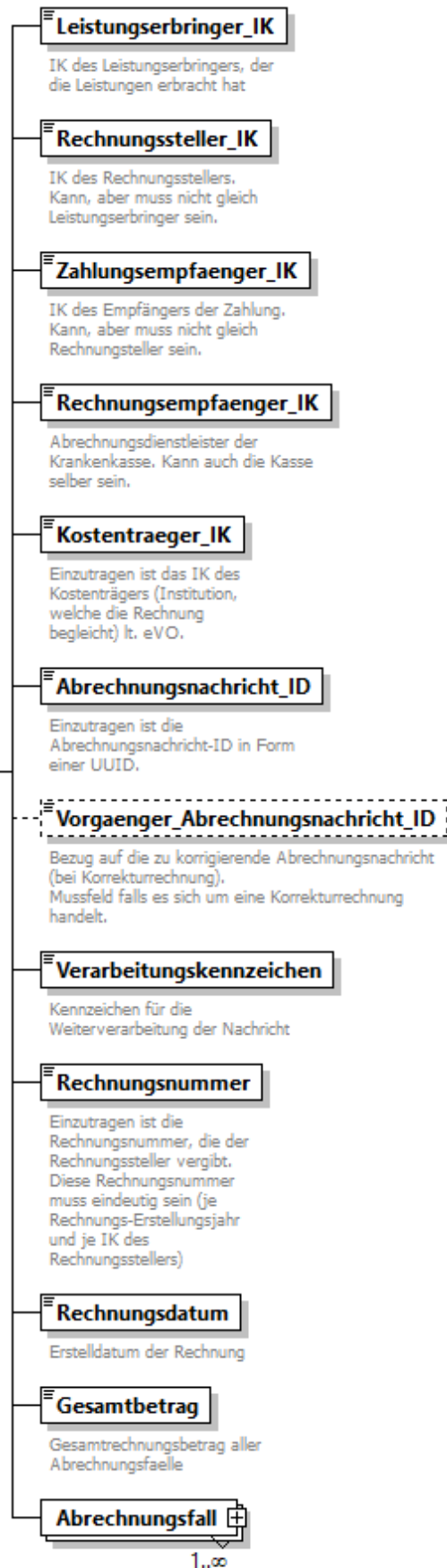
Die Abrechnungsnachricht beinhaltet alle Informationen, die für eine Abrechnung notwendig sind. Je Leistungserbringer darf nur eine Abrechnungsnachricht geschickt werden.

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Leistungserbringer_IK	9	n	1	IK des Leistungserbringers, der die Leistungen erbracht hat
Rechnungssteller_IK	9	n	1	IK des Rechnungsstellers. Kann, aber muss nicht gleich Leistungserbringer sein.
Zahlungsempfänger_IK	9	n	1	IK des Empfängers der Zahlung. Kann, aber muss nicht gleich Rechnungsteller sein.
Rechnungsempfänger_IK	9	n	1	Abrechnungsdienstleister der Krankenkasse. Kann auch die Kasse selbst sein.
Kostentraeger_IK	9	n	1	Einzutragen ist das IK des Kostenträgers (Institution, welche die Rechnung begleicht)
Abrechnungsnachricht_ID	36	an	1	Einzutragen ist die Abrechnungsnachricht-ID in Form einer UUID.

Vorgaenger_Abrechnungsnachricht_ID	36	an	0-1	Bezug auf die zu korrigierende Abrechnungsnachricht (bei Korrekturrechnung). UUID Durch das Verarbeitungskennzeichen "05" (Korrekturrechnung TI) wird dieses Feld zum Mussfeld.
Verarbeitungskennzeichen	2	n	1	Kennzeichen für die Weiterverarbeitung der Nachricht nach Abschnitt 10.3
Rechnungsnummer	..25	an	1	Einzutragen ist die Rechnungsnummer, die der Rechnungssteller vergibt. Diese Rechnungsnummer muss eindeutig sein (je Rechnungs-Erstellungsjahr und je IK des Rechnungsstellers)
Rechnungsdatum	10	an	1	xs:date im Format YYYY-MM-DD
Gesamtbetrag	..10,2	n	1	Gesamtrechnungsbetrag aller Abrechnungsfälle

Abrechnungsnachricht_Ctp

Beinhaltet alle Informationen die für eine Abrechnung notwendig sind.



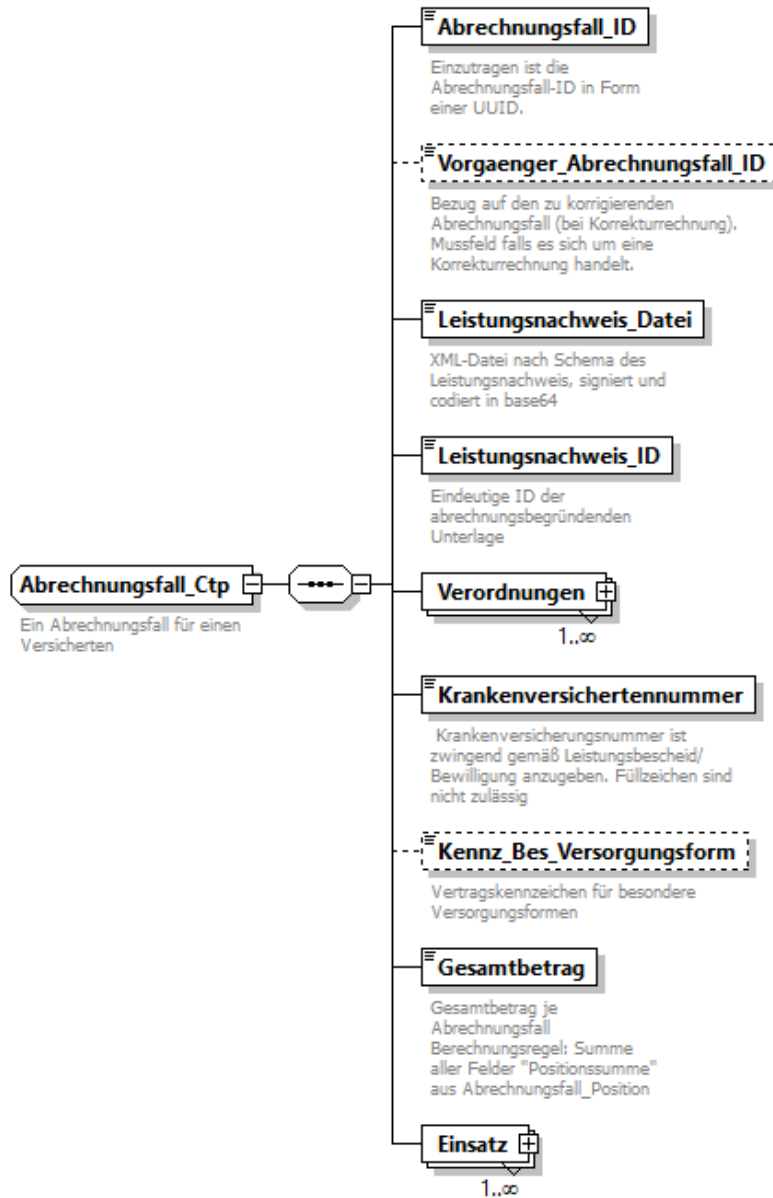
9.7.1 Abrechnungsfall

Jede Abrechnungsnachricht enthält einen bis mehrere Abrechnungsfälle. Ein Abrechnungsfall bezieht sich auf einen Versicherten.

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Abrechnungsfall_ID	36	an	1	Einzutragen ist die Abrechnungsfall-ID in Form einer UUID.
Vorgaenger_Abrechnungsfall_ID	36	an	0-1	Bezug auf den zu korrigierenden Abrechnungsfall (bei Korrekturrechnung). UUID Durch das Verarbeitungskennzeichen "05" (Korrekturrechnung TI) wird dieses Feld zum Mussfeld.
Leistungsnachweis_Datei			1	XML-Datei nach Schema des Leistungsnachweises, signiert und codiert in base64
Leistungsnachweis_ID	36	an	1	Eindeutige ID der abrechnungsbegründenden Unterlage je Leistungserbringer UUID
Verordnungen			1-n	
Verordnungsreferenz				
Genehmigungskennzeichen	..20	an	0-1	Hier ist die durch die Krankenkasse bei der Kostenzusage vergebene Genehmigungsnummer oder das Aktenzeichen einzutragen. Mindestens eines der beiden Felder "Genehmigungskennzeichen" oder "eVO_ID" muss gefüllt sein; auch beide können gefüllt sein.
eVO_ID	22..256	an	0-1	Eindeutige ID der elektronischen Verordnung Für eine Zuordnung der Verordnung zum Abrechnungsfall. Sobald die eVO-ID aktiv geschaltet wird, sollte dieses Feld zum Muss-Feld werden. Mindestens eines der beiden Felder "Genehmigungskennzeichen" oder "eVO_ID" muss gefüllt sein; auch beide können gefüllt sein.
Verordnungsdaten			1	
Betriebsstättennummer	..9	an	1	Inhalt des Feldes 'Betriebsstättennummer' aus der Verordnung ist zwingend

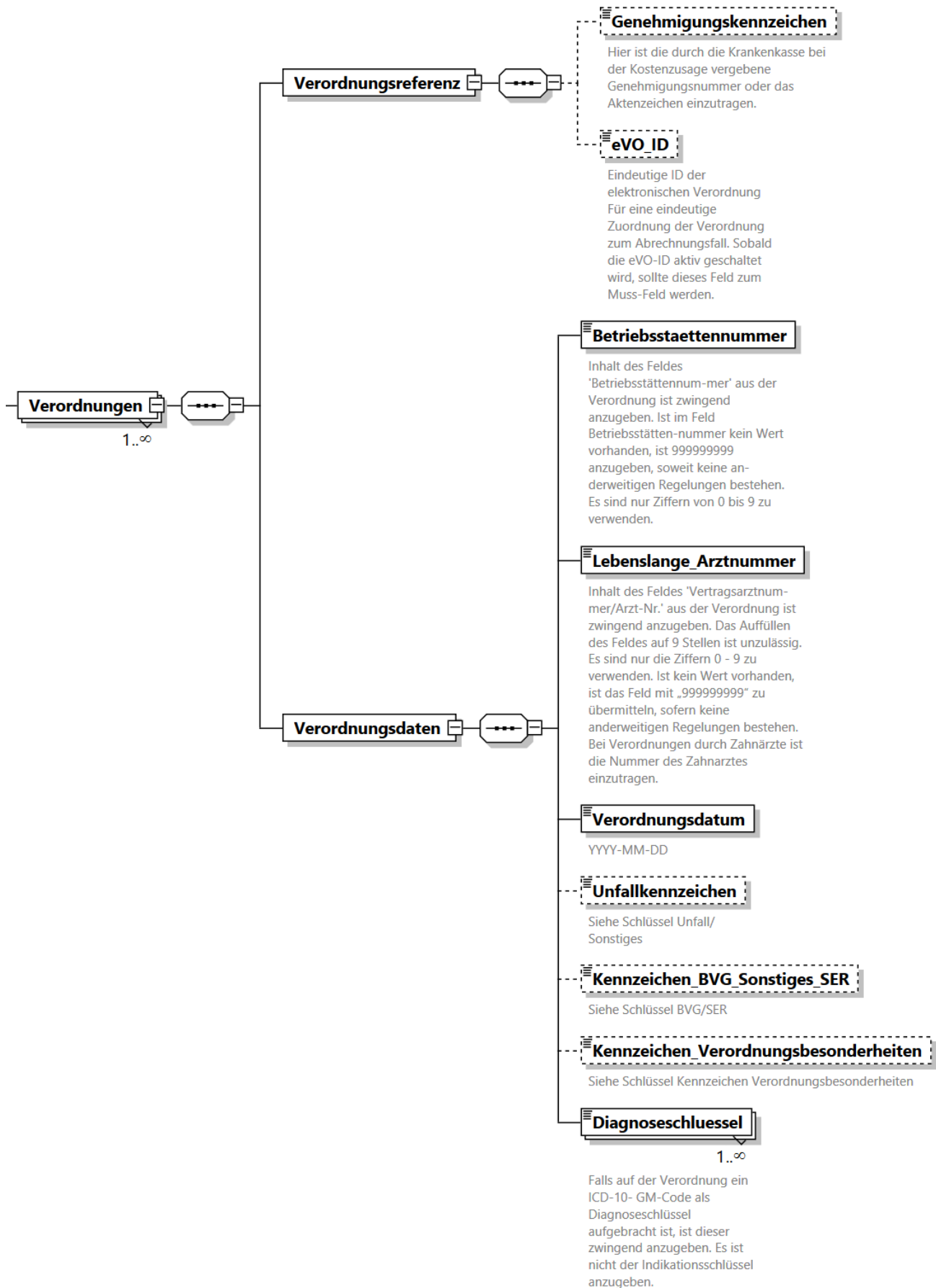
					anzugeben. Ist im Feld Betriebsstättennummer kein Wert vorhanden, ist 999999999 anzugeben, soweit keine anderweitigen Regelungen bestehen. Es sind nur Ziffern von 0 bis 9 zu verwenden. Dies gilt auch bis zum Zeitpunkt der endgültigen Einführung der Betriebsstättennummer.
	Lebenslange Arzt- nummer	...9	an	1	Inhalt des Feldes 'Vertragsarzt- nummer/Arzt-Nr.' aus der Verordnung ist zwingend anzugeben. Das Auffüllen des Feldes auf 9 Stellen ist unzulässig. Es sind nur die Ziffern 0 - 9 zu verwenden. Ist kein Wert vorhanden, ist das Feld mit „999999999“ zu übermitteln, sofern keine anderweitigen Regelungen bestehen. Bei Verordnungen durch Zahnärzte ist die Nummer des Zahnarztes einzutragen.
	Verordnungsdatum	10	an	1	YYYY-MM-DD (xs:date)
	Unfallkennzeichen	1	n	0-1	Siehe Schlüssel Unfall/Sonstiges; Abschnitt 10.13. Die Angabe der Daten auf der Verordnung (lt. Anlage 5, Inhalt der Urbelege, Muster 12) sind zwingend im Datenaustausch anzugeben bzw. zu übermitteln.
	Kennzeichen BVG/Sonstiges/SER	1	n	0-1	siehe Schlüssel BVG/SER; Abschnitt 10.14
	Kennzeichen Ver- ordnungsbesonder- heiten	1	n	0-1	Siehe Schlüssel Kennzeichen Verordnungsbesonderheiten; Abschnitt 10.15. Sofern ein Sachverhalt aus Abschnitt 10.15 zutrifft, ist der entsprechende Schlüssel zwingend anzugeben.
	Diagnoseschlüssel	3..5	an	1-n	Falls auf der Verordnung ein ICD-10- GM-Code als Diagnoseschlüssel aufgebracht ist, ist dieser zwingend anzugeben. Es ist nicht der Indikationsschlüssel anzugeben.
	Krankenversicher- tennummer	10	an	1	Krankenversicherungsnummer ist zwingend gemäß Leistungsbescheid/Bewilligung anzugeben. Füllzeichen sind nicht zulässig.
	Kennz_Bes_Versorgungs- form	..25	an	0-1	Anzugeben ist das Vertragskennzeichen für besondere Versorgungsformen gemäß der vertraglichen Vereinbarungen. Für Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach § 116b Abs. 1 SGB V ist eine "1" zu übermitteln.

Gesamtbetrag	..10,2	n	1	Gesamtbetrag je Abrechnungsfall Berechnungsregel: Summe aller Felder "Positionssumme" aus Abrechnungsfall_Position.
--------------	--------	---	---	---



Generated by XMLSpy

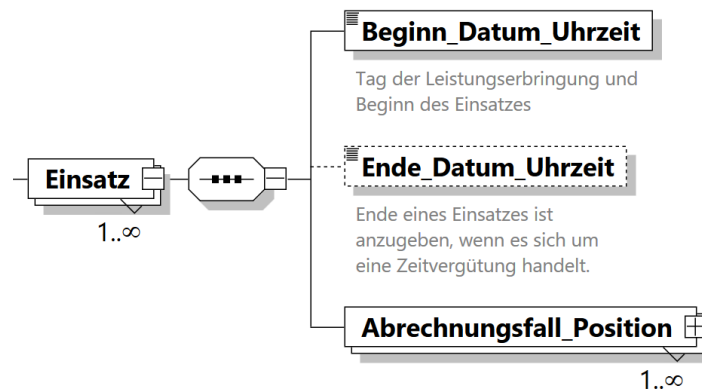
www.altova.com



9.7.2 Einsatz

Jeder Abrechnungsfall enthält einen bis mehrere Einsätze. Ein Einsatz bezieht sich auf einen Tag der Leistungserbringung.

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Beginn_Datum_Uhrzeit	19	an	1	Tag der Leistungserbringung und Beginn des Einsatzes (xs:dateTime im Format YYYY-MM-DDThh-mm-ss)
Ende_Datum_Uhrzeit	19	an	0-1	Ende eines Einsatzes ist anzugeben, wenn es sich um eine Zeitvergütung handelt. (xs:dateTime im Format YYYY-MM-DDThh-mm-ss)

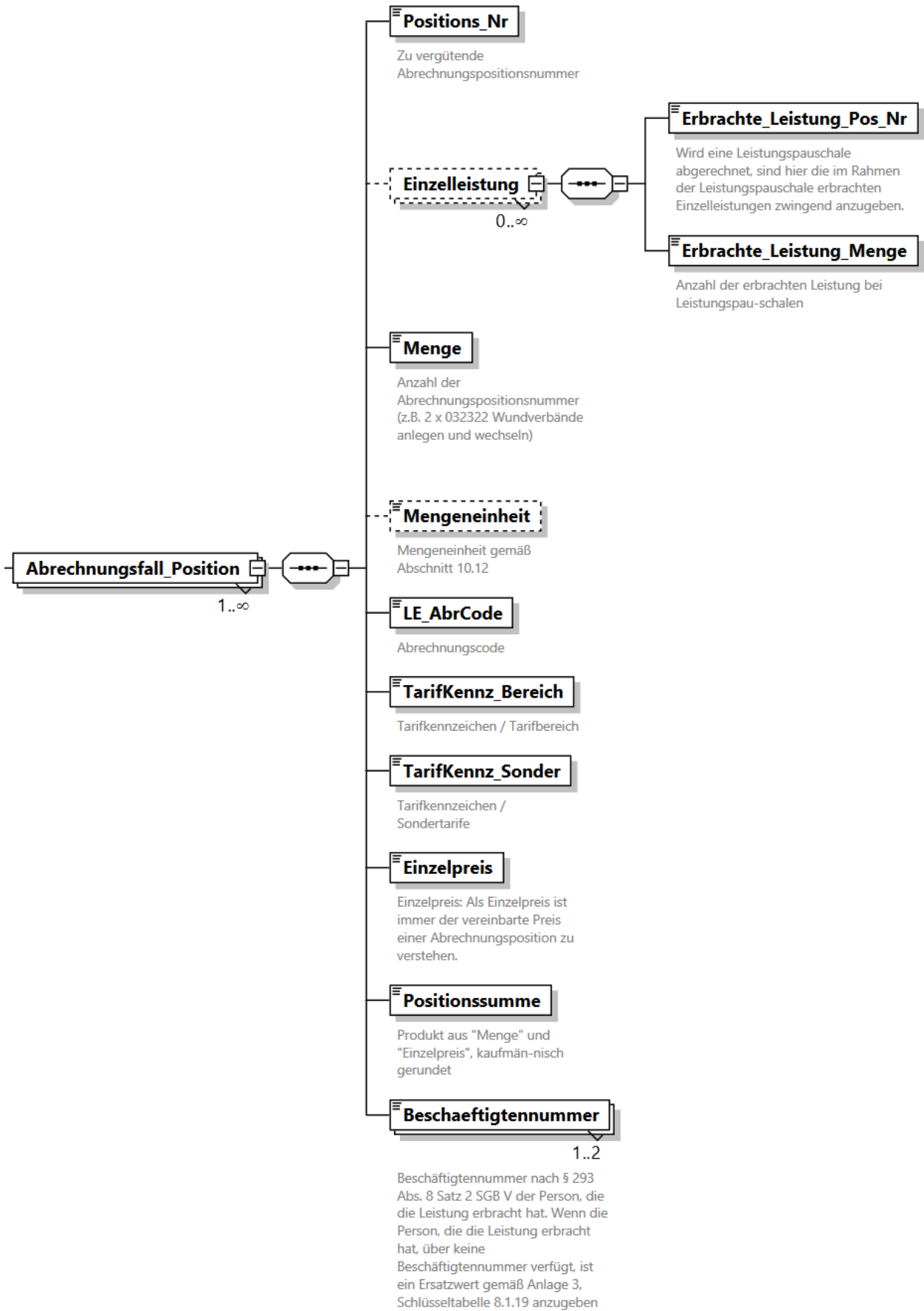


9.7.3 Abrechnungsfall Position

Jeder Einsatz enthält eine bis mehrere Positionen. Eine Position kann einerseits nur eine Einzelleistung beinhalten oder andererseits aus mehreren Unterpositionen bestehen (Leistungspauschalen, bestehend aus Einzelleistungen).

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Positions_Nr	6	an	1	Zu vergütende Abrechnungspositionsnummer (bei Einzelleistung oder Leistungspauschale) gemäß bundeseinheitlichem Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe
Einzelleistung			0-n	
Erbrachte_Leistung_Pos_Nr	6	an	1	Wird eine Leistungspauschale abgerechnet, sind hier die im Rahmen der Leistungspauschale erbrachten Einzelleistungen zwingend anzugeben.
Erbrachte_Leistung_Menge	4,2	n	1	Anzahl der erbrachten Leistung bei Leistungspauschalen
Menge	4,2	n	1	Anzahl der Abrechnungspositionsnummer (z.B. 2 x 032322 Wundverbände anlegen und wechseln) <u>Zeitvergütungen:</u> Angabe in Minuten z. B. 90 Minuten
Mengeneinheit	2	n	0-1	Mengeneinheit gemäß Abschnitt 10.12; zwingend anzugeben bei Zeitvergütungen oder Kilometer Bei einer Pauschale ist keine Mengeneinheit anzugeben
LE_AbrCode	2	an	1	Abrechnungscode gemäß Abschnitt 10.7
TarifKennz_Bereich	2	an	1	Tarifkennzeichen / Tarifbereich gemäß Abschnitt 10.8
TarifKennz_Sonder	3	an	1	Tarifkennzeichen / Sondertarife gemäß Abschnitt 10.9 Bei der Übermittlung von Kennzeichen für Sondertarife sind die zu übermittelnden Buchstaben ausschließlich in Großbuchstaben zulässig.
Einzelpreis	..10,2	n	1	Einzelpreis: Als Einzelpreis ist immer der vereinbarte Preis einschließlich Mehrwertsteuer einer Abrechnungsposition zu verstehen.
Positionssumme	..10,2	n	1	Berechnungsregel: Menge * Einzelpreis = Positionssumme (kaufmännisch gerundet)

Beschäftigtennummer	9	n	1-2	Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 Satz 2 SGB V der Person, die die Leistung erbracht hat. Wenn die Person, die die Leistung erbracht hat, über keine Beschäftigtennummer verfügt, ist ein Ersatzwert gemäß Abschnitt 10.11
---------------------	---	---	-----	--

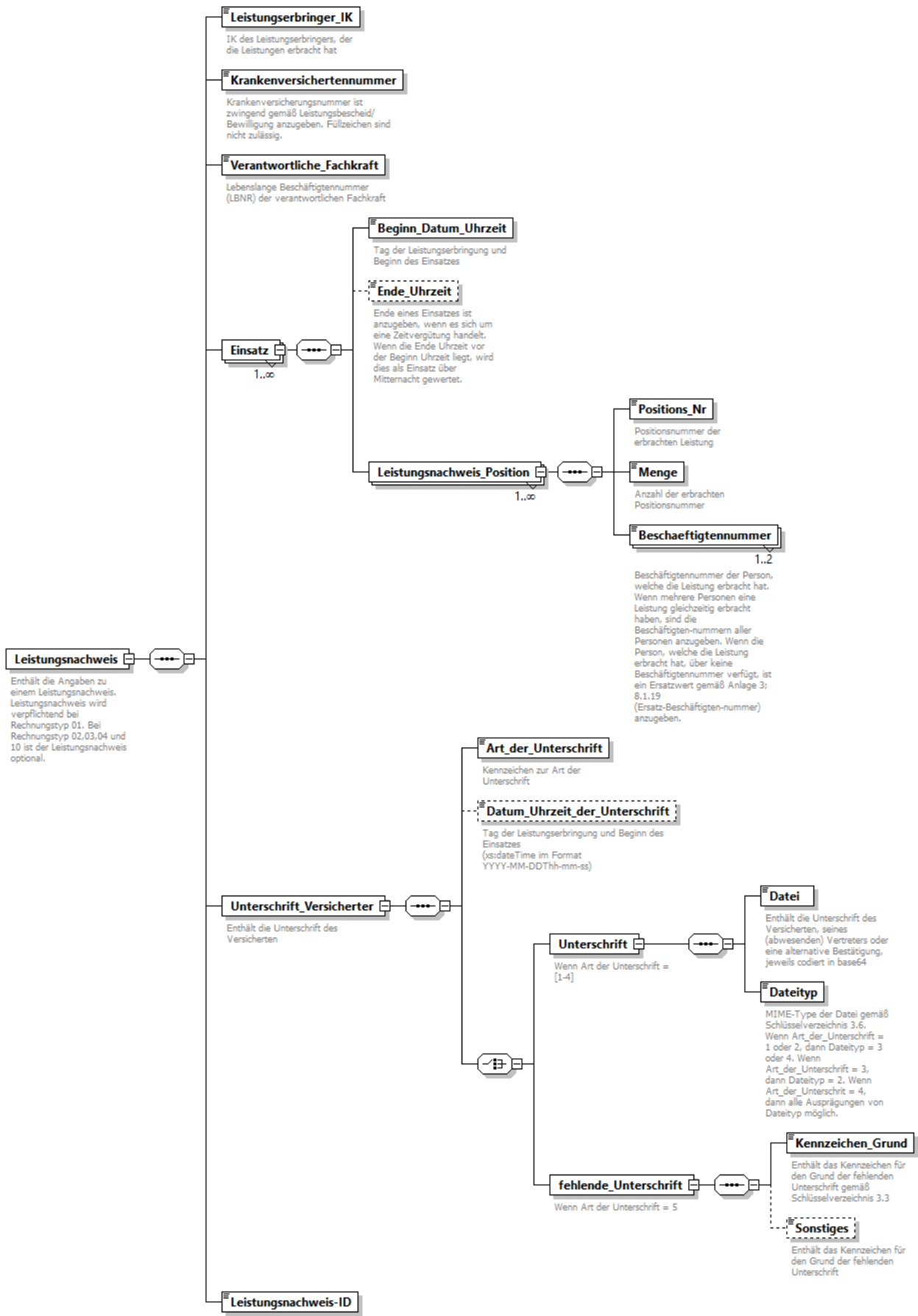


9.8 Elektronischer Leistungsnachweis

Der Leistungsnachweis ist eine XML-Datei nach dem Schema des Leistungsnachweises, signiert und codiert in base64. Sie ist Bestandteil des Abrechnungsfalls nach Abschnitt 9.7.1. Darüberhinausgehende Urbelege und/oder Begleitzettel für Urbelege sind nicht zu übermitteln.

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Leistungserbringer_IK	9	n	1	IK des Leistungserbringers, der die Leistungen erbracht hat
Krankenversicherternummer	10	an	1	Krankenversicherungsnummer ist zwingend gemäß Leistungsbescheid/Bewilligung anzugeben. Füllzeichen sind nicht zulässig
Verantwortliche_Fachkraft	9	an	1	Lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) der verantwortlichen Fachkraft
Einsatz			1-n	
Beginn_Datum_Uhrzeit	19	an	1	Tag der Leistungserbringung und Beginn des Einsatzes (xs:dateTime im Format YYYY-MM-DDThh-mm-ss)
Ende_Uhrzeit	8	an	0-1	Ende eines Einsatzes ist anzugeben, wenn es sich um eine Zeitvergütung handelt. Wenn die Ende Uhrzeit vor der Beginn Uhrzeit liegt, wird dies als Einsatz über Mitternacht gewertet. (xs:time im Format hh-mm-ss)
Leistungsnachweis_Position			1-n	
Positions_Nr	6	an	1	Positionsnummer der erbrachten Leistung
Menge	..4,2	n	1	Anzahl der erbrachten Leistung
Beschaeftigtennummer	9	an	1-2	Beschäftigtennummer der Person, welche die Leistung erbracht hat. Wenn mehrere Personen eine Leistung gleichzeitig erbracht haben, sind die Beschäftigtennummern aller Personen anzugeben. Wenn die Person, welche die Leistung erbracht hat, über keine Beschäftigtennummer verfügt, ist ein Ersatzwert gemäß Abschnitt 10.11 (Ersatz-Beschäftigtennummer) anzugeben.
Unterschrift_Versicherter			1	
Art_der_Unterschrift	1	an	1	Kennzeichen zur Art der Unterschrift gemäß Abschnitt 10.4

	Datum_Uhrzeit_der_Unterschrift	19	an	0-1	Tag der Leistungserbringung und Beginn des Einsatzes (xs:dateTime im Format YYYY-MM-DDThh-mm-ss)
	Unterschrift				
	Datei			1	Enthält die Unterschrift des Versicherten, seines (abwesenden) Vertreters oder eine alternative Bestätigung, jeweils codiert in base64
	Dateityp	1	an	1	MIME-Type der Datei gemäß Schlüsselverzeichnis 10.6. Wenn Art_der_Unterschrift = 1 oder 2, dann Dateityp = 3 oder 4. Wenn Art_der_Unterschrift = 3, dann Dateityp = 2. Wenn Art_der_Unterschrift = 4, dann alle Ausprägungen von Dateityp möglich.
	fehlende_Unterschrift				
	Kennzeichen_Grund			1	Enthält das Kennzeichen für den Grund der fehlenden Unterschrift gemäß Schlüsselverzeichnis 10.5
	Sonstiges	1	an	0-1	Freitext; Grund für das Fehlen der Unterschrift. Muss vorhanden sein, wenn Kennzeichen_Grund = 4
	Leistungsnachweis-ID	36	an	1	Eindeutige ID des Leistungsnachweises je Leistungserbringer UUID



9.9 Technische Fehlernachricht

Die technische Fehlernachricht (Prüfstufe 1–3) bezieht sich stets auf die gesamte Abrechnungsnachricht. Dies führt dazu, dass die vollständige Rechnung zurückgewiesen wird, auch wenn der Fehler ausschließlich einen einzelnen Abrechnungsfall betrifft.

9.9.1 Prüfstufe 1: Vorprüfung

Die Übertragungsdateien werden insbesondere auf ihre physikalische Lesbarkeit und auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft. Darunter fallen insbesondere:

- Entschlüsselungsprüfung
- Signaturprüfung
- Virenprüfung
- Zeichensatzprüfung

Bei Abweisung der Datei erfolgt mit der Fehlernachricht (FEH) gemäß Abschnitt 4.9 unter Angabe des Fehlers unverzüglich.

9.9.2 Prüfstufe 2: Schema-Validierung

Bei der Validierung finden die Strukturprüfung, Syntaxprüfung und Schlüsselprüfungen statt. Je nach Geschäftsvorfall wird die Reihenfolge der Elemente geprüft, innerhalb eines Elementes erfolgen die Prüfungen in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen sowie teilweise Inhalt (Kann- oder Muss-Feld). Die Lieferung muss im Sinne der XML-Schema-Prüfung valide sein.

- Dateiaufbau
- Aufbau des Datensatzes und -bausteins
- Feldtyp, Feldlänge und Feldart

Bei einer Schemaverletzung wird die komplette Datei zurückgewiesen.

Es ist in diesem Falle mit der Fehlernachricht (FEH) gemäß Abschnitt 4.9 auch der Fehlertext des XML-Parsers an den Absender unverzüglich zu übermitteln.

9.9.3 Prüfstufe 3: Plausibilitäts-Prüfungen

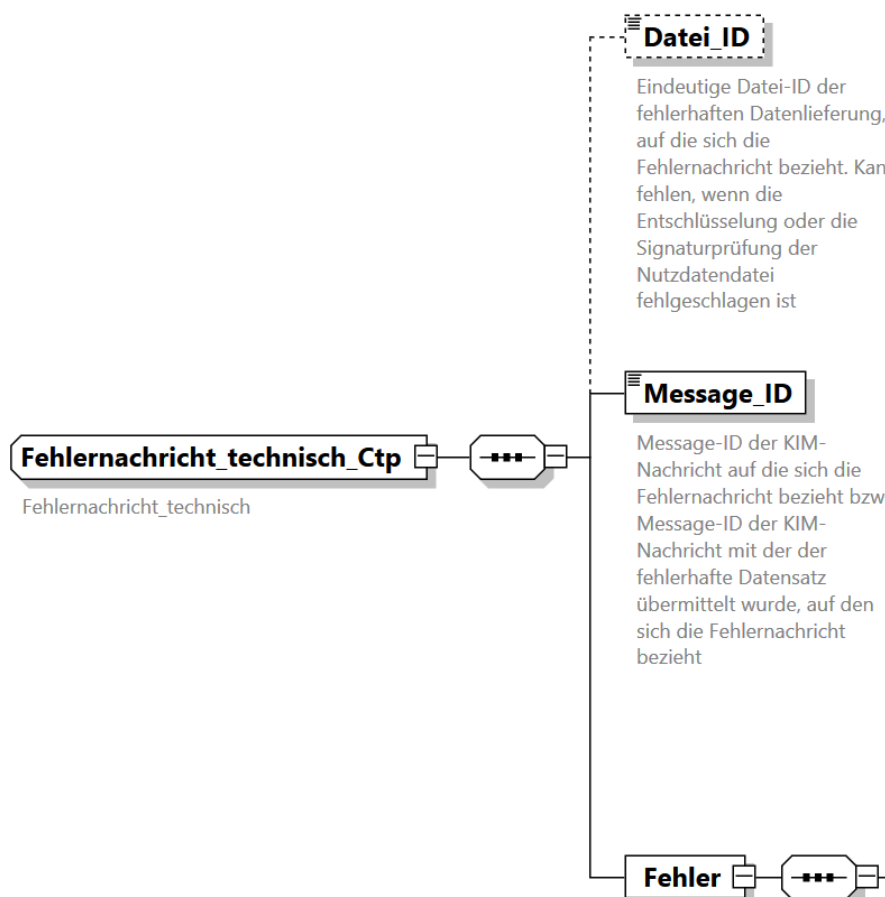
Einzelne Felder werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z.B. Datum, Uhrzeit), die nicht bereits durch das XML-Schema abgedeckt sind. Weiter finden Kombinationsprüfungen über mehrere Felder statt.

Bei Abweisung der Datei erfolgt mit der Fehlernachricht (FEH) gemäß Abschnitt 4.9 unter Angabe des Fehlers unverzüglich.

9.9.4 Datenstruktur

Je übermittelter Fehlernachricht wird die vollständige Abrechnungsnachricht geprüft. Alle dabei festgestellten Fehler werden ermittelt und in der Fehlernachricht gesammelt zurückgemeldet. Hierzu wird im Body in die Choice "Fehlernachricht_technisch" verzweigt.

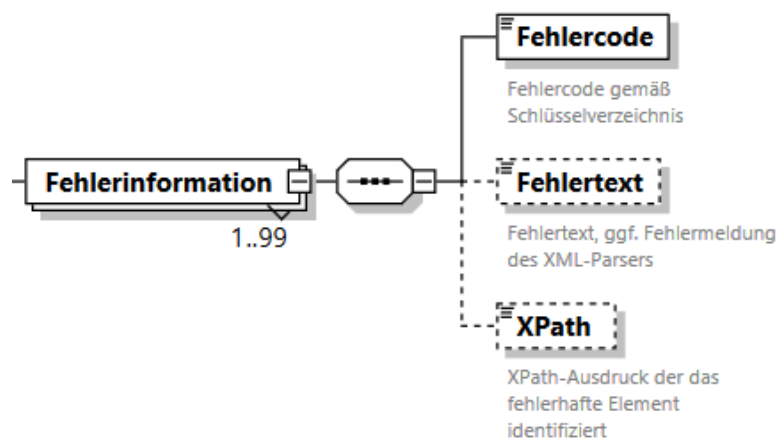
Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Datei_ID	36	an	0-1	Eindeutige Datei-ID der fehlerhaften Datenlieferung, auf die sich die Fehlernachricht bezieht. Kann fehlen, wenn die Entschlüsselung oder die Signaturprüfung der Nutzdatendatei fehlgeschlagen ist UUID
Message_ID	1..998		1	Message-ID der KIM-Nachricht auf die sich die Fehlernachricht bezieht bzw. Message-ID der KIM-Nachricht mit der der fehlerhafte Datensatz übermittelt wurde, auf den sich die Fehlernachricht bezieht



9.9.5 Fehler/Fehlerinformation

Der Block "Fehlerinformation" kann 1 bis 99 mal übertragen werden.

Feldname	Anz. Stell.	Typ	Vork.	Erläuterung/Inhalt
Fehlercode	5	an	1	Fehlercode gemäß Schlüsselverzeichnis 10.1
Fehlertext	1..600	an	0-1	Fehlertext, ggf. Fehlermeldung des XML-Parsers
XPath	1..600	an	0-1	XPath-Ausdruck der das fehlerhafte Element identifiziert



9.10 Fachliche Fehlernachricht

Eine Erweiterung der technischen Anlage um die fachliche Fehlernachricht (Prüfstufe 4) erfolgt im Zuge der weiteren Bearbeitung.

Eine Fehlernachricht (FEH_FACH) und Vollabweisung wird auch in den Fällen übermittelt, in denen der Versicherte nicht im Datenbestand der Krankenkasse geführt ist, weil er weder aktuell noch zu einem früheren Zeitpunkt dort versichert war.

10 Schlüsselverzeichnisse

10.1 Schlüssel Fehlercodes

Fehlercode	Inhalt
01000	Ungültige Versionsnummer logische Version
01001	XML-Schemavalidierung fehlgeschlagen
01004	Erstellungsdatum größer Verarbeitungsdatum unzulässig
01007	Nutzdatendatei nicht lesbar
01008	Falscher Zeichensatz
01009	Möglicher Virenbefall
01201	Die Signatur der Abrechnungsdaten ist nicht gültig, da ein fehlerhaftes Zertifikat verwendet wurde.
01202	Die Signatur der Abrechnungsdaten ist nicht gültig, da die übermittelten Daten nicht den signierten Daten entsprechen.
01203	Die Signatur des Leitungsnachweises ist nicht gültig, da ein fehlerhaftes Zertifikat verwendet wurde.
01204	Die Signatur des Leitungsnachweises ist nicht gültig, da die übermittelten Daten nicht den signierten Daten entsprechen.
01307	Die KIM-Nachricht ist in einem falschen Format verschlüsselt.
01309	KIM-Nachricht besitzt keine Signatur.
01310	Die Signatur für die KIM-Nachricht hat das falsche Format.
01311	Die Signaturprüfung der KIM-Nachricht hat ergeben, dass der Nachrichteninhalte nicht mit der Signatur übereinstimmt.
01313	Die KIM-Nachricht konnte aufgrund eines nicht verfügbaren Schlüssels nicht entschlüsselt werden.
01314	Nachrichtentyp unbekannt
01315	IK unbekannt
01316	IK /Krankenkasse unbekannt
01317	Empfänger KIM-Postfach und Empfänger Nutzdatendatei nicht identisch
01318	Die Empfängeradresse ist für die in der KIM-Dienstkennung angegebene Leistungsart nicht zutreffend.
01319	Der Betreff entspricht nicht folgendem Aufbau: <Verfahrenskennung>_<Nachrichtentyp>_<Datei_ID>
01320	Der Name des Anhangs entspricht nicht folgendem Aufbau: <Verfahrenskennung>_<Nachrichtentyp>_<Datei_ID>.xml
01321	Der Anhang fehlt.

01322	Die Dienstkennung entspricht nicht folgendem Aufbau: HKP;XXX_XXXX;<version>
01323	Der Betreff und der Name des Anhangs entsprechen sich nicht.
01325	Der Anhang muss base64-kodiert als application/octet-stream gesendet werden.
02001	Datenelement unzulässig leer
02003	Datei-ID bereits vorhanden
02004	Abrechnungsfall-ID bereits vorhanden
02005	Leistungsnachweis-ID bereits als Verarbeitungskennzeichen ,01' übermittelt
02007	Datumsangabe größer Verarbeitungsdatum unzulässig
02009	Leistungsnachweis-IDs zwischen Element "Abrechnungsbegründende Unterlage" und entsprechendem Leistungsnachweis nicht identisch
02010	PRODMOD-ID nicht gefunden
02011	PRODMOD-ID außerhalb der Gültigkeit
03000	Verwendeter Dateityp bei Art der Unterschrift unzulässig
03001	Es liegt keine Abrechnung ohne Besonderheiten zur Korrektur vor
03002	anderer technischer Fehler (Erläuterung siehe Fehlertext)

10.2 Schlüssel Logische Version

Schlüssel	Inhalt
1.0.0	<p>Die logische Version ergibt sich aus der Kombination folgender gültiger Dokumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Technische Anlage HKP Version 1.1.0 * XML-Schemata: 1.1.0 <ul style="list-style-type: none"> • SLP_BAS_1.1.0 • HKP_BAS_1.1.0 • HKP_DAT_1.1.0 • HKP_ARN_1.1.0 • HKP_ARF_1.1.0 • HKP_LNW_1.1.0 • HKP_FEH_TECH_1.1.0

10.3 Schlüssel Verarbeitungskennzeichen

Schlüssel	Inhalt
01	Abrechnung ohne Besonderheiten
05	Korrekturrechnung TI

10.4 Schlüssel Art der Unterschrift

Schlüssel	Inhalt
1	Bildunterschrift des Versicherten oder seines Vertreters
2	Bildunterschrift eines Vertreters aus Angehörigen-Apps
3	gescannter Papier-LNW mit der Unterschrift eines abwesenden Betreuers/Bevollmächtigten
4	alternative Bestätigungsmethode (nur nach bilateraler Abstimmung mit der Krankenkasse möglich)
5	begründetes Fehlen der Unterschrift

10.5 Schlüssel Grund des Fehlens der Unterschrift

Schlüssel	Inhalt
1	Versicherter verstorben
2	stationäre Versorgung
3	körperliche/kognitive Einschränkung (z. B. Schreibschwäche)
4	Sonstiges

10.6 Schlüssel Dateityp (MIME Type der Datei)

Schlüssel	Inhalt
1	text/xml
2	application/pdf
3	image/png
4	image/jpeg
5	Sonstiges

10.7 Schlüssel Abrechnungscode

Verschlüsselung des Leistungserbringers

Schlüssel	Inhalt
	Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe
31	freigemeinnützige Anbieter (Sozialstation)
32	privatgewerbliche Anbieter
33	öffentliche Anbieter
34	Sonstige Pflegedienste

10.8 Schlüssel Tarifkennzeichen / Tarifbereich

Verschlüsselung des für den Leistungserbringer gültigen Tarifbereiches

Schlüssel	Inhalt
00	Bundeseinheitlicher Tarif (gültig für Ost und West)
01	Baden-Württemberg
02	Bayern
03	Berlin Ost
04	Bremen
05	Hamburg
06	Hessen
07	Niedersachsen
08	Nordrhein-Westfalen
09	Rheinland-Pfalz
10	Saarland
11	Schleswig-Holstein
12	Brandenburg
13	Sachsen
14	Sachsen-Anhalt
15	Mecklenburg-Vorpommern
16	Thüringen
17	Stuttgart und Karlsruhe
18	Freiburg und Tübingen
19	Berlin West
20	Nordrhein
21	Westfalen-Lippe

22	Lippe
23	Berlin (gesamt)
24	Bundeseinheitlicher Tarif (West)
25	Bundeseinheitlicher Tarif (Ost)
26 bis 49	noch zu vergeben
50	Bundesvertrag
51	Baden-Württemberg
52	Bayern
53	Berlin Ost
54	Bremen
55	Hamburg
56	Hessen
57	Niedersachsen
58	Nordrhein-Westfalen
59	Rheinland-Pfalz
60	Saarland
61	Schleswig-Holstein
62	Brandenburg
63	Sachsen
64	Sachsen-Anhalt
65	Mecklenburg-Vorpommern
66	Thüringen
67	Stuttgart und Karlsruhe
68	Freiburg und Tübingen
69	Berlin West
70	Nordrhein
71	Westfalen-Lippe
72	Lippe
73	Berlin (gesamt)
74	Bundeseinheitlicher Tarif (West)
75	Bundeseinheitlicher Tarif (Ost)
76 bis 89	noch zu vergeben
90	sonstiger länderübergreifender Tarif
91 bis 99	Vertrag auf Kassenebene

10.9 Schlüssel Tariffkennzeichen / Sondertarife

Schlüssel	Inhalt
000 - 090 A00 - A90	ohne Besonderheiten
091 - 098 A91 - A98	nicht besetzt (wird von den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene belegt)
099	Leistung ohne preisliche Regelung und daher Abrechnung nach genehmigten Kostenvoranschlag
U00 - ZZZ	nicht besetzt
Alle übrigen Zahlen-/Buchstabenkombinationen, die nicht in die o. g. reservierten Bereiche fallen	Sondertarifvereinbarungen zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern und einem oder mehreren Kostenträgern (Das Kennzeichen für Sondertarife wird von den Vertragspartnern festgelegt.)

10.10 Schlüssel Abrechnungspositionsnummer für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

Schlüssel	Inhalt
	Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe
1. und 2. Stelle	Gesetzliche Leistungsgrundlage wie z. B. § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V
3. Stelle	Art der Versorgung wie z. B. Grundpflege, Behandlungspflege
4. bis 6. Stelle	Art der Leistung wie z. B. Pauschale, Einzelleistung

10.11 Schlüssel Ersatz-Beschäftigtennummer

Schlüssel	Inhalt
999999998	neue(r) Beschäftigte(r) oder neu beim Pflegedienst Tätige(r) ohne Beschäftigungsverhältnis, die/der noch nicht über eine Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 Satz 2 SGB V verfügt
999999997	Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 Satz 2 SGB V fehlt aus sonstigem Grund
999999996	Auszubildende(r) ohne Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 Satz 2 SGB V

10.12 Schlüssel Mengeneinheiten

Schlüssel	Abkürzung	Mengeneinheit
08	MIN	Minute
12	ST	Stück
14	TAG	Tag
15	KM	Kilometer

10.13 Schlüssel Unfall/Sonstiges

Kennzeichnung, ob Unfall bzw. sonstige Anlässe für evtl. Ersatzansprüche

Schlüssel	Inhalt
1	Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit
2	sonstige Unfallfolgen
3	Sonstiges (BVFG, BEG, HHG, OEG, IfSG, SVG)

10.14 Schlüssel BVG/SER

Kennzeichnung, ob es sich um einen BVG- bzw. SER-Fall für evtl. Ersatzansprüche handelt

Hinweis: Ab 01.07.2024 werden sukzessive die Verordnungsmuster der KBV von "BVG" auf "SER" umgestellt. Da die Umstellung über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgt, kann der Schlüsselwert "6" sowohl "BVG" als auch "SER" bedeuten.

Schlüssel	Inhalt
6	BVG/SER Ab 01.07.2024 werden sukzessive die Verordnungsmuster der KBV von "BVG" auf "SER" umgestellt. Da die Umstellung über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgt, kann der Schlüsselwert "6" sowohl "BVG" als auch "SER" bedeuten.

10.15 Schlüssel Kennzeichen Verordnungsbesonderheiten

Kennzeichnung spezifischer Verordnungen

Schlüssel	Inhalt
1	Verordnung von einem Zahnarzt/Kieferorthopäden
2	Verordnung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder der Entbindung
3	Zurzeit nicht belegt
4	Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements
7	Verordnung im Rahmen der Terminservicestellen
8	Empfehlung nach § 40 Abs. 6 SGB XI (nur Hilfsmittel)
9	Verordnung im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64d SGB V