

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung
ab 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET
gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur
datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 31. Januar 2024

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 Satz 9 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in seiner Sitzung am 31. Januar 2024 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET die in der statistischen Basisprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten ab dem Jahr 2024 anzuwendenden Prüfkriterien gemäß **Anlage** (Kapitel 3.1 bis Kapitel 3.16) beschlossen.

Berlin, den 31. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Maag



Prüfkriterien zur Validierung von Sozialdaten durch das IQTIG

**Anlage zu den Beschlüssen des G-BA gemäß Teil 1 § 16
Abs. 6 DeQS-RL**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Prüfkriterien zur Validierung von Sozialdaten durch das IQTIG. Anlage zu den Beschlüssen des G-BA gemäß Teil 1 § 16 Abs. 6 DeQS-RL

Ansprechperson Dr. Sebastian Franke

Datum der Abgabe 14. November 2023

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Methodik.....	6
3 Beschreibung der Prüfkriterien.....	10
Übersicht der Prüfkriterien zur Sozialdatenvalidierung	10
3.1 Prüfkriterium 30 „Fehlende Datenlieferung“	12
3.2 Prüfkriterium 22 „Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters“	13
3.3 Prüfkriterium 31 „Ungültige Sozialdatenspezifikation“	14
3.4 Prüfkriterium 32 „Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten“	15
3.5 Prüfkriterium 6 „Versicherte ohne Indexfall“	16
3.6 Prüfkriterium 29 „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“	17
3.7 Prüfkriterium 1 „Fehlende Kassengröße“	18
3.8 Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“	19
3.9 Prüfkriterium 4 „Fehler in den Quartalsstammdaten“	20
3.10 Prüfkriterium 21 „Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen“	21
3.11 Prüfkriterium 12 „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“	22
3.12 Prüfkriterium 5 „Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation“	23
3.13 Prüfkriterium 28 „Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen“	24
3.14 Prüfkriterium 24 „Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen“	25
3.15 Prüfkriterium 23 „Unplausible Anzahl von unter 18-Jährigen“	26
3.16 Prüfkriterium 15 „Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD“	27
Glossar	28
Impressum.....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Prüfkriterien10

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Automatisierte Vorprüfung relativer Prüfkriterien nach Spiegelhalter 8

1 Einleitung

Seit einigen Jahren wird in der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V vermehrt auf Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 284 SGB V zurückgegriffen. Im Vergleich zu eigens erhobenen Qualitätssicherungsdaten verursachen Sozialdaten keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern.

Da die Sozialdaten eine neue Datenquelle für die Qualitätssicherung darstellen, ist sicherzustellen, dass die Qualität und die Validität der gelieferten Daten für die Berechnung von Qualitätsindikatoren ausreichend sind. Akkurate Sozialdatenlieferungen von sämtlichen Krankenkassen sind für eine faire, Leistungserbringer-vergleichende Qualitätssicherung entscheidend. Einerseits, weil zahlreiche Qualitätsindikatoren auf relativ kleinen Fallzahlen basieren und somit bereits einzelne, fehlerhaft gelieferte Sozialdaten die Indikatorergebnisse eines Leistungserbringers substantiell beeinflussen können. Andererseits, weil manche Krankenkassen auf bestimmte Regionen begrenzt sind und somit nicht davon ausgegangen werden kann, dass krankenkassenspezifische Datenfehler sich über alle Leistungserbringer bundesweit ausgleichen.

Nach Teil 1 § 16 Abs. 6 geltender DeQS-Richtlinie ist eine regelhafte Prüfung und Validierung der Sozialdaten anhand von einheitlichen Prüfkriterien durch das IQTIG vorgegeben. Bislang hat das IQTIG bereits im Rahmen der allgemeinen Verfahrensbegleitung ohne explizite Beauftragung Validierungen der Sozialdaten in erheblichem Umfang vorgenommen. Hierzu wurden den Krankenkassen individualisierte Berichte mit festgestellten Auffälligkeiten zugesandt. Im Rahmen dieses informellen Vorgehens konnten bereits substantielle Verbesserungen der Sozialdatenlieferungen für verschiedene Auswertungsmodule erzielt werden.

Im Folgenden wird zunächst die grundlegende Methodik zur Entwicklung und Anwendung von Prüfkriterien erläutert. Anschließend werden alle derzeit entwickelten Prüfkriterien im Detail dargestellt, die für eine bundesweit einheitliche Umsetzung zur Validierung der Sozialdaten gemäß DeQS-RL vorgeschlagen werden. Die Prüfkriterien bauen hierarchisch aufeinander auf. Die hier vorgeschlagenen Prüfkriterien stellen einen ersten Teil der Basisprüfung der Sozialdatenlieferungen dar. Weitere Prüfkriterien werden entwickelt und sollen zukünftig nach Beschluss durch den Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Basisprüfung aufgenommen werden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mit der Regelung der Sozialdatenvalidierung in der DeQS-RL im Vergleich zum bisherigen informellen Verfahren erhebliche Mehraufwände anfallen, da aktuell nun eine vollständige Prüfung aller sieben Module zu jährlich vier Lieferungen vorgegeben ist. Die Auswahl von bislang sechs Prüfkriterien für das Kalenderjahr 2023 entspricht dem Umfang der derzeit leistbaren Validierungsprüfungen.

2 Methodik

Gemäß § 16 DeQS-RL sind die von den Krankenkassen gelieferten Sozialdaten durch die Bundesauswertungsstelle mittels geeigneter Verfahren auf ihre Validität hinsichtlich der Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen. Die Validitätsprüfung der gelieferten Sozialdaten soll anhand der in diesem Dokument definierten modulspezifischen Prüfkriterien erfolgen. Die Prüfkriterien werden durch das IQTIG entwickelt und sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA zu beschließen.

Die Prüfkriterien werden nach Beschluss durch den G-BA vom IQTIG auf alle von den Krankenkassen gelieferten Sozialdaten angewendet. Dem IQTIG liegen dabei nur Kassenpseudonyme vor, sodass die Klarnamen der Krankenkassen nicht ersichtlich sind. Anhand der Ergebnisse der Prüfkriterien werden Datenlieferungen der Krankenkassen als *auffällig* oder *unauffällig* klassifiziert. Wird eine solche Auffälligkeit in den Daten festgestellt, so führt dies zu einem Prüfbedarf bei den Krankenkassen.

Die Prüfkriterien stellen die für die Qualitätsindikatoren relevanten Inhalte in den Mittelpunkt, so dass auffällige Prüfergebnisse bei den Sozialdaten Verzerrungen bei den Qualitätsindikatoren nach sich ziehen können.

Bei Auffälligkeiten in den gelieferten Sozialdaten sollen diese zeitnah im Rahmen von krankenkassenspezifischen Rückmeldeberichten des IQTIG an die Krankenkassen detailliert dargestellt werden. Liegt eine Auffälligkeit zu einem Prüfkriterium vor, wird der Krankenkasse ein Prüfbedarf angezeigt. Auf diese Weise werden die Krankenkassen befähigt, eine Korrektur oder Nachlieferung der Daten bis zum nächsten, spätestens übernächsten Lieferzeitfenster nach Mitteilung der Auffälligkeit umzusetzen.

Die Krankenkassen liefern im Regelfall zu vier definierten Lieferzeitfenstern pro Jahr Sozialdaten an das IQTIG. Zu Informationszwecken erhalten sämtliche Krankenkassen, nach Ende des Lieferzeitfensters, einen vollständigen Rückmeldebericht zu allen Prüfkriterien. Krankenkassen ohne Auffälligkeit werden auf diese Weise über eine fehlerfreie Datenlieferung informiert. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass dem IQTIG keine aktuelle Liste mit den entsprechenden Kassenpseudonymen über existierende Krankenkassen vorliegt. Daher ist es möglich, dass Ergebnisse und Berichte für aufgelöste oder fusionierte Krankenkassen generiert werden.

Die konkret zu liefernden Sozialdateninhalte sind in den regelmäßig vom IQTIG veröffentlichten Sozialdatenspezifikationen definiert. Im Regelfall enthalten die Sozialdatenspezifikationen zwei modulspezifische Filterstufen, die vorgeben, welche Dateninhalte für ein bestimmtes Auswertungsmodul zu liefern sind. Für bestimmte Module ist nur eine Filterstufe definiert.

Grundsätzlich zielen die Prüfkriterien auf die korrekte Anwendung der Sozialdatenspezifikation bzw. der Filterstufen ab, da die entsprechend gelieferten Dateninhalte in die Zähler- und Nennerbestände der Qualitätsindikatoren eingehen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die bei den

Krankenkassen gespeicherten Sozialdaten nicht von den Krankenkassen erhoben werden, d. h. die Krankenkassen verantworten nicht den Inhalt der Daten. Die Dokumentation der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgt durch die Leistungserbringer.

Die aufgeführten Prüfkriterien bilden den derzeitigen Stand der Sozialdatenvalidierung ab und werden u. a. mit der wachsenden Anzahl an Modulen unter Berücksichtigung weiterer Abrechnungsparagrafen und -inhalte erweitert und ergänzt.

Zur Bestimmung von Auffälligkeiten werden je Lieferung alle Module zu allen angeforderten Erfassungsjahren einzeln geprüft. Somit erhält eine Krankenkasse mehrere Rückmeldeberichte je Quartal. Die zugrunde liegende Methodik unterscheidet zwei Ansätze:

1. Feststehende Auffälligkeiten

Die Sozialdatenspezifikation gibt vor, wann welche Daten zu liefern sind. Es lassen sich somit Prüfkriterien ableiten, die prüfen, ob die Vorgaben der Sozialdatenspezifikation eingehalten wurden. Wurde nicht gemäß der Sozialdatenspezifikation geliefert, führt dies zu einer Auffälligkeit in entsprechenden Prüfkriterien.

Beispielhaft für ein Prüfkriterium mit feststehender Auffälligkeit kann Prüfkriterium 6 „Versicherte ohne Indexfall“ genannt werden. Die Spezifikation gibt vor, dass Versichertendatensätze nur in Verbindung mit einem sogenannten Indexfall zu liefern sind. Werden Versicherte ohne Indexfall geliefert, führt dies zu einem Prüfbedarf bei den Krankenkassen in Prüfkriterium 6.

Bei feststehenden Auffälligkeiten können betroffene Datensätze konkret identifiziert werden. Im Falle von Auffälligkeiten werden den jeweiligen Krankenkassen in den Rückmeldeberichten Informationen zur Identifikation betroffener Datensätze bereitgestellt.

2. Relative Auffälligkeiten

Bei Prüfkriterien mit relativer Auffälligkeit gelten aggregierte Ergebnisse einzelner Krankenkassen, die stark von der Verteilung der Ergebnisse der anderen Krankenkassen abweichen, sogenannte Ausreißerwerte, als auffällig. Ein allgemeines Problem bei der Markierung von Ausreißern besteht darin, dass die Häufigkeit der relevanten Ereignisse zwischen den Krankenkassen variieren und es sich dabei nicht nur um zufällige Variationen handelt, da (Ko-)Morbidity und Erkrankungsrisiken für unterschiedliche Krankenkassen unterschiedlich ausgeprägt sind. Ungeachtet dessen besteht ein Vorteil der Sozialdaten bei den Krankenkassen darin, dass diese auf Krankenkassenebene aggregiert werden können und sich dementsprechend große Fallzahlen ergeben. Dadurch ist es möglich, auch zu seltenen Ereignissen (z. B. Sterbefällen) Auffälligkeiten in den Daten zu bestimmen. Bei kleineren Fallzahlen, wie sie bei einer Aggregation auf Leistungserbringerebene vorliegen, können bestimmte Auffälligkeiten nicht mit der notwendigen statistischen Sicherheit bestimmt werden. So ist es durchaus möglich, dass einzelne Leistungserbringer tatsächlich extrem wenige bzw. gar keine Sterbefälle aufweisen. Auf Ebene der Krankenkassen ist dies jedoch nahezu ausgeschlossen. Liefert eine Krankenkasse

keinen Sterbefall, kann bei einer entsprechenden Größe der Krankenkasse von einer auffälligen Datenlieferung durch diese Krankenkasse ausgegangen werden.

Die Einstufung für Prüfkriterien mit relativer Auffälligkeitsschwelle erfolgt durch eine automatisierte Vorprüfung und eine endgültige Sichtprüfung.

Für die automatisierte Vorprüfung wird in einem ersten Schritt ein Erwartungswert für die im Prüfkriterium beschriebene Relation aus der jeweiligen Messgröße und Referenzgröße festgelegt. Dieser Erwartungswert wird als das arithmetische Mittel aller krankenkassenindividuellen Relationen des entsprechenden Prüfkriteriums gebildet.

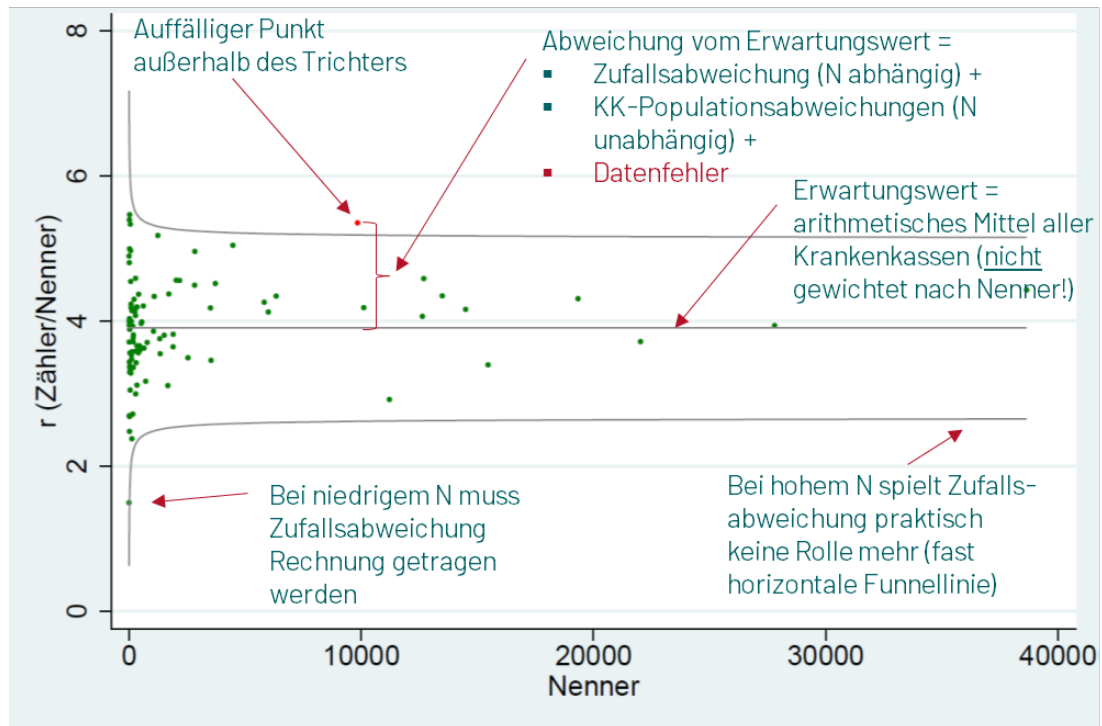


Abbildung 1: Automatisierte Vorprüfung relativer Prüfkriterien nach Spiegelhalter

Die Relation einer Krankenkasse kann vom Erwartungswert abweichen. Dies ist vor allem bei niedrigen Versichertenzahlen möglich. Um diese Abweichung abzubilden, werden abhängig von der gelieferten Anzahl an Versicherten bzw. Abrechnungsfällen je Krankenkasse in Anlehnung an Spiegelhalter¹ zwei *Kontrollgrenzen* definiert, welche sich über und unter dem Erwartungswert befinden.

Ein weiterer möglicher Grund für Abweichungen kann sich aus der Zusammensetzung der Versichertenpopulation einer Krankenkasse ergeben. Um dies zu berücksichtigen werden die beiden *Kontrollgrenzen* mit Bezugnahme auf die Standardabweichung der Relationen der Krankenkassen erweitert. Liegt die Relation einer Krankenkasse außerhalb der Kontrollgrenzen, wird diese automatisiert als potenzielle Auffälligkeit mit Prüfbedarf vormarkiert.

¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15568194/> (zuletzt abgerufen am: 03.11.2023)

Auf Grundlage dieser automatisierten Vorprüfung wird eine endgültige Sichtprüfung durchgeführt. Anhand aller zur Verfügung stehenden Informationen und bekannten Besonderheiten (bspw. durch erfolgte Rückmeldungen der Krankenkassen) werden während der Sichtprüfung zum einen alle als potenziell auffällig vormarkierten Relationen auf ihre tatsächliche Auffälligkeit überprüft. Zum anderen werden hierdurch auch Auffälligkeiten bestimmt, die nicht durch die automatisierte Vorprüfung erfasst werden können. Ziel ist es, Krankenkassen nur Auffälligkeiten zurückzumelden, die sehr wahrscheinlich auf tatsächliche Probleme in den Daten zurückzuführen sind.

Das IQTIG beabsichtigt, die automatisierte Vorprüfung auf Grundlage der gewonnenen Erfahrungen aus dem laufenden Verfahren stetig weiter zu entwickeln. Es ist darauf hinzuweisen, dass selbst bei der sorgfältigsten Überprüfung bei relativen Prüfkriterien nicht ausgeschlossen werden kann, dass eigentlich korrekt gelieferte Daten als auffällig eingestuft werden.

Da für relative Prüfkriterien nicht einzelne Datensätze als auffällig identifiziert werden können, kann den betroffenen Krankenkassen nur ein allgemeiner Hinweis auf eine Auffälligkeit zurückgemeldet werden.

3 Beschreibung der Prüfkriterien

Übersicht der Prüfkriterien zur Sozialdatenvalidierung

Die der Sozialdatenvalidierung zugrunde gelegten Prüfkriterien sind in Tabelle 1 aufgelistet. Für genauere Beschreibungen der Prüfkriterien wird an dieser Stelle auf eine detaillierte Übersicht je Prüfkriterium in den Folgekapiteln verwiesen.

Insgesamt liegen nach aktuellem Stand sechzehn Prüfkriterien vor. Diese sind je mit einer Nummer (ID) versehen, welche in ihrer Reihenfolge keiner inhaltlichen Sortierung folgen, sondern einer historisch gewachsenen. Es wurde entschieden diese Benennung nicht nachträglich anzupassen, um den bereits etablierten Validierungsprozess möglichst konstant zu halten und weil auch eine künftige Verschiebung einer neugeschaffenen Reihenfolge durch Kennzahlneuentwicklungen nicht ausgeschlossen werden kann. In dieser Übersichtstabelle folgt die Darstellung jedoch einer inhaltlichen Sortierung. Des Weiteren ist jedes Prüfkriterium mit einem Titel oder einer Bezeichnung versehen, welche die Art der Prüfung widerspiegelt. Validiert werden die Daten hinsichtlich ihrer Vollzähligkeit, Vollständigkeit, und Plausibilität.

Tabelle 1: Übersicht der Prüfkriterien

PK-ID	Bezeichnung	Zu prüfende Module
30	Fehlende Datenlieferung	Alle Module
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	Alle Module
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	Alle Module
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten	Module, zu denen verknüpfbare QS-Daten vorliegen, z. B. PCI
6	Versicherte ohne Indexfall	Alle Module
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	Module mit Leistungs- und Medikationsfilter
1	Fehlende Kassengröße	Alle Module
34	Abweichung von der Vorjahresaufstellung	Alle Module
4	Fehler in den Quartalsstammdaten	Alle Module
21	Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen	Alle Module
12	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte	Alle Module
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Module, bei denen Sterbeinformationen übermittelt werden, z. B. PCI
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Alle Module

PK-ID	Bezeichnung	Zu prüfende Module
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Module mit Leistungs- und Medikationsfilter, z. B. PCI
23	Unplausible Anzahl von unter 18-Jährigen	Module, die unter 18-jährige Patienten enthalten, z. B. CHOL
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Module, bei denen Elixhauser-ICD übermittelt werden, z. B. NWIWI, NWITR

3.1 Prüfkriterium 30 „Fehlende Datenlieferung“

Bezeichnung	Fehlende Datenlieferung
Fragestellung	Wurden Daten geliefert?
Relevanz/Rationale	Die Lieferung von Daten ist die grundsätzliche Voraussetzung für eine Qualitätssicherung der Leistungserbringer. Die Krankenkassen sind verpflichtet, zu den in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeiträumen Sozialdaten oder eine Nullmeldung an das IQTIG zu liefern.
Durchführung der Prüfung	Es wird geprüft, ob von einer gesetzlichen Krankenkasse Datenlieferungen ausgeblieben sind. Dies erfolgt anhand einer vom IQTIG gepflegten Liste aller bekannten Kassenpseudonyme. Selbst wenn bei einer Krankenkasse keine Versicherten auslösen, ist eine Datenlieferung mit einer Nullmeldung zu übersenden. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn keine Datenlieferung vorliegt. Eine Nullmeldung führt nicht zu einem Prüfbedarf.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Daten entsprechend der Vorgaben liefern.
Zielsetzung	Die Lieferung von Sozialdaten oder Nullmeldungen durch alle Krankenkassen.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	Dem IQTIG liegen Pseudonyme und nicht die Institutionskennzeichen der Krankenkassen vor. Es ist nicht bekannt, welche Krankenkassen zum Zeitpunkt der Datenlieferung gemeldet sind. Demensprechend wird es auch bei nicht mehr existierenden Krankenkassen zu Auffälligkeitsmeldungen kommen. Sofern ein Prüfbedarf vorliegt, werden keine weiteren Prüfkriterien zurückgemeldet. Mögliche Ausnahmen stellen das Prüfkriterium 22 „Einhaltung des Lieferzeitfensters“ und das Prüfkriterium 34 „Übereinstimmung mit der Vorjahresaufstellung“ dar.

3.2 Prüfkriterium 22 „Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters“

Bezeichnung	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters
Fragestellung	Wurden die Daten außerhalb des Lieferzeitfensters geliefert?
Relevanz/Rationale	In der DeQS-RL sind für alle Module Lieferzeiträume hinterlegt, innerhalb derer die Krankenkassen verpflichtet sind Daten zu liefern. Durch die Spezifizierung fester Lieferzeiträume soll gewährleistet werden, dass die Daten der Krankenkassen einem einheitlich aktuellen Stand entsprechen.
Durchführung der Prüfung	Es wird geprüft, ob das Lieferdatum der gelieferten Sozialdaten oder der Nulllieferung außerhalb des spezifizierten Lieferzeitfensters liegt. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die Krankenkasse nicht in dem jeweiligen Lieferzeitfenster liefert, sondern davor oder danach.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Daten entsprechend den zeitlichen Vorgaben liefern.
Zielsetzung	Die Lieferung fristgerechter Datenstände.
Auffälligkeitsschwelle	feststehend
Hinweise/Besonderheiten	

3.3 Prüfkriterium 31 „Ungültige Sozialdatenspezifikation“

Bezeichnung	Ungültige Sozialdatenspezifikation
Fragestellung	Wurde eine zum Lieferzeitpunkt ungültige Sozialdatenspezifikation verwendet?
Relevanz/Rationale	Es ist vorgesehen, dass die Daten aller Krankenkassen auf Basis der jeweils gültigen Spezifikation ausgelöst und geliefert werden. Im Zuge der jährlichen Spezifikationsanpassungen können sich Änderungen in den Vorgaben ergeben. Sofern nicht die korrekte Sozialdatenspezifikation verwendet wird, kann dies zu fehlenden oder über die Anforderungen hinausgehende Daten führen. In der Konsequenz können daraus verzerrte Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren resultieren.
Durchführung der Prüfung	Es wird geprüft, ob im Datenfeld zur verwendeten Sozialdatenspezifikation eine ungültige Spezifikationsversion angegeben wurde. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die angegebene Version ungültig ist.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Daten entsprechend der zum Lieferzeitpunkt gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Alle gelieferten Daten sollen durch die jeweils gültige Sozialdatenspezifikation ausgelöst und geliefert werden.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	Sofern diese Auffälligkeit vorliegt, ist von weiteren Auffälligkeiten in den folgenden Prüfkriterien auszugehen.

3.4 Prüfkriterium 32 „Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten“

Bezeichnung	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten
Fragestellung	Liegt zu mindestens einem gelieferten Versicherten in den Sozialdaten ein QS-Datensatz mit identischer Versichertenkennung vor?
Relevanz/Rationale	<p>Bei Verfahren, zu denen QS- und Sozialdaten erhoben werden, gibt es neben dem Sozialdatenfilter ein QS-Filter. Diese sind i. d. R. identisch. Zu jedem bei den Krankenkassen ausgelösten Versicherten sollte ein Matching zwischen diesen so ausgelösten Sozialdaten und QS-Daten über die pseudonymisierte Versichertenkennung möglich sein.</p> <p>Die Krankenkassen sollen die Versichertenkennung über die DAS-KK an die Vertrauensstelle liefern. Die Vertrauensstelle überführt diese Kennung in ein Pseudonym. Sofern zu keinem einzigen Versicherten datensatz eine Verknüpfung mit QS-Daten über das Pseudonym möglich ist, ist davon auszugehen, dass die Versichertenkennungen aller Datensätze einer Krankenkasse nicht korrekt geliefert wurden.</p>
Durchführung der Prüfung	<p>Es wird für jeden gelieferten Versichertendatensatz geprüft, ob kein zugehöriger QS-Datensatz anhand der pseudonymisierten Versichertenkennung dazu passt. Somit gelten die Versichertendatensätze der Sozialdaten als Referenz für die Prüfung.</p> <p>Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn mit keinem einzigen der gelieferten Versichertendatensätze ein QS-Datensatz verknüpft werden kann.</p>
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen dieser entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Eine identische Pseudonymisierung der Datensätze in den QS- und Sozialdaten.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	<p>Die Prüfung wird nur für Module durchgeführt, für die eine Verknüpfung von QS- und Sozialdaten vorgesehen ist.</p> <p>Wenn für alle Krankenkassen in diesem Kriterium ein Prüfbedarf entsteht, so ist von einem Fehler der Vertrauensstelle auszugehen.</p>

3.5 Prüfkriterium 6 „Versicherte ohne Indexfall“

Bezeichnung	Versicherte ohne Indexfall
Fragestellung	Liegt für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vor, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt?
Relevanz/Rationale	<p>Gemäß der Sozialdatenspezifikation sind nur Daten zu Versicherten zu liefern, die in mindestens einem Abrechnungsfall die Kriterien des sogenannten Patientenfilters erfüllen.</p> <p>Mögliche Gründe für fehlerhaft gelieferte Versichertendatensätze können sein, dass:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. diese über die Anforderungen hinaus geliefert wurden. 2. die für den Patientenfilter relevanten Abrechnungsinhalte fehlen. In der Konsequenz können daraus verzerrte Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren resultieren. <p>Die genauen Gründe sind für das IQTIG nicht ersichtlich.</p>
Durchführung der Prüfung	Für jeden gelieferten Versichertendatensatz wird geprüft, ob kein zugehöriger Abrechnungsfall vorliegt, der den Patientenfilter erfüllt. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn kein einziger passender Abrechnungsfall geliefert wurde.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Die ausschließliche Lieferung von Versichertendatensätzen, die den Patientenfilter erfüllen.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	<p>Im Modul Dialyse werden Versichertendatensätze von diesem Prüfkriterium ausgeschlossen, wenn mindestens ein selektivvertraglicher Fall vorliegt.</p> <p>Im Modul NWITR wird die Teilbedingung zum Einschluss über den Fachgruppenschlüssel für kollektiv- und selektivvertragliche Fälle nicht berücksichtigt.</p> <p>Es werden Fallbeispiele in Form von Case-ID hinterlegt. Sofern Fälle aus verschiedenen Abrechnungsparagrafen betroffen sind, werden jeweils Beispiele hinterlegt.</p>

3.6 Prüfkriterium 29 „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“

Bezeichnung	Abrechnungsfälle von Versicherten, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter (LMF) entsprechen
Fragestellung	Ist der LMF in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt?
Relevanz/Rationale	Die Sozialdatenfilter sind i. d. R. zweistufig aufgebaut. Erfüllt ein Versichertendatensatz die Bedingungen des Patientenfilters (1. Filterstufe), können ergänzenden Informationen zu Versicherten spezifiziert sein (2. Filterstufe). Der Umfang dieser Informationen ist im Leistungs- und Medikationsfilter definiert. Darüber hinaus sind keine Fälle zu Versicherten zu liefern.
Durchführung der Prüfung	Es wird geprüft, ob der LMF nicht eingehalten wurde. Dafür muss geprüft werden, ob der Versichertendatensatz dem Patientenfilter entspricht. Ist dies der Fall, werden auslösende Patientenfilterfälle beibehalten und für alle weiteren Abrechnungsfälle geprüft, ob diese dem LMF entsprechen. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn dies nicht der Fall ist.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Die ausschließliche Lieferung von Abrechnungsfällen, die der Sozialdatenspezifikation entsprechen.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	Das PK 29 findet nur Anwendung für Abrechnungsfälle von korrekt ausgelösten Versicherten. In den Modulen NWIWI und NWITR wird die Teilbedingung zum Einschluss über den Fachgruppenschlüssel für kollektiv- und selektivvertragliche Fälle nicht berücksichtigt. Es werden Fallbeispiele in Form von Case-ID hinterlegt. Sofern Fälle aus verschiedenen Abrechnungsparagrafen betroffen sind, werden jeweils Beispiele hinterlegt.

3.7 Prüfkriterium 1 „Fehlende Kassengröße“

Bezeichnung	Fehlende Kassengröße
Fragestellung	Wurde die Kassengröße geliefert?
Relevanz/Rationale	Es wird erwartet, dass die Krankenkassen eine Kassengröße liefern, da diese eine grundsätzliche Voraussetzung für eine Qualitätssicherung der Leistungserbringer ist. Wird von einer Krankenkasse keine Kassengröße geliefert, so kann dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse weiterer Prüfkriterien führen.
Durchführung der Prüfung	Es wird geprüft, ob von einer gesetzlichen Krankenkasse die Übermittlung der Krankenkassengröße ausgeblieben. Selbst wenn bei einer Krankenkasse keine Versicherten auslösen, ist eine Nullmeldung zu übersenden, welche die Krankenkassengröße beinhaltet.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Daten entsprechend der Vorgaben liefern.
Zielsetzung	Die Lieferung der Krankenkassengröße durch alle Krankenkassen.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	-

3.8 Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“

Bezeichnung	Abweichung von der Vorjahresaufstellung
Fragestellung	Stimmt die Anzahl sämtlicher, innerhalb des Vorjahres gelieferter modulspezifischer Datensätze mit der Angabe im Modul „Aufstellung“ überein?
Relevanz/Rationale	Einmal jährlich müssen die Krankenkassen im Modul „Aufstellung“ eine Angabe über die modulspezifische Anzahl gelieferter Datensätze zur Verfügung stellen. Abweichungen zwischen der Aufstellung und den gelieferten Daten deuten auf Probleme bei der Vollzähligkeit der Sozialdaten hin.
Durchführung der Prüfung	Die Angaben der Aufstellung werden mit der Anzahl der innerhalb eines jeden Lieferquartals des Vorjahres gelieferten Datensätze abgeglichen. Den Krankenkassen werden ggf. auftretende Abweichungen zurückgemeldet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn keine Aufstellung geliefert wurde, sowie wenn die Anzahl der Aufstellung von der tatsächlich übermittelten Datensatzanzahl abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze bzw. die Aufstellung entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Übereinstimmung der Aufstellung und der gelieferten Vorjahresdaten.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	Dieses Prüfkriterium wird erst ab dem zweiten Jahr des Verfahrens geprüft. Weiterhin gelten die Prüfungen der Lieferzeitfenster Februar, April, Juli als Erinnerung dafür, dass eine Aufstellung spätestens in der Oktoberlieferung zu übermitteln ist.

3.9 Prüfkriterium 4 „Fehler in den Quartalsstammdaten“

Bezeichnung	Fehler in den Quartalsstammdaten
Fragestellung	Sind in den Versichertendatensätzen alle spezifizierten Quartale geliefert worden?
Relevanz/Rationale	Entsprechend der Sozialdatenspezifikation ist der Versicherungsstatus quartalsweise, gemäß dem Zeitfilter des Leistungs- und Medikationsfilters, anzugeben. Wurde keine Angabe geliefert, ist unklar, ob ein Versicherungsverhältnis bestand.
Durchführung der Prüfung	Für jeden gelieferten Versichertendatensatz wird geprüft, ob Quartale außerhalb des spezifizierten Zeitraums geliefert wurden. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn mindestens ein spezifiziertes Quartal nicht geliefert wurde.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Keine fehlenden Angaben zum Versicherungsstatus.
Auffälligkeitsschwelle	Feststehend
Hinweise/Besonderheiten	Es gibt modulspezifisch Einschränkungen: Falls kein Leistungs- und Medikationsfilter spezifiziert ist, sind die Zeiträume des Patientenfilters anzuwenden.

3.10 Prüfkriterium 21 „Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen“

Bezeichnung	Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen
Fragestellung	Sind zu den ausgelösten Sozialdatensätzen nicht spezifizierte Abrechnungsparagrafen geliefert worden?
Relevanz/Rationale	Gemäß Sozialdatenspezifikation sind nur definierte Abrechnungsparagrafen zu den ausgelösten Fällen zu liefern.
Durchführung der Prüfung	Für jede Sozialdatenlieferung wird geprüft, ob für den definierten Zeitraum Datensätze zu nicht spezifizierten Abrechnungsparagrafen vorliegen. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn mindestens ein Datensatz für einen solchen verfahrensfremden Abrechnungsparagrafen geliefert wurde.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Ausschließlich spezifizierte Abrechnungsparagrafen liefern.
Auffälligkeitsschwelle	feststehend
Hinweise/Besonderheiten	-

3.11 Prüfkriterium 12 „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“

Bezeichnung	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte
Fragestellung	Sind zu den ausgelösten Sozialdatensätzen nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte geliefert worden?
Relevanz/Rationale	Gemäß Sozialdatenspezifikation sind nur definierte Abrechnungsinhalte zu liefern.
Durchführung der Prüfung	Für jeden Fall der Sozialdatenlieferung wird geprüft, ob Abrechnungsinhalte geliefert wurden, die nicht in einer der Filterstufen spezifiziert wurden. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn mindestens ein nicht spezifizierter Abrechnungsinhalt geliefert wurde.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Möglichst keine überzähligen Abrechnungsinhalte liefern.
Auffälligkeitsschwelle	feststehend
Hinweise/Besonderheiten	-

3.12 Prüfkriterium 5 „Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation“

Bezeichnung	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation
Fragestellung	Wurde in Relation zur Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation geliefert?
Relevanz/Rationale	Gemäß Sozialdatenspezifikation ist, sofern der Krankenkasse dies bekannt ist, die Sterbeinformation in Form einer Datumsangabe für jeden verstorbenen Versicherten in den Versichertendaten zu hinterlegen. Werden zu wenige oder zu viele Datensätzen mit Sterbeinformation geliefert, führt dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren.
Durchführung der Prüfung	Es wird je Krankenkasse eine Relation aus der Anzahl der Verstorbenen und der Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall gebildet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen von dem in der Methodik beschriebenen Toleranzbereich abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Vollzählige Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation.
Auffälligkeitsschwelle	Relativ
Hinweise/Besonderheiten	-

3.13 Prüfkriterium 28 „Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen“

Bezeichnung	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen
Fragestellung	Wurde in Relation zur Kassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert?
Relevanz/Rationale	Gemäß der Sozialdatenspezifikation sollen nur Daten zu Versicherten geliefert werden, die in mindestens einem Abrechnungsfall die Kriterien des sogenannten Patientenfilters (1. Filterstufe) erfüllen. Fehlen diese bzw. wurden mehr oder weniger geliefert, als aufgrund der Kassengröße zu erwarten gewesen wäre, sind Verzerrungen in Form von unter-/überschätzten QI-Ergebnissen zu erwarten.
Durchführung der Prüfung	Es wird je Krankenkasse eine Relation aus der Anzahl der Patientenfilterfälle und der Krankenkassengröße gebildet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik beschriebenen Toleranzbereich abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Vollständige Lieferung von Versichertendatensätzen, die den Patientenfilter erfüllen.
Auffälligkeitsschwelle	relativ
Hinweise/Besonderheiten	Sofern dieses Prüfkriterium für mehrere Abrechnungsparagrafen zu prüfen ist, werden die Ergebnisse je Paragraf dargestellt.

3.14 Prüfkriterium 24 „Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen“

Bezeichnung	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen
Fragestellung	Wurde in Relation zur Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert?
Relevanz/Rationale	Durch die Sozialdatenspezifikation ist über den Leistungs- und Medikationsfilter definiert, welche Abrechnungsfälle mit welchen Inhalten zusätzlich zur 1. Filterstufe (Patientenfilter) zu liefern sind. Fehlen diese bzw. wurden mehr oder weniger geliefert, als aufgrund der Krankenkassengröße zu erwarten gewesen wäre, sind Verzerrungen in Form von unter-/überschätzten QI-Ergebnissen zu erwarten.
Durchführung der Prüfung	Es wird je Krankenkasse eine Relation aus der Anzahl der Leistungs- und Medikationsfilterfällen und der Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall gebildet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik beschriebenen Toleranzbereich abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Vollzählige Lieferung von Versichertendatensätzen, die den Patientenfilter und Leistungs- und Medikationsfilter erfüllen.
Auffälligkeitsschwelle	relativ
Hinweise/Besonderheiten	Sofern dieses Prüfkriterium für mehrere Abrechnungsparagrafen zu prüfen ist, werden die Ergebnisse je Paragraf dargestellt.

3.15 Prüfkriterium 23 „Unplausible Anzahl von unter 18-Jährigen“

Bezeichnung	Unplausible Anzahl an Datensätzen von unter 18-Jährigen
Fragestellung	Wurde in Relation zur Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Datensätzen von unter 18-Jährigen geliefert?
Relevanz/Rationale	Die Sozialdatenspezifikation sieht für einige Module eine Lieferung von Versichertendatensätzen unter 18-Jähriger vor. Fehlen diese bzw. wurden mehr oder weniger geliefert, als aufgrund der Krankenkassengröße zu erwarten gewesen wäre, sind Verzerrungen bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren zu erwarten.
Durchführung der Prüfung	Es wird je Krankenkasse eine Relation aus der Anzahl von unter 18-Jährigen und der Anzahl der übermittelten Versicherten mit Indexfall gebildet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik beschriebenen Toleranzbereich abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Vollständige Lieferung von Versichertendatensätzen von unter 18-Jährigen
Auffälligkeitsschwelle	Relativ
Hinweise/Besonderheiten	Dieses Prüfkriterium wird nur für Module angewandt, bei denen Datensätze von unter 18-Jährigen zu liefern sind.

3.16 Prüfkriterium 15 „Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD“

Bezeichnung	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD
Fragestellung	Wurde in Relation zur gelieferten sektorspezifischen Fallzahl eine unplausible Anzahl an distinkten Elixhauser-ICD geliefert?
Relevanz/Rationale	Gemäß Sozialdatenspezifikation sind für bestimmte Module Elixhauser-ICD zu übermitteln. Werden zu viele oder zu wenige Elixhauser-ICD geliefert, führt dies zu einer Verzerrung bei der Risikoadjustierung und damit bei der Berechnung der Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren.
Durchführung der Prüfung	Es wird für jede Krankenkasse eine Relation aus dem Durchschnitt der distinkten Anzahl an Elixhauser-ICD pro Fall und den gelieferten Fällen je Sektor gebildet. Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn die kassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik beschriebenen Toleranzbereich abweicht.
Maßnahme bei Auffälligkeit	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
Zielsetzung	Plausible Lieferung von Elixhauser-ICD.
Auffälligkeitsschwelle	Relativ
Hinweise/Besonderheiten	-

Glossar

Begriff	Erklärung
Abrechnungsfall	Je Behandlung wird zur Abrechnung gegenüber den Krankenkassen ein Abrechnungsfall generiert. Das IQTIG fordert nur Fälle an, welche den Patienten- bzw. Leistungs- und Medikationsfilter erfüllen.
Abrechnungsinhalte	In Klassifikationen festgelegte Informationen, die zum Zweck der Abrechnung einer Behandlung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger erhoben, codiert und übermittelt werden. Dazu zählen ICD, EBM, OPS, PZN und DRG.
Abrechnungsparagrafen	Abrechnungsinhalte werden je nach Vertrag und Leistungserbringertyp nach unterschiedlichen Paragrafen des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) verbucht (z. B. § 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen; § 295 Übermittlungspflichten und Abrechnungen bei ärztlichen Leistungen). Die Sozialdaten sind entsprechend dieser Abrechnungsparagrafen strukturiert.
Auffälligkeit	Eine Auffälligkeit für Prüfkriterien mit feststehender Auffälligkeitsschwelle ist dann gegeben, wenn das Prüfkriterium nicht eingehalten wird. Eine Auffälligkeit für Prüfkriterien mit relativer Auffälligkeitsschwelle ist dann gegeben, wenn das Ergebnis eines Prüfkriteriums außerhalb des definierten Toleranzbereiches liegt.
Datenlieferung	Übermittlung der in der Sozialdatenspezifikation definierten Sozialdaten der Krankenkassen an das IQTIG (Bundesauswertungsstelle). Zwischengeschaltet sind die Datenannahmestelle Krankenkassen (DAS-KK) und die Vertrauensstelle (VST).
Erfassungsjahr	In Bezug auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen bezeichnet das Erfassungsjahr das Jahr, in dem die Indexleistung stattfand.
Hauptdiagnose	Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die einen Krankenhausaufenthalt medizinisch begründet. Jeder vollstationäre Krankenhausfall hat eine Hauptdiagnose und kann mehrere Nebendiagnosen haben.
Indexfall	Abrechnungsfall, in welchem die Indexleistung erbracht wurde. Ein Versicherter kann in einem Indexjahr mehrere Indexfälle aufweisen.
Indexleistung	Medizinische Leistung, durch die der Startpunkt für ein QS-Verfahren genau definiert wird.
Leistungs- und Medikationsfilter	Über den Leistungs- und Medikationsfilter (2. Filterstufe) werden für diejenigen Versicherten, welche die Kriterien der ersten Filterstufe erfüllen, Sozialdateninhalte angefordert, die über die erste Filterstufe hinausgehen. Insbesondere der Beobachtungszeitraum der zweiten Filterstufe ist dabei häufig größer als der Beobachtungszeitraum der ersten Filterstufe, da über die zweite Stufe Follow-up-Zeiträume oder auch Vorbeobachtungszeiträume abgebildet werden.
Lieferzeitfenster	In der Sozialdatenspezifikation hinterlegter Zeitraum, in dem die Krankenkassen die Sozialdaten ans IQTIG übermitteln sollen. Im Regelfall gibt es 4 Lieferzeitfenster je Kalenderjahr.

Begriff	Erklärung
Nullmeldung	Kann eine Krankenkasse für ein Verfahren keine Daten liefern, weil kein Versicherter die Kriterien des Patientenfilters erfüllt, muss zumindest eine Nullmeldung erfolgen, damit sichergestellt wird, dass jede Krankenkasse lieferbereit ist.
Patientenfilter	Der Patientenfilter (erste Filterstufe) dient der Selektion von Patienten und Fällen, für welche Sozialdaten geliefert werden sollen. Die Selektionskriterien umfassen dabei Kombinationen aus spezifischen Abrechnungsinhalten (ICD, OPS, EBM, PZN, DRG) und Zeiträumen. Dabei kann es auch Ausschlusskriterien geben.
Patientenpseudonym	Eineindeutige pseudonymisierte Patientenidentifikationsnummer (PID). Die Vertrauensstelle generiert diese aus der lebenslangen Krankenversicherungsnummer. Mit Hilfe der PID werden im Regelfall QS- und Sozialdaten miteinander verknüpft.
Primärdiagnose	Sämtliche Haupt und Nebendiagnosen sind zunächst als Primärdiagnosen codiert. Teilweise werden den Primärdiagnosen weiter qualifizierende Sekundärdiagnosen zugeordnet.
Prüfkriterium	Es sind gemäß § 16 DeQS-RL die übermittelten Sozialdaten je Modul und Erfassungsjahr vom IQTIG auf Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität zu prüfen. Prüfkriterien werden zu diesem Zweck vom IQTIG entwickelt und durch den G-BA beschlossen.
QS-Dokumentation	Verpflichtende fallbezogene Dokumentation durch die Leistungserbringer zum Zwecke der gesetzlichen Qualitätssicherung.
Rückmeldeberichte an die Krankenkassen	In den Rückmeldeberichten an die Krankenkassen werden die Ergebnisse der Sozialdatenvalidierung zurückgemeldet. Im Falle von Auffälligkeiten wird um eine Korrektur gebeten, bei fehlerfreien Daten dienen die Rückmeldeberichte lediglich der Information.
Sekundärdiagnose	Einer Primärdiagnose zugeordnete Diagnose, die nicht alleine benutzt werden kann. Sie dient der Qualifizierung einer Primärdiagnose, damit eine aus einer anderen Erkrankung resultierende Erkrankung nicht verloren geht beim Codieren.
Sozialdaten (bei den Krankenkassen)	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören unter anderem Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Sozialdatenspezifikation	Die Sozialdatenspezifikation ist ein technisches Dokument, in dem genau definiert ist, welche Sozialdateninhalte an das IQTIG zu liefern sind. Im Regelfall besteht die Sozialdatenspezifikation aus zwei aufeinander aufbauenden Filterstufen (1. Patientenfilter, 2. Leistungs- und Medikationsfilter). Für jedes Auswertungsmodul gibt es eigene Vorgaben.
Toleranzbereich	Definierter Bereich aller als nicht auffällig geltenden Werte.
Transaktionskennung	Lieferungen von der Krankenkasse an das IQTIG haben eine Transaktionskennung genannte eineindeutige ID (GUID), welche zur Vereinigung sämtli-

Begriff	Erklärung
	cher Dokumente einer Transaktion verwendet wird. Auf die Transaktionskennung wird in den Rückmeldeberichten des IQTIG an die Krankenkasse Bezug genommen.
Versichertendatensatz	Beschreibt die Gesamtheit aller Informationen (Versichertenstammdaten, Abrechnungsfälle und Abrechnungsinhalte) die zu einem Versicherten innerhalb einer Transaktion übermittelt werden.
Versichertenstammdaten	Der Teil in den Versichertendaten, in dem u. a. das Patientenpseudonym, das Geburts-, das Sterbedatum und das Geschlecht übermittelt werden.
Vertrauensstelle	Zwischengeschaltete Stelle, welche datentreuhänderisch Anonymisierung und Deanonymisierung eingehender und ausgehender Daten umsetzt.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org