

# Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
die Festlegung der Prüfkriterien für die  
Sozialdatenvalidierung 2023 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 25. Januar 2023

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 Satz 4 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in seiner Sitzung am 25. Januar 2023 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET die in der statistischen Basisprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten im Jahr 2023 anzuwendenden Prüfkriterien gemäß **Anlage** (Kapitel 3.1 bis Kapitel 3.6) beschlossen.

Berlin, den 25. Januar 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Qualitätssicherung  
gemäß § 91 SGB V  
Die Vorsitzende

Maag



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Prüfkriterien zur Validierung von Sozialdaten durch das IQTIG

Stand: 2. November 2022

---

## Inhalt

Inhalt .....	2
Tabellenverzeichnis.....	3
Glossar.....	4
1 Einleitung.....	7
2 Methodik .....	8
1. Feststehende Auffälligkeiten .....	9
2. Relative Auffälligkeiten .....	9
3 <i>Beschreibung der Prüfkriterien</i> .....	10
3.1 Prüfkriterium 30 "Fehlende Datenlieferung" .....	11
3.2 Prüfkriterium 22 "Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters" .....	12
3.3 Prüfkriterium 31 "Ungültige Sozialdatenspezifikation" .....	13
3.4 Prüfkriterium 32 "Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten" .....	14
3.5 Prüfkriterium 6 "Versicherte ohne Indexfall" .....	15
3.6 Prüfkriterium 29 "Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen" .....	16

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Prüfkriterien ..... 10

## Glossar

Begriff	Erklärung
Abrechnungsfall, auch Fall, Sozialdatenfall, Behandlungsfall	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, auch Diagnose- oder Prozedurcodes, Arzneidaten	In Klassifikationen festgelegte Informationen, die zum Zwecke der Abrechnung einer Behandlung zwischen LE und Kostenträger erhoben, codiert und übermittelt werden. Dazu zählen ICD, EBM, OPS, PZN und DRG.
Abrechnungsparagraphen, auch Abrechnungskontexte, Datenquelle, Sektor	Abrechnungsinhalte werden je nach Vertrag und Leistungserbringertyp nach unterschiedlichen Paragraphen des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) verbucht (z.B. § 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen; § 295 Übermittlungspflichten und Abrechnungen bei ärztlichen Leistungen). Die Sozialdaten sind entsprechend dieser Abrechnungsparagraphen strukturiert.
Auffälligkeit, auch Prüfbedarf	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, auch Lieferung, Datenexport, Datenübermittlung	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, auch Patientenfilterfall	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, auch 2. Filterstufe	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, auch Lieferzeitraum, Lieferfenster	In der Sozialdatenspezifikation hinterlegter Zeitraum, in dem die Krankenkassen die Sozialdaten ans IQTIG übermitteln sollen. Im Regelfall gibt es 4 Lieferzeitfenster je Kalenderjahr.
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, auch 1. Filterstufe	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, auch Patientenidentifikationsnummer	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 der 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 KK werden den Krankenkassen 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 Kodieren.
Sozialdaten (bei den Krankenkassen), auch Abrechnungsdaten, Routinedaten	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, auch Erwartungsbereich	Definierter Bereich aller als nicht auffällig geltenden Werte.
Transaktionskennung, auch Set ID	Lieferungen von der KK an das IQTIG haben eine Transaktionskennung genannte eindeutige ID (GUID), welche zur Vereinigung sämtlicher Dokumente einer Transaktion verwendet wird. Auf die Transaktionskennung wird in den Rückmeldeberichten des IQTIG an die KK Bezug genommen.
Versichertendatensatz, auch Sozialdatensatz, Datensatz	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.

# 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 kassenspezifische Datenfehler sich über alle Leistungserbringer bundesweit ausgleichen.

Nach 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-Richtlinie vorgeschlagen werden. Die Prüfkriterien bauen hierarchisch aufeinander auf. Die hier vorgeschlagenen Prüfkriterien stellen einen ersten Teil der Basisprüfung der Sozialdatenlieferungen dar. Weitere Prüfkriterien sind in Entwicklung und sollen zukünftig nach Beschluss durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in die Basisprüfung aufgenommen werden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mit der Regelung der Sozialdatenvalidierung in der DeQS-Richtlinie 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 der DeQS-Richtlinie sind die gelieferten Sozialdaten der Krankenkassen von der Bundesauswertungsstelle durch geeignete Verfahren auf ihre Validität hinsichtlich der Vollständigkeit, 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, so dass dem IQTIG 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 sind grundsätzlich an der Relevanz des zu prüfenden Dateninhalts für die Qualitätsindikatoren orientiert, d.h. 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 Kasse 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. Der Versand der Rückmeldeberichte zur jeweiligen Datenlieferung erfolgt zeitnah nach Ende des Lieferzeitfensters. Zu Informationszwecken erhalten sämtliche Krankenkassen immer 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 Kassen erhoben werden, d.h. die

Krankenkassen verantworten nicht den Inhalt der Daten. Die Dokumentation der Sozialdaten erfolgt bei den Leistungserbringern.

Die aufgeführten Prüfkriterien bilden den derzeitigen Stand der Sozialdatenvalidierung ab und werden u.a. mit der wachsenden Anzahl an Modulen unter Berücksichtigung weiterer Abrechnungsparagraphen 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 zugrundeliegende Methodik lässt sich in zwei Ansätze unterscheiden:

### **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 Versichertendatensätzen 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**

*Hinweis an Vertreter der Bänke des Expertengremiums: Die Methodik für relative Auffälligkeiten befindet sich derzeit noch in der Entwicklung und Beratung mit dem Expertengremium. Sobald erste relative Prüfkriterien mit dem Expertengremium abgestimmt wurden und zur Einreichung bei der AG DeQS finalisiert wurden, wird dieser Absatz ergänzt.*

### 3 Beschreibung der Prüfkriterien

#### Übersicht der Prüfkriterien zur Sozialdatenvalidierung

Die der Sozialdatenvalidierung zugrunde gelegten Prüfkriterien sind in Tabelle 1: Übersicht der Prüfkriterien 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 sechs 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	Module
30	Fehlende Datenlieferung	PCI, NWIWI, NWITR, CHOL, KCHK, DIALS, NTXS
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	PCI, NWIWI, NWITR, CHOL, KCHK, DIALS, NTXS
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	PCI, NWIWI, NWITR, CHOL, KCHK, DIALS, NTXS
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten	PCI, NWIWI, CHOL, KCHK, DIALS, NTXS
6	Versicherte ohne Indexfall	PCI, NWIWI, NWITR, CHOL, KCHK, DIALS, NTXS
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	PCI, NWIWI, NWITR, CHOL, KCHK, DIALS

### 3.1 Prüfkriterium 30 "Fehlende Datenlieferung"

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fehlende Datenlieferung</b>
<b>Fragestellung</b>	Wurden Daten geliefert?
<b>Relevanz/Rationale</b>	Die Lieferung von Daten ist die grundsätzliche Voraussetzung für eine Qualitätssicherung der Leistungserbringer. Die Krankenkassen sind verpflichtet, zu den in der DeQS-Richtlinie vorgegebenen Lieferzeiträumen Sozialdaten oder eine Nullmeldung an das IQTIG zu liefern.
<b>Durchführung der Prüfung</b>	<p>Es wird geprüft, ob von einer gesetzlichen Krankenkasse Datenlieferungen ausgeblieben sind. Dies erfolgt anhand einer vom IQTIG gepflegten Liste aller bekannten Kassenpseudonyme.</p> <p>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.</p>
<b>Maßnahme bei Auffälligkeit</b>	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Daten entsprechend der Vorgaben liefern.
<b>Zielsetzung</b>	Die Lieferung von Sozialdaten oder Nullmeldungen durch alle Krankenkassen.
<b>Auffälligkeitsschwelle</b>	Feststehend
<b>Hinweise/Besonderheiten</b>	<p>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 Kassen zu Auffälligkeitsmeldungen kommen.</p> <p>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.</p>

### 3.2 Prüfkriterium 22 "Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters"

Bezeichnung	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters
Fragestellung	Wurden die Daten außerhalb des Lieferzeitfensters geliefert?
Relevanz/Rationale	In der DeQS-Richtlinie 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 der zeitlichen Vorgaben liefern.
Zielsetzung	Die Lieferung fristgerechter Datenstände.
Auffälligkeitsschwelle	feststehend
Hinweise/Besonderheiten	

### 3.3 Prüfkriterium 31 "Ungültige Sozialdatenspezifikation"

Bezeichnung	Ungültige Sozialdatenspezifikation
<b>Fragestellung</b>	Wurde eine zum Lieferzeitpunkt ungültige Sozialdatenspezifikation verwendet?
<b>Relevanz/Rationale</b>	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.
<b>Durchführung der Prüfung</b>	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.
<b>Maßnahme bei Auffälligkeit</b>	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.
<b>Zielsetzung</b>	Alle gelieferten Daten sollen durch die jeweils gültige Sozialdatenspezifikation ausgelöst und geliefert werden.
<b>Auffälligkeitsschwelle</b>	feststehend
<b>Hinweise/Besonderheiten</b>	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"

<b>Bezeichnung</b>	<b>Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten</b>
<b>Fragestellung</b>	Liegt zu mindestens einem gelieferten Versicherten in den Sozialdaten ein QS-Datensatz mit identischer Versichertenkennung vor?
<b>Relevanz/Rationale</b>	<p>Bei Verfahren zu denen QS- und Sozialdaten erhoben werden, gibt es neben dem Sozialdatenfilter ein QS-Filter. Diese sind i.d.R. identisch.</p> <p>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 Versichertendatensatz 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>
<b>Durchführung der Prüfung</b>	<p>Es wird für jeden gelieferten Versichertendatensatz geprüft, ob kein zugehöriger QS-Datensatz anhand der pseudonymisierten Versichertenkennung gematched werden kann. Somit gelten die Versichertendatensätze der Sozialdaten als Referenz für die Prüfung.</p> <p>Ein Prüfbedarf für die Krankenkasse entsteht immer dann, wenn zu keinem einzigen der gelieferter Versichertendatensatz einem QS-Datensatz verknüpft werden kann.</p>
<b>Maßnahme bei Auffälligkeit</b>	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen dieser entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
<b>Zielsetzung</b>	Eine identische Pseudonymisierung der Datensätze in den QS und Sozialdaten.
<b>Auffälligkeitsschwelle</b>	Feststehend
<b>Hinweise/Besonderheiten</b>	<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
<b>Fragestellung</b>	Liegt für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vor, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt?
<b>Relevanz/Rationale</b>	<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"> <li>1. diese über die Anforderungen hinaus geliefert wurden.</li> <li>2. die für den Patientenfilter relevanten Abrechnungsinhalte fehlen. In der Konsequenz können daraus verzerrte Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren resultieren.</li> </ol> <p>Die genauen Gründe sind für das IQTIG nicht ersichtlich.</p>
<b>Durchführung der Prüfung</b>	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.
<b>Maßnahme bei Auffälligkeit</b>	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
<b>Zielsetzung</b>	Die ausschließliche Lieferung von Versichertendatensätzen, die den Patientenfilter erfüllen.
<b>Auffälligkeitsschwelle</b>	Feststehend
<b>Hinweise/Besonderheiten</b>	<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 Abrechnungsparagraphen betroffen sind, werden jeweils Beispiele hinterlegt.</p>

### 3.6 Prüfkriterium 29 "Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen"

<b>Bezeichnung</b>	<b>Abrechnungsfälle von Versicherten, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter (LMF) entsprechen</b>
<b>Fragestellung</b>	Ist der LMF in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt?
<b>Relevanz/Rationale</b>	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.
<b>Durchführung der Prüfung</b>	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.
<b>Maßnahme bei Auffälligkeit</b>	Krankenkassen mit Prüfbedarf sollten kontrollieren, aus welchen Gründen eine Auffälligkeit entstanden ist und ab dem nächsten regulären Lieferzeitfenster Versichertendatensätze entsprechend der gültigen Sozialdatenspezifikation liefern.
<b>Zielsetzung</b>	Die ausschließliche Lieferung von Abrechnungsfällen, die der Sozialdatenspezifikation entsprechen.
<b>Auffälligkeitsschwelle</b>	Feststehend
<b>Hinweise/Besonderheiten</b>	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.