



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Projektabschlussbericht

Stand: 31. März 2014

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Allgemeine Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen – Projektabschlussbericht

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. Juni 2013

Datum der Abgabe:

31. Dezember 2013, redaktionelle Änderung vom 31. März 2014

Signatur:

13-SQG-030a

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1. Hintergrund und Auftrag.....	8
2. Ziele, Vorgehen und Fragestellungen	10
2.1. Abgrenzung der Rechtsgrundlagen und Informationsquellen	10
2.2. Spezifikationen als Grundlage im Qualitätssicherungsprozess.....	11
2.3. Vorgehen bei der Entwicklung der allgemeinen Spezifikation	12
2.4. Spezifische Fragestellungen des Entwicklungsprozesses.....	13
3. Projektverlauf und Beteiligte.....	14
4. Antworten auf die spezifischen Fragestellungen	17
4.1. Notwendige Bestandteile zur technischen Beschreibung des Datenflusses für Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	17
4.2. Übertragbarkeit des QS-Filters auf die Sozialdaten zur Erzeugung der Stichprobe.....	17
4.3. Nutzung des Exportformats der QS-Dokumentation der Leistungserbringer für Sozialdaten (Exportdatensatz).....	18
4.4. Grundsätzliche und zeitliche Verfügbarkeit der Daten.....	18
4.5. Datenlieferfristen	19
4.6. Gültigkeitsdauer der verfahrensbezogenen Spezifikationen für Sozialdaten	19
4.7. Verfahrensübergreifende Plausibilitätsregeln und weitere Prüfungen	20
4.8. Festlegung der maximalen Dateigröße	21
4.9. Schaffung von Kommunikationskanälen zwischen den Beteiligten.....	22
4.10. Gestaltung von Datenflüssen und Verschlüsselung	22
4.11. Anforderungen an die Datenannahmestelle für die Sozialdaten	23
4.12. Korrekturbedarf an der Alpha-Spezifikation.....	23
5. Würdigung der Ergebnisse	24
6. Offene Fragen	25
7. Weiteres Vorgehen.....	27
Anhang	28
Anhang 1: Prüfschritte in chronologischer Reihenfolge.....	28
Anhang 2: Serieller Datenfluss mit PID-Datei	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abgrenzung der Rechtsgrundlagen und Informationsquellen.....	10
Tabelle 2: Ziele und allgemeine Anforderungen an die Spezifikation.....	12
Tabelle 3: Zeittafel zur Erstellung der allgemeinen Spezifikation Sozialdaten	14
Tabelle 4: Veranstaltungsdaten und am Entwicklungsprozess beteiligte Organisationen	15
Tabelle 5: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen (nach Abrechnungskontext).....	18
Tabelle 6: Datenlieferfristen für das Verfahren PCI	19
Tabelle 7: Beispiele zur Ermittlung der Gültigkeitsdauer einer verfahrensbezogenen Spezifikation.....	20
Tabelle 8: Prüfungen im Datenfluss	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beteiligte am Datenfluss Sozialdaten	22
Abbildung 2: Prüfschritte Krankenkassen.....	28
Abbildung 3: Prüfschritte DAS-KK 1	28
Abbildung 4: Prüfschritte DAS-KK 2	28
Abbildung 5: Prüfschritte VST.....	29
Abbildung 6: Prüfschritte BAS	30
Abbildung 7: Datenfluss mit patientenidentifizierenden Daten	31

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AG Qesü	Arbeitsgemeinschaft des G-BA zur Qesü-RL
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	AOK-Bundesverband
AQUA-Institut	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BAS	Bundesauswertungsstelle
BKK	Betriebskrankenkasse
BKK-BV	BKK-Bundesverband
CSV	Comma-separated values
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK Gesundheit)
DAS	Datenannahmestelle
DAS-KK	Datenannahmestelle für die Krankenkassen
DTA	Datenträgeraustausch-Verfahren
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
FA QS-IT	Fachausschuss IT in der QS und Spezifikation des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
gkvi	gkv informatik
GKV-SV	Spitzenverband der GKV
GUID	Globally Unique Identifier
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IT	Informationstechnologie
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft und des GKV-SV
KID	Krankenkassenidentifizierende Daten
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KKP	Krankenkassen-Pseudonym
KKS	Krankenkassenkommunikationssystem
LE	Leistungserbringer
LEP	Leistungserbringer-Pseudonym
LID	Leistungserbringeridentifizierende Daten
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Abkürzung	Beschreibung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PID	Patientenidentifizierende Daten
PKCS	Public Key Cryptography Standards
Qesü-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
RL	Richtlinie
SC AG	Schütze Consulting AG
sFTP	Secure File Transfer Protocol
SGB	Sozialgesetzbuch
süQS	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TK	Techniker Krankenkasse
VdEK	Verband der Ersatzkassen
VST	Vertrauensstelle
Wido	Wissenschaftliches Institut der AOK
XML	Extensible Markup Language
XSLT	Extensible Stylesheet Language Transformations

1. Hintergrund und Auftrag

Durch die Anpassung des §299 SGB V im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes ist eine Einbeziehung von Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen,¹ in die Qualitätssicherung (QS) möglich geworden. Neben der etablierten QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (LE) und der Patientenbefragung ist es damit eine weitere mögliche Datenquelle im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Objektivierbare Behandlungsergebnisse – wie z.B. stationär behandlungsbedürftige Komplikationen – sind am ehesten über die Sozialdaten zu erheben. Hier sind die Sozialdaten zur Erhebung reliabler QS-Daten besser geeignet als die anderen Erhebungsinstrumente. Außerdem liegt in der Nutzung von Sozialdaten die Möglichkeit, die Dokumentationslast seitens der Leistungserbringer zu verringern, ohne auf reliable QS-Daten zu verzichten.

Die Durchführung von Regelbetrieben für Verfahren der gesetzlichen QS unter Einbeziehung von Sozialdaten zielt darauf ab, entwickelte Qualitätsindikatoren zu messen, Berichte zu erstellen und Maßnahmen der Qualitätssicherung einzuleiten. Bezogen auf Sozialdaten ist es hierfür erforderlich, dass alle Krankenkassen die themenspezifisch notwendigen Daten liefern. Damit es möglich ist, Sozialdaten der Krankenkassen ggf. mit anderen Datenquellen (z.B. Dokumentation der Leistungserbringer) zu verknüpfen, müssen allgemeine Regeln spezifiziert werden.

Weitere Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Regelbetrieben ist die Etablierung neuer Strukturen und Datenflüsse in der Qualitätssicherung. Insbesondere müssen Pseudonymisierungsverfahren – identisch zu denen der QS-Dokumentationen – angewendet werden und es ist notwendig, eine Datenannahmestelle für Sozialdaten zu etablieren. Bisläng fehlten jedoch die technischen Vorgaben hierfür.

Das AQUA-Institut hat bereits im Jahr 2012 mit Vorarbeiten für eine allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen begonnen. In Vorbesprechungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und bilateralen Gesprächen zwischen einzelnen Krankenkassen und dem AQUA-Institut sowie daran anschließend auch in der Arbeitsgemeinschaft des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Richtlinie (RL) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (AG Qesü-RL) wurden die möglichen Datenflüsse auf theoretisch-konzeptioneller Ebene diskutiert und abgestimmt sowie weitere Voraussetzungen besprochen.

Daraufhin hat die AG Qesü-RL das AQUA-Institut am 15. Februar 2013 gebeten, ein Konzept für die Entwicklung und Erprobung einer Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen zu erstellen. Dabei sollte die Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten anhand des konkreten Pilotthemas *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (PCI) erfolgen. Dieses Konzept wurde in der AG Qesü-RL mehrfach beraten und inhaltlich und redaktionell überarbeitet.

In seiner Sitzung vom 20. Juni 2013 hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Durchführung zweier Teilprojekte auf Basis des vorgeschlagenen Konzepts beauftragt:

- Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung gemäß §299 Abs. 1a SGB V
- konkrete Anwendung dieser allgemeinen Spezifikation für das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren *PCI*

Ergebnis des ersten Teilprojekts ist die Erprobung und Abstimmung technischer Vorgaben und Grundlagen für eine spätere Umsetzung von Regelbetrieben durch den G-BA. Die Ergebnisse dieses Teilprojekts sollen den G-BA bei der Etablierung der hierfür notwendigen Strukturen unterstützen.

Das zweite Teilprojekt ist ein themenspezifischer Entwicklungsauftrag. Dabei soll die Nutzbarkeit von Sozialdaten verfahrensspezifisch empirisch überprüft werden. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analysen soll eine konkrete Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Thema *PCI* entwickelt

¹ Im Folgenden werden die Sozialdaten bei den Krankenkassen verkürzend als Sozialdaten bezeichnet.

werden. Außerdem ist die Erarbeitung einer Darstellung zur Koordination des Gesamtverfahrens *PCI* vorgesehen.

Der vorliegende Bericht stellt den Entwicklungsprozess des ersten Teilprojekts dar. Dabei beschränkt er sich auf die allgemeine Darstellung der Entwicklungsergebnisse, die Details sind der Technischen Dokumentation an den jeweils genannten Stellen zu entnehmen.

Zahlreichen Beteiligten ist es zu verdanken, dass die allgemeine Spezifikation für Sozialdaten erstellt und vorgelegt werden kann. Die Vielzahl der teilnehmenden Organisationen zeigt deren Bereitschaft, sich trotz des zeitlichen Aufwands an diesem Entwicklungsprozess zu beteiligen und ihr Fachwissen einzubringen. Besonderer Dank gebührt dem GKV-SV für sein Engagement: Die frühzeitige Auseinandersetzung mit den Vorarbeiten des AQUA-Instituts und die Vermittlung der Beteiligung mehrerer Krankenkassen haben einen konstruktiven Austausch ermöglicht.

Die vorliegende aktualisierte Version vom 31. März 2014 berücksichtigt Änderungen an der Allgemeinen Spezifikation Sozialdaten, die seit dem 31. Dezember 2013 vorgenommen wurden.

2. Ziele, Vorgehen und Fragestellungen

Ziel dieses Projekts ist die Abstimmung und Erprobung verfahrensunabhängiger technischer Vorgaben und Grundlagen für eine spätere Umsetzung von Regelbetrieben durch den G-BA. Die Ergebnisse sollen diesen bei der Etablierung aller notwendigen Strukturen für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen unterstützen. Bis zur Nutzung der Sozialdaten waren bzw. sind folgende Projektphasen zu durchlaufen:

- Vorarbeiten
Klärung der technischen Rahmenbedingungen (Alpha- und Beta-Spezifikation)
- Baustein 1: Spezifikation
Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen (Erste Version der Allgemeinen Spezifikation)
- Baustein 2: Spezifikation + PCI
Entwicklung einer themenspezifischen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Thema PCI (Allgemeine Spezifikation + PCI)
- Regelbetrieb
Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Qualitätssicherung (finale Spezifikation)

Im Rahmen der Entwicklung der allgemeinen Spezifikation wurden die Vorarbeiten und Baustein 1 abgearbeitet. Insbesondere im Übergang zwischen Baustein 2 und dem Regelbetrieb sind weitere Schritte notwendig, die in den Kapiteln 6 und 7 dargestellt werden.

2.1. Abgrenzung der Rechtsgrundlagen und Informationsquellen

Neben der allgemeinen Spezifikation gibt es weitere allgemeine und spezifische Rechtsgrundlagen und Informationsquellen für die Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die folgende Tabelle dient der Abgrenzung der Rechtsgrundlagen und Informationsquellen voneinander und beschreibt sie am Beispiel des Instruments Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Tabelle 1: Abgrenzung der Rechtsgrundlagen und Informationsquellen

Verortung	Verfahrensübergreifend	Verfahrensspezifisch
Richtlinie	<p>Qesü-Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verortung in der Qesü-RL und Beschreibung der Instrumente ▪ allgemeine Beschreibung der Datenflüsse ▪ (grafische) Darstellung der Datenflussmodelle ▪ allgemeine Beschreibung der Rollen der Beteiligten 	<p>Themenspezifische Bestimmungen (§3 Qesü-RL):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenspiel mit weiteren Erhebungsinstrumenten (QS-Dokumentation und/oder Patientenbefragung) ▪ Titel und Verfahrensnummer ▪ Ziele des Verfahrens ▪ Referenzierung auf das zu verwendende Datenflussmodell ▪ Zeitdauer der Speicherung und Zeitpunkt der Löschung des Pseudonymisierungsgeheimnisses durch die Vertrauensstelle ▪ Art und Umfang der Stichprobe, ggf. Begründung einer Vollerhebung ▪ Festlegung der zu erhebenden Daten, einschließlich ihrer Zweckbindung und Maßnahmen zur Daten-

Verortung	Verfahrensübergreifend	Verfahrensspezifisch
		sicherheit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nennung verfahrensspezifischer Fristen ▪ einheitliche Dokumentation bzw. Datenselektion, Datensatzformate und Softwarespezifikation ▪ einheitliche Kriterien für Datenprüfung, -auswertung und -bewertung, sowie für die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringern
Spezifikation	Allgemeine Spezifikation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung des technischen Rahmens ▪ Beschreibung der Daten ▪ Verfügbarkeit der Daten je nach Abrechnungskontext ▪ detaillierte Beschreibung der Datenflüsse eines Erhebungsinstruments ▪ detaillierte Beschreibung der Rollen und Aufgaben ▪ Beschreibung verfahrensübergreifender Struktur und Funktionsweise des Selektionsfilters ▪ falls vorhanden Nennung verfahrensübergreifender Fristen ▪ verfahrensübergreifende Exportfelder ▪ Verschlüsselungsmethoden ▪ verfahrensübergreifende Regelungen/Technik zur Datenprüfung 	Verfahrensspezifische Spezifikation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschreibung des verfahrensspezifischen Selektionsfilters ▪ Beschreibung der für das Verfahren erforderlichen Daten und Datenfelder ▪ Beschreibung der Formate der Datenfelder ▪ verfahrensspezifische Plausibilitätsprüfungen ▪ Beschreibung der zu exportierenden Daten (Exportdatensatz)

2.2. Spezifikationen als Grundlage im Qualitätssicherungsprozess

Aussagefähige Qualitätsindikatoren erfordern neben einer soliden inhaltlichen Aufbereitung eine valide und zuverlässige Datengrundlage. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind die Eindeutigkeit und Verständlichkeit der zu erhebenden bzw. – im Falle der Krankenkassen – zu selektierenden Daten: Eine datenliefernde Einrichtung muss exakt wissen, welche Daten sie wann, in welchem Umfang und für wen bereitstellen soll. Gleichzeitig soll die Einhaltung entsprechender Vorgaben möglichst umfassend und unmittelbar überprüft werden. Da Daten im Rahmen der Qualitätssicherung zumeist wiederholt erhoben werden, ist ein hoher Automatisierungsgrad für die Zuverlässigkeit der Erhebungen von Vorteil.

Im Kontext auch der Nutzung und Übermittlung von Daten bei den Krankenkassen sind darüber hinaus Aspekte in Bezug auf die Sicherheit der Datenlieferungen zu bedenken. Ein weiteres Ziel ist es, die Aufwände für eine Implementierung und spätere Pflege möglichst gering zu halten. Hierfür ist es von Vorteil, wenn die erarbeitete Spezifikation sowohl möglichst kongruent zu anderen Spezifikationen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung als auch möglichst kompatibel zu bei den Datenlieferanten verwendeten Abläufen und IT-Systemen ist.

Die Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen an eine allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen repräsentiert unterschiedliche Perspektiven (Datenlieferant, Spezifikationsersteller, Datenannahmestelle (DAS), Vertrauensstelle (VST), Bundesauswertungsstelle (BAS)). Ziel ist es, möglichst allen Anforderungen gerecht zu werden.

Folgende Tabelle fasst die verschiedenen Anforderungen an eine allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammen. Vor diesem Hintergrund wird an späterer Stelle eine Würdigung des Entwicklungsprozesses vorgenommen (s. Kapitel 5).

Tabelle 2: Ziele und allgemeine Anforderungen an die Spezifikation

Ziele	Anforderungen an die Spezifikation
Verständlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschenlesbarkeit (Technische Dokumentation) ▪ Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Beschreibungen ▪ Beschreibung der Aufgaben und Abläufe ▪ Beschreibung der Datenquellen ▪ Beschreibung der Datenfelder ▪ klare Gliederung der Selektionsschritte ▪ einheitliche Begriffsverwendung
Validität der Daten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eindeutige technische Referenzierung der Datenerhebungen und Exporte ▪ Implementierung von Verfahren zur Sicherung der Datenqualität (z.B. Plausibilitätsprüfungen, Fehlerprotokolle) ▪ Festlegung geeigneter Zeitpunkte für die Datenübermittlung (in Abhängigkeit von vorhandenen Prüfprozessen der Krankenkassen)
Zuverlässigkeit der Daten(lieferungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Automatisierbarkeit ▪ Sicherheit der Datenlieferungen (inkl. Empfangsbestätigungen)
möglichst geringer Implementierungs- und Pflegeaufwand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Technikneutralität ▪ automatisierte Umsetzbarkeit/Maschinenlesbarkeit der Spezifikation (Spezifikationsdatenbank) ▪ Kongruenz zu bestehenden Spezifikationen im Rahmen der gesetzlichen QS ▪ Kompatibilität zu den bei Datenlieferanten verwendeten Abläufen und Systemen ▪ leichte und übersichtliche Anpassung ▪ leichte Erweiterung um unterschiedliche Themen/ QS-Verfahren
Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherheit der Übertragung(swege) ▪ Festlegung der Zugriffs- und Bearbeitungsrechte

2.3. Vorgehen bei der Entwicklung der allgemeinen Spezifikation

Im Zuge der Entwicklung wurde versucht, mit Unterstützung des GKV-SV möglichst viele Krankenkassen möglichst früh und umfassend am Entwicklungsprozess der allgemeinen Spezifikation zu beteiligen. Weitere Beteiligte waren die neu zu schaffende Datenannahmestelle für die Sozialdaten (DAS-KK), die Vertrauensstelle und der G-BA.

Im Rahmen eines inkrementellen Entwicklungsprozesses wurden mit der Alpha-Spezifikation zunächst Vorschläge für alle genannten Bestandteile des technischen Rahmens vom AQUA-Institut erarbeitet und vorgestellt. Diese wurden mit den Beteiligten diskutiert und wo möglich konsentiert. An anderen Stellen wurden Änderungsbedarf bzw. -wünsche aufgenommen, bewertet und ggf. in die nun vorgelegte allgemeine Spezifikation integriert.

2.4. Spezifische Fragestellungen des Entwicklungsprozesses

Aufbauend auf den Anforderungen und den Inhalten einer allgemeinen Spezifikation (s. Tabelle 1 und Tabelle 2) sind die spezifischen Fragestellungen und Untersuchungsgegenstände hin zur Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen wie folgt:

- notwendige Bestandteile zur technischen Beschreibung des Datenflusses für Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Übertragbarkeit der Logik des QS-Filters auf die Sozialdaten
- Nutzbarkeit des Exportformats der QS-Dokumentation (Exportdatensatz)
- grundsätzliche und zeitliche Verfügbarkeit der Daten
- allgemeine (nicht verfahrensspezifische) Plausibilitätsregeln
- Festlegung der maximalen Dateigröße
- Schaffung von Kommunikationskanälen zwischen den Beteiligten
- Gestaltung von Datenflüssen und Verschlüsselung
- Anforderungen an die Datenannahmestelle für die Sozialdaten
- Korrekturbedarf an der Alpha-Spezifikation

3. Projektverlauf und Beteiligte

Im Vorfeld der Beauftragung durch den G-BA hatte das AQUA-Institut seit Ende 2012 erste Schritte zu einer Entwicklung einer allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen unternommen. Dazu wurde mit Unterstützung des GKV-SV Kontakt mit einigen Krankenkassen aufgenommen, um zunächst den Rahmen für eine solche Spezifikation zu sondieren und die technischen Voraussetzungen und Notwendigkeiten zu klären.

Der Projektverlauf war geprägt von Treffen und Workshops in verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen. Der Austausch fand zunächst in bi- bzw. multilateralen Gesprächen mit Krankenkassen und dem GKV-SV statt, die zur Einrichtung einer Expertengruppe (AG Sozialdaten) führte. Zusätzlich erfolgten Abstimmungen mit dem Fachausschuss IT in der QS und Spezifikation (FA QS-IT) und der AG Qesü des G-BA.

Zeittafel

Von der Beauftragung des Konzepts durch den G-BA bis zur Abgabe der Spezifikation ergibt sich folgender zeitlicher Verlauf des Projekts:

Tabelle 3: Zeittafel zur Erstellung der allgemeinen Spezifikation Sozialdaten

Datum	Ereignis
15. Februar 2013	Beauftragung des Konzepts
24. April 2013	Abschluss der Alpha-Spezifikation, Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mögliche Datenflüsse ▪ Entwurfsfassungen der Überprüfungen der abrechnungsbezogenen Datenbestände: <ul style="list-style-type: none"> - §295 SGB V (kollektivvertraglich) - §301 SGB V (stationär) - §115b SGB V - §116b SGB V
26. April 2013	Abgabe des redaktionell überarbeiteten Konzepts
20. Juni 2013	Beauftragung der allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten durch den G-BA
September 2013	Abschluss der Beta-Spezifikation, Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenfluss ▪ Abschluss der oben genannten Überprüfungen der abrechnungsbezogenen Datenbestände ▪ XML-Schemata (XML: Extensible Markup Language) ▪ weitere Datenbestände nach Abrechnungskontext: <ul style="list-style-type: none"> - §300 SGB V Apotheken - §302 SGB V Heil- und Hilfsmittel
31. Dezember 2013	Abgabe der Version 1 der allgemeinen Spezifikation, Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenfluss ▪ verfahrensübergreifende Prüfungen ▪ oben genannte Datenbestände nach Abrechnungskontext ▪ weitere Datenbestände nach Abrechnungskontext: <ul style="list-style-type: none"> - §§117, 118, 119 SGB V - §295 SGB V Selektivverträge
31. März 2014	Abgabe der überarbeiteten Fassung der allgemeinen Spezifikation

Workshops und Gremiensitzungen

Tabelle 4: Veranstaltungsdaten und am Entwicklungsprozess beteiligte Organisationen

Termin	Veranstaltung und Teilnehmer
15. Februar 2013	AG Qesü-RL
19. Februar 2013	AG Sozialdaten
28. Februar 2013	AG Qesü-RL
14. März 2013	Workshop „DTA-Verfahren Sozialdaten süQS“ Barmer GEK, Bitmarck, DAK, gkvi, GKV-SV, KKH, VdEK, Wido, AQUA
5. April 2013	AG Qesü-RL
24. April 2013	AG Sozialdaten AOK-BV, Barmer GEK, Bitmarck, BKK-BV, DAK, gkvi, GKV-SV, KCQ, KKH, Knappschaft, SVLFG, TK, VdEK, AQUA
25. April 2013	AG Qesü-RL
7. Mai 2013	Workshop „Datenquellen bei den Krankenkassen“
22. Mai 2013	AG Sozialdaten Barmer GEK, Bitmarck, BKK-BV, GKV-SV, Knappschaft, KKH, SVLFG, TK, VdEK, AQUA
29. Mai 2013	Bilaterales Treffen GKV-SV, AQUA
3. Juni 2013	FA QS-IT
10. Juli 2013	VST GKV-SV, SC AG, AQUA
9. August 2013	FA QS-IT
10. September 2013	Workshop „Spezifikation Arznei-, Heil- und Hilfsmittel“
24. September 2013	AG Sozialdaten AOK-BV, Barmer GEK, Bitmarck, DAK, GKV-SV, Knappschaft, KKH, SC AG, TK, VdEK, AQUA
15. Oktober 2013	Workshop „XML-Struktur Sozialdaten QS“ AOK-BV, Barmer GEK, Bitmarck, GKV-SV, Knappschaft, SC AG, SVLFG, VdEK, AQUA
4. November 2013	Workshop „KKS und Aufgaben DAS-KK“ GKV-SV, SC AG, AQUA
13. November 2013	Workshop „XML-Struktur Sozialdaten QS“ AOK-BV, GKV-SV, Knappschaft, SC AG, SVLFG, TK, VdEK, AQUA
27. November 2013	AG Qesü-RL
28. November 2013	Workshop „XML-Struktur Sozialdaten QS“ AOK-BV, Bitmarck, GKV-SV, Knappschaft, SC AG, SVLFG, VdEK, AQUA
29. November 2013	AG Sozialdaten Barmer GEK, Bitmarck, BKK-BV, GKV-SV, Knappschaft, KKH, SC AG, TK, VdEK, AQUA

Termin	Veranstaltung und Teilnehmer
17. Januar 2014	FA QS-IT
18. Februar 2014	VST GKV-SV, SC AG, AQUA
26. Februar 2014	AG Sozialdaten AOK-BV, Barmer GEK, BITMARCK, BKK-DV, GKV-SV, KKH, Knappschaft, SC AG, SVLFG, VdEK, AQUA
19. März 2014	AG Sozialdaten

Testbetrieb

Neben den zahlreichen Treffen und Abstimmungen war ein Testbetrieb als wichtiger Baustein der Entwicklung der allgemeinen Spezifikation vorgesehen. Er diente der technischen Abstimmung in Bezug auf die Selektion der gewünschten Datensätze und hinsichtlich der Festlegung und des Exports der entsprechenden Datenfelder. Dies ermöglichte es den Krankenkassen, die technischen und inhaltlichen Anforderungen kennenzulernen und Aufwände abzuschätzen. Das AQUA-Institut konnte Erkenntnisse hinsichtlich der Definition von technischen Anforderungen sammeln und für die Erstellung der technischen Spezifikation nutzen. Weiterhin sollten Erkenntnisse aus den Testläufen zur Vorbereitung der G-BA-Beratungen hinsichtlich Richtlinien-Formulierung und Datenflüsse hilfreich sein. Es war nicht Ziel, die Datenformate, Datenübermittlung und die Verschlüsselungsverfahren der Datenübermittlung zu testen.

Die Testdaten wurden dabei einmalig direkt von den Krankenkassen bzw. deren Dienstleistern an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Das Datenformat war durch die Krankenkassen frei wählbar, die Datenlieferung erfolgte direkt von den Krankenkassen an die BAS, eine Verschlüsselung war nicht vorgesehen. Die Exporte enthielten weder patientenidentifizierende Daten (PID) noch leistungserbringeridentifizierende Daten (LID), wurden nur zweckgebunden verwendet und nach Abschluss des Testbetriebs gelöscht.

Die Stichprobe wurde nach einer zuvor abgestimmten Vorgabe durch die Krankenkassen aus ihren Datenbeständen selektiert. Unter den mindestens 100 Fällen sollten sich möglichst viele mit vollständigen Behandlungsverläufen/Follow-up befinden; Informationen über die Grundgesamtheit der durch den Filter selektierten Fälle waren mitzuteilen.

Der Zeitplan sah die Veröffentlichung der Spezifikation Version 0.2 zum 13. März 2013 vor. Bis zum 29. März 2013 wurde Feedback der Projektbeteiligten eingebracht, vom AQUA-Institut eingearbeitet und die Finalversion der Spezifikation für den Testbetrieb erstellt. Zwei Teilnehmer – die BITMARCK und die Knappschaft – setzten die Spezifikation um und lieferten bis zum 17. April 2013 Testdaten im CSV-Format (Comma-separated values) an das AQUA-Institut.

Die Testergebnisse wurden vom AQUA-Institut am 24. April 2013 vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass die Umsetzung des Patientenfilters gelang, die des Leistungs- und Medikationsfilters immerhin weitgehend spezifikationskonform erfolgte. Die Grundgesamtheiten entsprachen den zuvor geäußerten Erwartungen. Das Hauptergebnis war, dass somit wichtige Daten für Indikatoren in Sozialdaten zur Verfügung stehen, identifiziert und genutzt werden können. Schwächen in der Umsetzung zeigten sich im Vorhandensein teilweise nicht angeforderter Diagnosen, zudem zeigte sich, dass die Spezifikation hinsichtlich einiger Datenfelder unklar war. Als Konsequenz wurden in der Folgezeit aufgetretene Schwierigkeiten analysiert und mit den Beteiligten diskutiert. Die Ergebnisse dieses Prozesses sind, soweit sie nicht verfahrensspezifisch sind, in die nun vorliegende allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen eingeflossen.

4. Antworten auf die spezifischen Fragestellungen

An dieser Stelle werden die gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeiteten Antworten auf die in Abschnitt 2.4 genannten Fragen dargestellt. Dabei werden allgemeine Beschreibungen gegeben. Für detailliertere Informationen erfolgt jeweils der Verweis auf die entsprechenden Abschnitte der Technischen Dokumentation zur allgemeinen Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen.

4.1. Notwendige Bestandteile zur technischen Beschreibung des Datenflusses für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die maßgeblichen Quellen für diejenigen, die die Umsetzung der Spezifikation für Sozialdaten leisten sollen, sind die Technische Dokumentation sowie die Spezifikationsdatenbank, die darin beschrieben wird.

Die folgenden Punkte bilden in ihrer Gesamtheit die allgemeine Spezifikation zur Nutzung der bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten und waren somit Gegenstand des Entwicklungsprozesses:

- Klärung der Datenflüsse und der Rollen der Beteiligten
- Herstellung datensparsamer, gezielter Abfragen (Filter)
- Spezifikation relevanter Datenfelder (Exportdatensatz)
- Definition des Datenformats für den Export
- Vereinbarungen zu Datenprüfung, Verschlüsselung und Transport der Daten (Datenfluss)

Dieser technische Rahmen und die grundlegende Struktur von QS-Filter und Exportdatensatz werden verfahrensübergreifend genutzt. Für die einzelnen QS-Verfahren sind die Parameter des QS-Filters und des Exportdatensatzes später je nach fachlichen Anforderungen verfahrensspezifisch zu erstellen.

4.2. Übertragbarkeit des QS-Filters auf die Sozialdaten zur Erzeugung der Stichprobe

Im Rahmen der Verfahren, die sich zur Berechnung von Qualitätsindikatoren (auch) der Sozialdaten bedienen, werden die relevanten Stichproben durch Vorgaben der Spezifikation aus den Datenbeständen der jeweiligen Krankenkassen ermittelt. Dabei wird dem Gebot der Datensparsamkeit Rechnung getragen, indem gezielt diejenigen Daten durch die Krankenkassen selektiert und übermittelt werden, die für die Erfüllung der Aufgaben der QS unabdingbar sind. Die (zusätzliche) Verwendung von Zufallsstichproben, also die Verwendung einer zufälligen Teilmenge aller Patienten eines Verfahrens ist dabei nicht vorgesehen.

Der QS-Filter für die Sozialdaten funktioniert im Prinzip analog dem QS-Filter der Dokumentationsauslösung bei Leistungserbringern. Im Unterschied zur QS-Dokumentation definiert er allerdings nicht nur eine Stufe der Datenselektion, sondern gibt zwei aufeinanderfolgende Stufen der Datenselektion vor: den Patientenfilter sowie den Leistungs- und Medikationsfilter. Ein ursprünglich vorgesehener dritter Filter – ein Zeitfilter – konnte als ein zusätzliches Element in die beiden anderen Filter integriert werden.

- **Patientenfilter**
Selektion der Patienten mit denjenigen Behandlungsvorgängen, die für ein QS-Verfahren relevant sind (z.B. Patienten mit bestimmten Operationen in einem bestimmten Zeitraum).
- **Leistungs- und Medikationsfilter**
Es sind im Rahmen eines QS-Verfahrens jeweils nur bestimmte Leistungen und/oder Medikationen relevant (z.B. bestimmte Komplikationen innerhalb eines bestimmten Betrachtungszeitraums).

Die genaue Definition dieser Filter erfolgt jeweils verfahrensspezifisch. Im Rahmen der allgemeinen Spezifikation wurden die Grundstruktur und die Funktionsweise konsentiert, entwickelt und beschrieben.

4.3. Nutzung des Exportformats der QS-Dokumentation der Leistungserbringer für Sozialdaten (Exportdatensatz)

Der Exportdatensatz beschreibt diejenigen Datenfelder, die von den Krankenkassen exportiert werden sollen. Er bezeichnet also die Grundmenge der benötigten Felder. Die Inhalte sind dabei wiederum durch die zuvor durchgeführten Abfragen mittels (verfahrensspezifischen) Filters bestimmt. Im Rahmen der Entwicklung der allgemeinen Spezifikation Sozialdaten wurden Aufbau und verfahrensübergreifende Inhalte (insbesondere administrative Elemente) des Exportdatensatzes konsentiert und festgelegt. Der Exportdatensatz Sozialdaten unterscheidet sich in einigen Belangen von dem der QS-Dokumentation bei LE (Einzelheiten dazu s. Abschnitt 4.10, Kapitel 5 und in der Technischen Dokumentation). Ein zweiter Aspekt ist die Festlegung des Exportformats. Dieses wird, wie bereits in der QS-Dokumentation für Verfahren mit PID und zukünftig auch für Verfahren ohne PID festgelegt, einheitlich das Exportformat XML sein.

4.4. Grundsätzliche und zeitliche Verfügbarkeit der Daten

Im Rahmen der Spezifikationsentwicklung lag ein Hauptaugenmerk auf der Überprüfung der grundsätzlichen Verfügbarkeit der erforderlichen Daten bei den Krankenkassen. Folgende Tabelle stellt die vorläufigen Ergebnisse dar; bei differierenden Angaben ist jeweils der Maximalwert angegeben.

Tabelle 5: Zeitliche Verzögerung bis zur Verfügbarkeit der Daten bei den Krankenkassen (nach Abrechnungskontext)

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Beschreibung	Verzögerung bis zur Verfügbarkeit bei den Krankenkassen
§301	Stationäre Behandlung im Krankenhaus	max. 3 Monate nach Entlassung
§ 115b	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 116b	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	ca. 9 Monate nach Quartalsende
§ 117	Hochschulambulanz	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 118	Psychiatrische Institutsambulanz	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§ 119	Sozialpädiatrisches Zentrum	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295 (kollektiv)	Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295 1b (§140a)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Integrierte Versorgungsformen“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§295 1b (§73b)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Hausarztzentrierte Versorgung“	ca. 8 Monate nach Quartalsende
§295 1b (§73c)	Vertragsärzte mit Abrechnungsform „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“	ca. 8 Monate nach Leistungserbringung
§300	Apotheken	ungeprüft ca. 2 Monate nach Abgabe, geprüft ca. 1 Jahr nach Abgabe
§302 (Heilmittel)	Heilmittelverordnung nach §302	ca. 7 Monate nach Leistungserbringung
§302 (Hilfsmittel)	Hilfsmittelverordnung nach §302	ca. 7 Monate nach Abgabe
§284 (Stammdaten)	Versichertendaten nach §284	max. 2 Monate

Die Zeiträume bis zur Verfügbarkeit der Daten werden unmittelbare Auswirkungen auf die verfahrensspezifischen Zeitpunkte für Datenlieferungen und die jeweiligen Auswertungskonzepte haben, die in Abschnitt 4.5 am Beispiel des Verfahrens PCI dargestellt werden.

4.5. Datenlieferfristen

Im Regelungsbereich der verfahrensbezogenen Spezifikation ist festzulegen, in welchen Zeiträumen die Daten zu liefern sind. Dies kann von Verfahren zu Verfahren variieren, um die Aufwände für die Krankenkassen zu entzerren. Datenlieferungen der Sozialdaten für das QS-Verfahren PCI sind immer in der ersten Hälfte des letzten Monats eines Quartals möglich. Während der zweiten Hälfte des Monats sind Korrekturen der Datenlieferungen möglich. Die konkreten Zeiträume für Datenlieferfristen im Rahmen des Verfahrens PCI sind in folgender Tabelle 6 dargestellt:

Tabelle 6: Datenlieferfristen für das Verfahren PCI

Lieferquartal	Zeitraum	Art der Lieferung
1	1. März bis 15. März	Erstlieferungen
	16. März bis 31. März	Korrekturen der Erstlieferungen des 1. Quartals
2	1. Juni bis 15. Juni	Erstlieferungen
	16. Juni bis 30. Juni	Korrekturen der Erstlieferungen des 2. Quartals
3	1. September bis 15. September	Erstlieferungen
	16. September bis 30. September	Korrekturen der Erstlieferungen des 3. Quartals
4	1. Dezember bis 15. Dezember	Erstlieferungen
	16. Dezember bis 31. Dezember	Korrekturen der Erstlieferungen des 4. Quartals

Daten für das Verfahren PCI sind von den Krankenkassen also in dreimonatlichen Rhythmus und zudem zeitnah zu liefern, also sobald sie zur Verfügung stehen. Die früheste Datenlieferung kann demnach theoretisch im Juni des ersten Gültigkeitsjahres der themenspezifischen Spezifikation PCI stattfinden. Die spätesten zulässigen Zeitpunkte für Datenlieferungen ergeben sich aus der Verfügbarkeit der Sozialdaten (s. Tabelle 5).

Allgemeines Beispiel:²

Bestand:	§ 115b
Verzug laut Tabelle 5:	max. 8 Monate nach Quartalsende
Gültigkeit der Spezifikation:	ab 1. Januar 2016
Frühester Lieferzeitpunkt für Daten des 1. Quartals 2016:	1. Juni bis 15. Juni 2016
Spätester Lieferzeitpunkt für Daten des 1. Quartals 2016:	1. Dezember bis 15. Dezember 2016

4.6. Gültigkeitsdauer der verfahrensbezogenen Spezifikationen für Sozialdaten

Die Zeiträume bis zur Verfügbarkeit der Daten der Krankenkassen haben nicht nur Auswirkungen auf den frühesten und spätesten Zeitpunkt der Datenlieferungen, sondern auch auf die Gültigkeit der verfahrensbezogenen Spezifikation. Die maximale Gültigkeit der Spezifikation eines QS-Verfahrens bezogen auf ein Erfassungs-

² Nicht berücksichtigt sind in diesem Beispiel die verfahrensspezifischen Follow-up-Zeiten. Im Beispiel wird von der Annahme ausgegangen, dass ein relevantes Follow-up schon am Tag der Index-Leistung auftreten kann. Wird ein Follow-up-Ereignis erst mit Zeitversatz relevant, ist dieser Zeitversatz natürlich zu berücksichtigen.

jahr bemisst sich aus dem jeweiligen Kalenderjahr plus dem Follow-up-Zeitraum plus der längsten Verzögerung bei der Bereitstellung eines in diesem Verfahren benötigten Datenbestands (s. Tabelle 5).

Zwei hypothetische Beispiele sollen die Ermittlung der Gültigkeitsdauer verdeutlichen:

Tabelle 7: Beispiele zur Ermittlung der Gültigkeitsdauer einer verfahrensbezogenen Spezifikation

Kalenderjahr	Follow-up-Zeiträume in dem Kalenderjahr (für in dem Jahr gültige Verfahren, jeweils nach Index-Leistung)	Benötigte Datenbestände in dem Kalenderjahr (Verzögerung ergibt sich aus Tabelle 5)
2016	12 Monate für Verfahren A	§301 (ca. 3 Monate nach Entlassung)
		§116b (max. 9 Monate)
		§295 (kollektiv, ca. 8 Monate)
2017	3 Jahre für Verfahren B	§301 (ca. 3 Monate nach Entlassung)

Die sich daraus ergebenden maximalen Gültigkeitsdauern für die Spezifikationen Verfahren A 2016 und Verfahren B 2017 (in der Tabelle grau hinterlegt):

Spezifikation Verfahren A 2016:

12 Monate + 12 Monate + 9 Monate + Datenlieferung = 31. Dezember 2018

⇒ Gültigkeitsdauer: 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2018

Spezifikation Verfahren B 2017:

12 Monate + 3 Jahre + 3 Monate + Datenlieferung = 30. Juni 2021

⇒ Gültigkeitsdauer: 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2021

Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass mehrere verfahrensbezogene Spezifikationen (je eine pro Verfahren und Erfassungsjahr) gleichzeitig Gültigkeit haben können. Es ist jedoch immer nur eine allgemeine Spezifikation zu einem bestimmten Zeitpunkt gültig, auf der alle verfahrensbezogenen Spezifikationen basieren.

4.7. Verfahrensübergreifende Plausibilitätsregeln und weitere Prüfungen

Die PID und QS-Daten sowie die LID und die krankenkassenidentifizierenden Daten (KID) werden über verfahrensspezifische Plausibilitätsregeln überprüft. Die Durchführung dieses Prüfschritts ist im Rahmen der allgemeinen Spezifikation definiert.

Große Bedeutung haben im Kontext der allgemeinen Spezifikation Prüfschritte für den Export und die Verarbeitung der Sozialdaten, die durch die verschiedenen Stellen innerhalb des Datenflusses durchgeführt werden müssen (s. Anhang 1). Diese Prüfungen beziehen sich nicht auf Datenfelder innerhalb der PID und QS-Daten, sondern auf übergeordnete Prüfungen, wie z.B. die Feststellung korrekter Dateinamen, Einhaltung des XML-Schemas, Prüfung auf fehlende Segmente und sind in folgender Tabelle abgebildet:

Tabelle 8: Prüfungen im Datenfluss

Prozessschritt	Prüfung	Prüfung durch
Datenempfang	<ul style="list-style-type: none"> Kann die QS-Datei entschlüsselt werden? 	DAS-KK, VST, BAS
Formale Dateiprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> Wohlgeformtheit, Schemavalidierung 	DAS-KK, VST, BAS

Prozessschritt	Prüfung	Prüfung durch
Formale Dateiprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wurde die Dateinamenkonvention für die PID-Datei eingehalten? ▪ Wurde die Dateinamenkonvention für die QS-Datei eingehalten? ▪ Prüfung auf bereits gesendete Dateien ▪ Liegt ein komplettes Paar (PID- und QS-Datei) vor? Vollständigkeitsprüfung 	VST, BAS, DAS-KK
Administrative Dokumentprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist eine bereits übermittelte Exportdatei erneut mit derselben Dokumenten-ID (Globally Unique Identifier, GUID) übermittelt worden? ▪ Ist das Dokument weiterverarbeitbar oder bereits auf ERROR? ▪ Liegt das Erstelldatum nach dem Modifikationsdatum? ▪ Sind Datensätze gleicher Patienten mehrfach in der Datei angegeben? 	VST, BAS, DAS-KK
Administrative Dokumentprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird ein Datensatz eines Patienten übermittelt, der in einem anderen Segment dieser Lieferung bereits exportiert wurde? 	DAS-KK, BAS
Administrative Dokumentprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können die QS-Daten entschlüsselt werden? ▪ Kann das Krankenkassen-Pseudonym entschlüsselt werden? 	BAS
Administrative Dokumentprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Können die PID-Daten entschlüsselt werden? ▪ Passen die laufenden Nummern der PID- und QS-Daten zusammen? 	VST
Plausibilitätsregeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Plausibilitätsregeln 	KK, DAS-KK, BAS
Vor Übermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohlgeformtheit ▪ Schemavalidierung 	KK
Nach Pseudonymisierungen bei der DAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohlgeformtheit ▪ Schemavalidierung 	DAS-KK
Nach Verschlüsselung des KKKs, LEPs und der QS-Daten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohlgeformtheit ▪ Schemavalidierung 	DAS-KK
Nach Zusammenführung der PID- und QS-Datei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohlgeformtheit ▪ Schemavalidierung 	DAS-KK
Nach Pseudonymisierung bei der VST	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohlgeformtheit ▪ Schemavalidierung 	VST

Prüfregeln werden als Text, Spezifikationsdatenbank und XSLT (Extensible Stylesheet Language Transformations) bereitgestellt. Die Krankenkassen werden sowohl (verfahrensspezifische) Plausibilitäts- als auch Schemaprüfungen durchführen, dabei aber keine Fremdsoftware einsetzen. Dagegen werden sowohl die Datenannahmestelle der Krankenkassen als auch die Vertrauens- und die Bundesauswertungsstelle diese Prüfungen analog den Vorgaben des Datenflusses der QS-Dokumentation bei Leistungserbringern durchführen.

4.8. Festlegung der maximalen Dateigröße

Anstatt einer maximalen Dateigröße wurde die maximale Anzahl von Datensätzen auf 10.000 pro Datei festgelegt. Größere Datenlieferungen sind dementsprechend auf mehrere Dateien zu verteilen.

4.9. Schaffung von Kommunikationskanälen zwischen den Beteiligten

Im Rahmen des Entwicklungsprojekts wurde auch ein entsprechender Bereich auf der Kommunikationsplattform des AQUA-Instituts eingerichtet, nachdem die Kommunikation zuvor hauptsächlich per E-Mail, telefonisch und im Rahmen der zahlreichen persönlichen Begegnungen stattgefunden hatte. Die Nutzung der Kommunikationsplattform hat sich jedoch bereits in anderen Projekten bewährt und wird nach jetzigem Stand auch im Rahmen der Weiterentwicklung der Spezifikation für Sozialdaten und eines eventuellen Regelbetriebs verwendet werden.

4.10. Gestaltung von Datenflüssen und Verschlüsselung

Es existiert bereits ein konsentierter Datenfluss im Rahmen der QS für Leistungserbringer, der für PID- und Nicht-PID-Verfahren im Rahmen der QSKH- und der Qesü-RL künftig Verwendung finden soll. Danach liefern die LE QS-Daten an die DAS, wo die LE pseudonymisiert werden. Anschließend übernimmt die VST die Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten, i.d.R. der Versichertennummer. Im Verlauf des Datenflusses ist durch eine Reihe von Verschlüsselungen sichergestellt, dass kein Unbeteiligter unbefugter Zugriff auf die Daten bekommen kann und auch innerhalb des vorgegebenen Datenflusses jeweils nur die Stelle Zugriff auf die Teile der Datenlieferungen erhält, die diesen Teil bearbeiten darf und soll. Der Versand von XML-Dateien erfolgt dabei bislang als E-Mail-Anhang (stationärer Bereich), durch Übermittlung in einem sog. „sicheren Kanal“ (ambulant-kollektivvertraglicher Bereich) oder durch Hochladen auf einem Webportal (ambulant-selektivvertraglicher Bereich). Am Ende des Datenflusses steht jeweils die BAS, der die empfangenen Daten als Grundlage regelmäßiger Berichte und Auswertungen im Auftrag des G-BA dienen. Der grundlegende Datenfluss stellt sich demnach wie folgt dar:

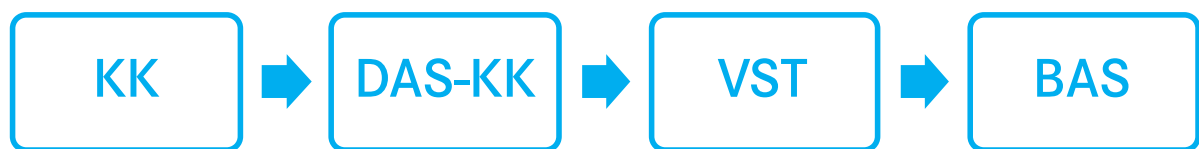


Abbildung 1: Beteiligte am Datenfluss Sozialdaten

Der ursprüngliche Vorschlag des AQUA-Instituts zur technischen Datenübermittlung, der in allen Punkten dem der QS-Dokumentation entsprach, wurde von den Beteiligten nicht konsentiert. Grund dafür waren insbesondere zwei Aspekte:

Zum einen verwenden die Krankenkassen bereits einen eigenen Datenübertragungsweg, das Krankenkassenkommunikationssystem (KKS), das auf der Nutzung eines sFTP-Protokolls (Secure File Transfer Protocol) basiert. Dieses System ist der Standard zur Datenübermittlung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Abweichung von den dort getroffenen Festlegungen für Zwecke der gesetzlichen QS erschien nicht realisierbar. Zusätzlich ist hier eine separate Transportverschlüsselung der Dateien notwendig, die mit dem öffentlichen Schlüssel der DAS-KK bzw. der VST erfolgt.

Zum anderen ist die Verwendung eines XML-Encryption-Standards für die Krankenkassen nicht möglich, da vorhandene Sicherheitsrichtlinien die Verwendung externer Software nicht zulassen und zudem die Einführung dieses Standards bei allen Krankenkassen einen hohen Aufwand und ein hohes Fehlerpotenzial mit sich bringen würde. Sowohl das KKS als auch die damit einhergehenden Security-Schnittstelle SECON verwenden einen anderen Verschlüsselungsstandard. Dieser Standard, PKCS#7 (Public Key Cryptography Standards), wird als ebenso sicher betrachtet wie der ansonsten von der QS-Spezifikation vorgesehene Standard, erlaubt aber nur die komplette Verschlüsselung von Dateien, nicht jedoch die einzelner Bestandteile der Dateien. Daraus resultiert ein erheblicher Änderungsbedarf im Vergleich zum bisherigen Standard der leistungserbringerfokussierten Qesü-Spezifikation, der sich im Datenflussmodell niederschlägt. Unterschiedliche Empfänger müssen somit von vornherein voneinander getrennte Datenpakete erhalten, die jeweils unterschiedlich ver- und vor allem entschlüsselt werden können.

Das verwendete Datenflussmodell ist ein serielles (s. Anhang 2), nachdem das ebenfalls möglich und zwischenzeitlich diskutierte parallele Datenflussmodell aus Gründen des Aufwands und der Fehleranfälligkeit verworfen worden war.

4.11. Anforderungen an die Datenannahmestelle für die Sozialdaten

Derzeit existiert die Datenannahmestelle für die Sozialdaten noch nicht, sodass sie zwar konzeptionell einbezogen wurde, aber für Erprobungen nicht zur Verfügung stand und zunächst auch nicht zur Verfügung stehen wird. Die Schütze Consulting AG (SC AG) wurde durch den G-BA beauftragt, ein Konzept zu den Aufgaben einer DAS-KK bis zum 31. Dezember 2013 zu formulieren.

Allgemeine Anforderungen an die DAS-KK sind bereits definiert und entsprechen denen der bekannten Datenflüsse: so hat die DAS-KK die Daten der Krankenkassen (bzw. von deren Dienstleistern) anzunehmen und die verfahrensübergreifenden Prüfungen (s. Tabelle 8) durchzuführen, die Krankenkassen zu pseudonymisieren und die Daten anschließend an die Vertrauensstelle weiterzuleiten. Ebenso ist sie dafür zuständig, Protokolle zu verschicken und Protokolle, die sie selbst erhält, auszuwerten.

4.12. Korrekturbedarf an der Alpha-Spezifikation

Im Verlaufe der Entwicklung wurde an vielen Stellen Änderungsbedarf an der Alpha-Spezifikation identifiziert. Dabei ging es sowohl um die bereits genannten Änderungen im Datenfluss und in der Verschlüsselung. Weitaus zahlreicher waren jedoch die Änderungen auf der Ebene technischer Details, die, soweit konsentiert, Eingang in die mit Abschluss dieses Projekts veröffentlichte finale Spezifikation gefunden haben.

Daneben gab es Änderungen insbesondere den Datenfluss und die Verschlüsselungsmethoden betreffend (s. dazu Abschnitt 4.10 und Kapitel 5).

5. Würdigung der Ergebnisse

An vielen Stellen kann hinsichtlich der allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten festgestellt werden, dass die Anforderungen an eine Spezifikation erfüllt werden konnten bzw. die Rückmeldung der Umsetzenden dazu abgewartet werden muss.

Die Menschenlesbarkeit der Spezifikation ist gegeben, wobei allerdings ein gewisses Maß an technischen Vorkenntnissen unabdingbar ist. Ob die anderen Punkte, wie z.B. Eindeutigkeit der Beschreibungen, in jedem Fall gelungen sind, werden spätestens die Anwender zurückmelden. Angesichts des Umstands, dass sich die Technische Dokumentation an vorherigen Dokumenten gleicher Art orientiert, ist von der Verständlichkeit zunächst aber auszugehen.

Die eindeutige technische Referenzierung der Daten ist durch die Spezifikationsdatenbank gewährleistet. Weiterhin sind Verfahren zur Sicherung der Datenqualität (z.B. Fehlerprotokolle, Daten- und Plausibilitätsprüfungen) implementiert worden.

Die Automatisierbarkeit der Vorgänge ist ebenfalls mithilfe der Spezifikationsdatenbank grundsätzlich möglich. Inwieweit die einzelnen Krankenkassen diese Automatisierung der Prozesse jedoch in ihren Systemen umsetzen, kann vom AQUA-Institut weder vorgegeben noch nachhaltig beeinflusst werden. Die Kontrolle, ob Datenlieferungen erfolgreich übermittelt wurden, gewährleistet ein System von Empfangsbestätigungen zwischen den unterschiedlichen Stellen des Datenflusses.

Hinsichtlich des Datenschutzes sind ebenfalls keine Bedenken ersichtlich. An jeder Stelle des Datenflusses werden als sicher einzustufende Übertragungswege bzw. Verschlüsselungswege eingesetzt, Zugriffs- und Bearbeitungsrechte sind in der Technischen Dokumentation beschrieben und durch entsprechende technische Vorkehrungen sichergestellt.

Die Rahmenbedingungen, die das AQUA-Institut bei den Krankenkassen und insbesondere in deren IT-Architektur vorgefunden hat, führten jedoch dazu, dass es an einigen Stellen der allgemeinen Spezifikation für die Sozialdaten zu Abweichungen von der Basisspezifikation für Leistungserbringer kommen wird, die erwähnenswert sind. Die Verwendung einer anderen Verschlüsselung bedeutet eine solche Abweichung und führt zu erhöhter Komplexität und zu einem erhöhten Pflegeaufwand. Zudem besteht eine weitere Diskrepanz darin, dass Updates oder Korrekturen einmal gelieferter Datenpakete auf Datensatzebene nicht möglich sind. Im Ergebnis wird daher eine Umsetzung erfolgen, die zwar mit den Systemen der Datenlieferanten kompatibel ist, die gleichzeitig aber Änderungen an anderen Stellen des Datenflusses und ein anderes Vorgehen bei der Rückprotokollierung nach sich zieht.

6. Offene Fragen

Es sind am Ende des Entwicklungsprozesses der allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten einige Fragen noch nicht abschließend bzw. zum Teil noch gar nicht diskutiert worden, die allerdings mehr oder weniger dringend einer abschließenden Regelung zugeführt werden sollten.

Selektion der Daten von Krankenkassenwechslern und bei Krankenkassenfusionen

Wechselt ein Mitglied einer Krankenkasse zu einem Zeitpunkt, der zwischen Index-Ereignis und Follow-up-Ereignis liegt, seine Krankenkasse (z.B. bei regulärem Krankenkassenwechsel von A nach B oder beim Wechsel aus einer eigenen Mitgliedschaft bei A in die Familienversicherung bei B), so sind seine Behandlungsepisoden nicht mehr miteinander verknüpfbar. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Filter so definiert ist, dass er sowohl Index-Ereignis als auch Follow-up-Ereignis innerhalb des Datenbestands einer Krankenkasse finden muss. Follow-up-Ereignisse für sich allein genommen – also ohne dazu gehörende Index-Leistung – werden nicht exportiert und können damit auch nicht an übergeordneter Stelle mit dem Index-Ereignis zusammengeführt werden.

Ein ähnliches Problem stellt sich, wenn zwei Krankenkassen fusionieren. Zwei Aspekte sind dann zu beachten: Zum einen hat die DAS-KK dafür Sorge zu tragen, dass sie diese Vorgänge berücksichtigt und den jeweiligen Rechtsnachfolger einer Fusion in Erfahrung bringt, der dann wiederum für die Datenlieferungen der Fusions-Krankenkassen zuständig ist. Wurden die Datenbestände der Fusions-Krankenkassen auch für die Vergangenheit zusammengelegt, so ist das Verfahren problemlos: die Selektionen können auf dem kombinierten Datenbestand durchgeführt werden. Werden die Datenbestände allerdings (mindestens für die Zeit vor der Fusion) getrennt verwaltet, können Index-Ereignis der Prä-Fusions-Zeit und Follow-up-Ereignisse der Post-Fusions-Zeit durch die Krankenkasse nicht miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Da Follow-up-Ereignisse für sich genommen nicht zu exportieren sind, würden diese Fälle für die Langzeitbetrachtung verloren gehen.

Eine denkbare Lösung für beide Konstellationen könnte die Schaffung zusätzlicher Filterkriterien sein. Diese Kriterien müssten berücksichtigen, zu welchem Zeitpunkt ein Mitglied der Krankenkasse B gegenüber seine Mitgliedschaft begründet bzw. wann eine Fusion stattgefunden hat. Liegt dieser Zeitpunkt innerhalb des verfahrensrelevanten Zeitraums wären diese Follow-up-Vorgänge dann auch ohne Vorliegen eines dazugehörigen Index-Ereignisses zu selektieren und durch die BAS zusammenzuführen.

Wird ein solcher Zeitfilter nicht eingesetzt, sind Patienten der oben genannten Konstellationen für die Längsschnittbetrachtung nicht nutzbar, da die Follow-up-Leistungen von der Selektion und damit vom Export ausgeschlossen sind.

Regelungen für minimale Vorhaltezeit der Sozialdaten

Verschiedene Krankenkassen haben im Verlauf des Projekts angemerkt, dass sie ihre Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben maximal sechs Jahre, in einigen Fällen aber auch nur für kürzere Zeiträume vorhalten. Grundsätzlich ist es denkbar, entsprechende Verpflichtungen für einzelne Verfahren mit Sozialdaten jeweils in den themenspezifischen Bestimmungen des Verfahrens festzulegen. Dies kann allerdings zur Folge haben, dass ein neues Verfahren, das auf ältere Sozialdaten angewiesen ist, auf diese Daten zumindest im Verlauf der ersten Jahre seines Bestehens nicht zugreifen kann, weil sie bei den Krankenkassen bereits gelöscht wurden.

Vollzähligkeitsprüfung

Die Vollzähligkeitsprüfung macht neben der Überprüfung der Vollständigkeit der einzelnen Datensätze einen weiteren Aspekt der Überprüfung der Datenlieferungen aus. Dabei sind es zwei Fragen, die in diesem Zusammenhang überprüft werden müssen, nämlich die Vollzähligkeit der liefernden Krankenkassen („Haben alle Krankenkassen Datensätze zu einem Verfahren geliefert, die entsprechenden Datensätze in ihrem Bestand haben?“) und die Vollzähligkeit der Datensätze in den Lieferungen der einzelnen Krankenkassen.

Während die erste Frage durch eine Gegenüberstellung von Datenlieferungen zuzüglich Nullmeldungen und einer offiziellen Zahl der im fraglichen Zeitraum tätigen Krankenkassen noch relativ trivial erscheint, ist die

Beantwortung der zweiten Frage schwieriger, da hier ein geeigneter Referenzdatenbestand zumindest für ambulante Leistungen nicht ohne Weiteres ersichtlich ist. Die Befassung mit dieser Thematik sollte demnach Gegenstand weiterer Evaluierungen werden.

Fallnummern

Die Übermittlung der Fallnummern durch die stationären Leistungserbringer an die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Datenexporte ist für die QS-Verfahren, die keine QS-Dokumentation der Leistungserbringer beinhalten, von besonderer Relevanz. Bei Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer ist ein Strukturierter Dialog vorgesehen, der die Behandlung dieser Auffälligkeiten zum Inhalt hat. Die Rückmeldungen von Auffälligkeiten müssen anhand von Fallnummern vorgenommen werden, die es dem Krankenhaus ermöglichen, die entsprechenden Behandlungsfälle zu identifizieren. Problematisch ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass die von Krankenhäusern vergebenen Fallnummern nicht standardisiert sind und mitunter personenbezogene Daten enthalten, die von den Krankenkassen im Rahmen eines QS-Verfahrens keinesfalls weitergeleitet werden dürfen.

Dennoch ist für einen strukturierten Dialog eine Form der Rückmeldung an die Leistungserbringer hinsichtlich der Fallnummern über die Krankenkassen oder die Datenannahmestelle der Krankenkasse notwendig. Die Frage stellt sich, auf welchem Weg diese Identifizierung der auffälligen Fälle bei den Leistungserbringern vorstattengehen kann. Die Referenz über das Patientenpseudonym ist nicht möglich, da es sich bei der Pseudonymisierung um einen unumkehrbaren Prozess handelt. Dabei sind unterschiedliche Alternativen denkbar, die bereits im Fachausschuss IT QS diskutiert werden und bei den Krankenkassen bzw. den Leistungserbringern ansetzen:

- Die erste Option setzt dabei an, dass die Krankenkassen die Fallnummern vor dem Datenexport pseudonymisieren, damit sie so im Falle von Auffälligkeiten z.B. anhand von Matching-Tabellen die Ursprungsnummer rekonstruieren können.
- Die zweite Option besteht darin, dass die Leistungserbringer keine datenschutzrechtlich zweifelhaften Daten in die Fallnummern integrieren, sodass diese ohne Bedenken an die BAS übermittelt werden können.
- Eine dritte Option wäre es, verfahrensspezifische QS-Fallnummern sektorenübergreifend einzuführen.

Verschlüsselte Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer

Gemäß § 18 Absatz 1 der Qesü-RL leitet die Auswertungsstelle die erstellten Rückmeldeberichte so an die Datenannahmestellen weiter, dass die KV und KZV keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben. Im Probetrieb PCI erfolgte die Rückmeldung über die einzelnen KVen und so verschlüsselt, dass sie nur vom betreffenden Leistungserbringer eingesehen werden konnten.

Die Verschlüsselung erfolgte mit einem vom Leistungserbringer übermittelten und durch den öffentlichen Schlüssel der BAS geschützten Passwort.

Bei QS-Verfahren, die ausschließlich auf der Verwendung von Sozialdaten beruhen, können jedoch keine Verschlüsselungsinformationen für die einzelnen Leistungserbringer an die BAS übermittelt werden, sodass hier keine derartige Verschlüsselung der Rückmeldeberichte möglich ist. Ein unverschlüsselter Versand der Berichte über die KVen oder KZVen ist gemäß der Qesü-RL nicht möglich. Eine direkte Kontaktaufnahme der BAS zu den Leistungserbringern ist ebenfalls nicht möglich, da der BAS nur Pseudonyme der Leistungserbringer vorliegen.

Es muss ein Verfahren entwickelt werden, um den sicheren Transport der Rückmeldeberichte zu den Leistungserbringern bei ausschließlich auf Sozialdaten basierenden QS-Verfahren zu gewährleisten, ohne dass die KVen und KZVen Einblick in diese Berichte erhalten.

Standortnummern in den Sozialdaten

Derzeit sind in den Abrechnungsdaten für Krankenhäuser keine Standortinformationen enthalten. Diese Information liegt also nicht in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vor. Das bedeutet, dass bei QS-Verfahren, die ausschließlich auf der Verwendung von Sozialdaten beruhen, keine standortbezogene Auswertung der Daten erfolgen kann.

7. Weiteres Vorgehen

Aus Sicht des AQUA-Instituts sind mit der vorliegenden allgemeinen Spezifikation alle technischen Voraussetzungen für die Übertragung und Nutzung der Sozialdaten geschaffen. Die in Kapitel 6 genannten offenen Fragen sind zwar bis zu einem Regelbetrieb zu lösen, haben aber keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Spezifikation. Dennoch sind einige weitere Schritte zu unternehmen, die bereits Gegenstand entsprechender Gespräche beispielsweise im FA QS-IT sind.

Beratung der Projektergebnisse

Zunächst wird die Würdigung der allgemeinen Spezifikation sowie der themenspezifischen Spezifikation für das Verfahren *PCI* durch den G-BA erfolgen. Die Abnahme beider Spezifikationen ist Voraussetzung für weitere Schritte der Entwicklung des Instruments Sozialdaten im Rahmen der gesetzlichen QS und somit ein eindeutiges Signal, die Bemühungen um diese vergleichsweise aufwandsärmere Art der Datengewinnung voranzutreiben.

Weiterentwicklung und Pflege

Bis zum 31. März 2014 wurden Änderungsvorschläge der relevanten Beteiligten sowohl zur Spezifikationsdatenbank als auch zur Technischen Dokumentation eingeholt und soweit möglich umgesetzt. Aus Sicht des AQUA-Instituts gilt es auch weiterhin, die Zusammenarbeit mit den bisher beteiligten Krankenkassen fortzusetzen, aber auch die weiteren Beteiligten bei der Umsetzung der Vorgaben zu unterstützen und sie zur frühzeitigen Befassung mit dem Thema der Nutzung von Sozialdaten in der gesetzlichen QS zu motivieren.

Langfristig gehört es natürlich auch zur Weiterentwicklung und Pflege, dass sowohl die verfahrensspezifischen Spezifikationen als auch die allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei Bedarf im Rahmen turnusgemäßer Updates angepasst bzw. überarbeitet werden können, was vor allem im Hinblick auf die allgemeine Spezifikation die Einrichtung eines regelmäßigen Austauschs zwischen den Krankenkassen und dem AQUA-Institut empfehlenswert erscheinen lässt.

Änderung der relevanten Richtlinien

Hinsichtlich der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sind sowohl Änderungen der Qesü-Richtlinie für sektorenübergreifende Verfahren und der QSKH-Richtlinie für Verfahren der esQS nötig. Beide Änderungsprozesse sind bereits angefangen worden und relativ weit fortgeschritten.

Praktische bzw. praxisnahe Erprobung der Datenflüsse für Sozialdaten

Anhand der allgemeinen Spezifikation und der Spezifikation für Sozialdaten *PCI* wäre es möglich, konkret Selektionen und Datenflüsse zu testen. Eine Einschränkung stellt hier der Umstand dar, dass die DAS-KK derzeit noch nicht für Testungen zur Verfügung steht. Nur dann könnte die komplette Strecke getestet werden, da das AQUA-Institut – anders als bei vorherigen Entwicklungen – nicht in der Lage ist, die Datenannahme durch die DAS-KK zu simulieren.

Testung der Datenflüsse

Als einen weiteren wichtigen Baustein sieht das AQUA-Institut die Durchführung von Tests. So ist es denkbar, ein Testkonzept zu entwickeln, das auf der Verankerung einer verbindlichen Testung durch alle Beteiligten innerhalb der themenspezifischen Bestimmungen für das Verfahren *PCI* beruht. Ein entsprechender Vorschlag wird im Rahmen des Berichts zur verfahrensspezifischen Spezifikation *PCI* für Sozialdaten konkretisiert werden. Ohne eine solche verbindliche Testung besteht die Gefahr, dass Umsetzungsschwierigkeiten erst in einem ersten Regelbetrieb entdeckt werden. Dies gilt es zu vermeiden. Zudem eröffnet die Verankerung in der Richtlinie die Möglichkeit, eine Testung mit Echtdateien durchzuführen.

Anhang

Anhang 1: Prüfschritte in chronologischer Reihenfolge

Krankenkassen



Abbildung 2: Prüfschritte Krankenkassen

Datenannahmestelle der Krankenkassen

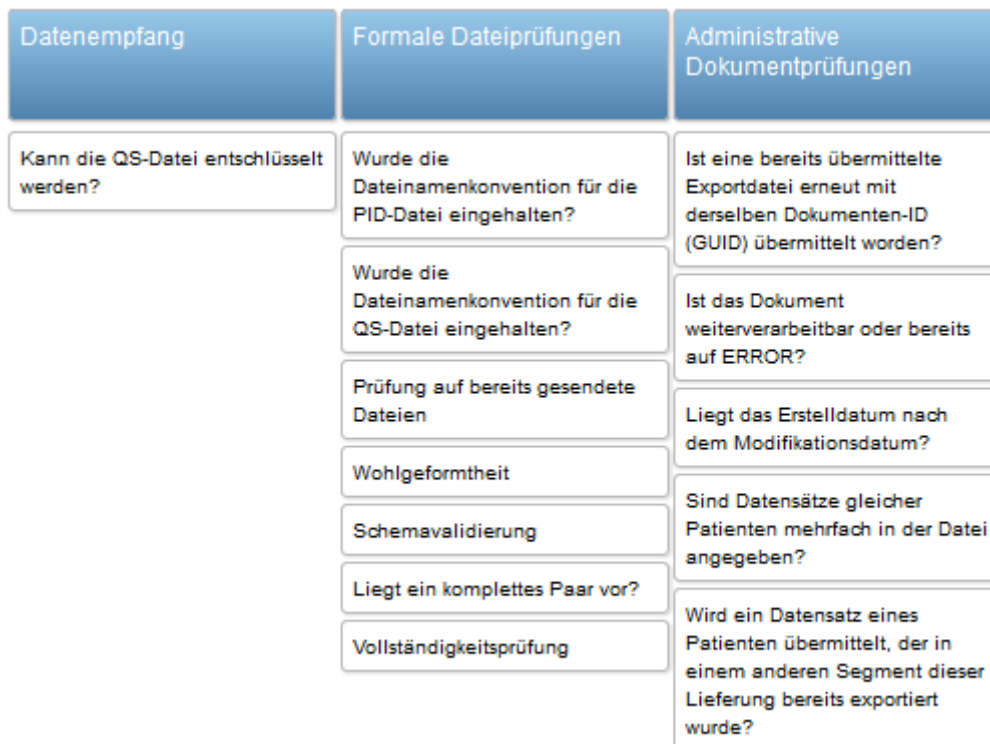


Abbildung 3: Prüfschritte DAS-KK 1



Abbildung 4: Prüfschritte DAS-KK 2

Vertrauensstelle

Datenempfang	Formale Dateiprüfungen	Administrative Dokumentprüfungen	Nach Pseudonymisierung bei der VST
Kann die QS-Datei entschlüsselt werden?	Wohlgeformtheit	Ist eine bereits übermittelte Exportdatei erneut mit derselben Dokumenten-ID (GUID) übermittelt worden?	Wohlgeformtheit
	Schemavalidierung		Schemavalidierung
		Ist das Dokument weiterverarbeitbar oder bereits auf ERROR?	
		Liegt das Erstelldatum nach dem Modifikationsdatum?	
		Sind Datensätze gleicher Patienten mehrfach in der Datei angegeben?	
		Können die PID-Daten entschlüsselt werden?	
		Passen die laufenden Nummern der PID- und QS-Daten zusammen?	

Abbildung 5: Prüfschritte VST

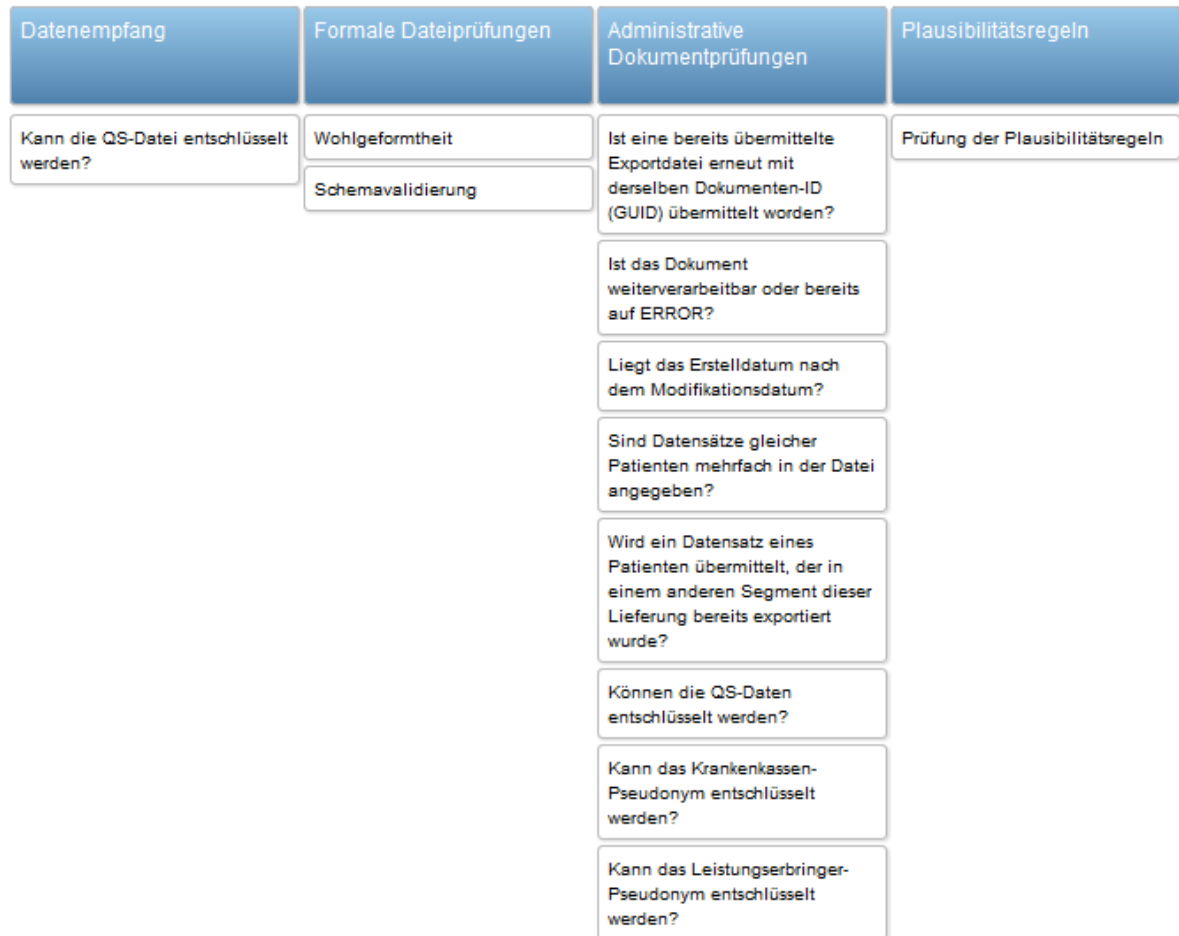
Bundesauswertungsstelle

Abbildung 6: Prüfschritte BAS

Anhang 2: Serieller Datenfluss mit PID-Datei

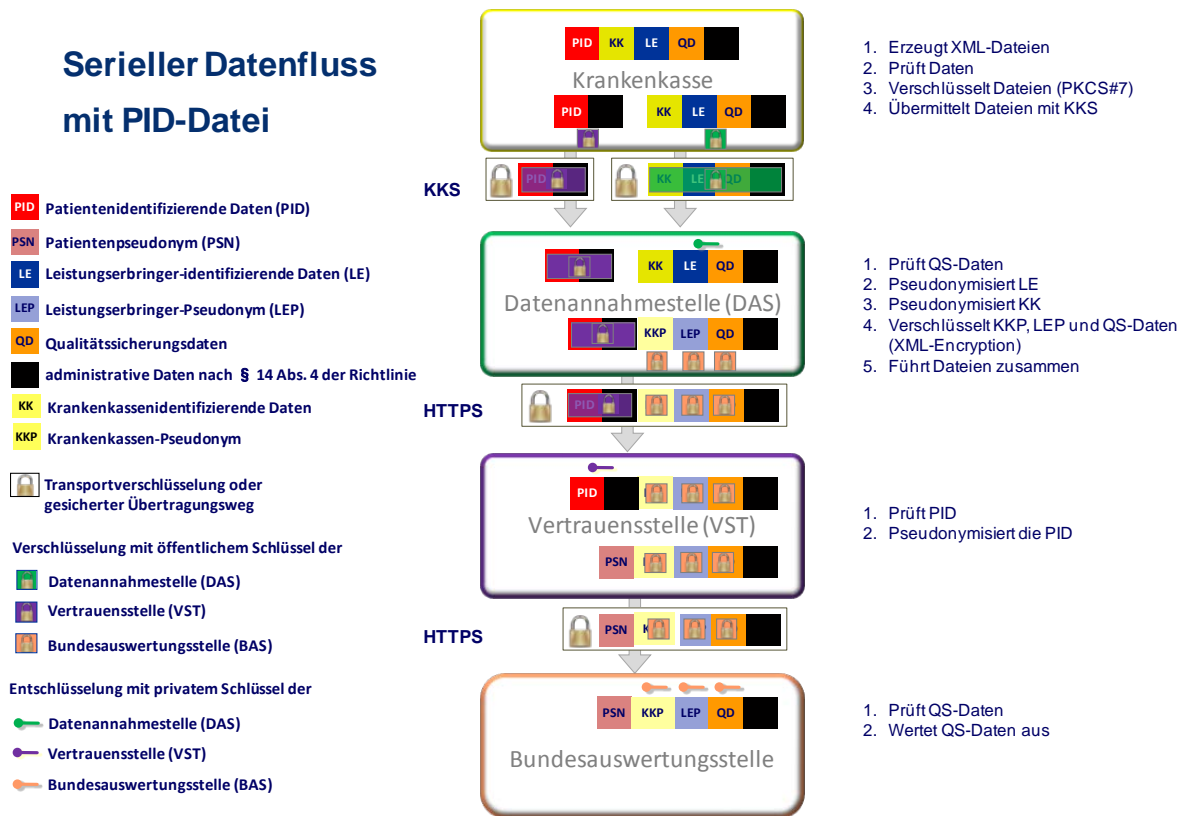


Abbildung 7: Datenfluss mit patientenidentifizierenden Daten