



Qualitätssicherung
im Gesundheitswesen
Baden-Württemberg

2025

Geschäftsbericht

Berichtszeitraum: Tätigkeiten 2025 bis 1.Quartal 2026

Inhalt

Vorwort	4
Richtlinien des G-BA	7
Portrait der QiG BW GmbH	9
Das Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL	13
Neues 2025/2026	17
Organe und Gremien der QiG BW	18
Landesbezogene QS-Verfahren gemäß DeQS-RL	43

Letzte Seiten

Abkürzungen

Impressum

Geschäftsbericht der LAG gemäß § 22 Abs. 3 der DeQS-RL

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) verpflichtet in Teil 1, der den allgemeinen Rahmen zu allen Vorgaben der Richtlinie vorgibt, im § 22 (Finanzierung) gemäß Absatz 3 alle Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), jährlich bis zum 30. Juni einen Geschäftsbericht zum Vorjahr an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen.

In Baden-Württemberg wurde zum 6. Dezember 2018 die QiG BW GmbH gegründet, deren Fachbeirat DeQS das Lenkungsgremium der LAG gemäß Teil 1 § 5 der DeQS-RL bildet. In der Verantwortung dieses Fachbeirats wird der jährliche Geschäftsbericht durch die Geschäftsstelle der QiG BW GmbH erstellt. Weitere Informationen zur Struktur der Gesellschaft sowie mögliche Veränderungen und die Tätigkeiten des abgelaufenen Jahres sind Grundlage dieses Berichtes.

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die datengestützte externe vergleichende Qualitätssicherung leistet einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Krankenversicherte haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine Versorgung nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse. Der beauftragte G-BA unterstützt mit seinen Richtlinien und darauf basierenden QS-Verfahren die Erreichung und Einhaltung eines qualitativ hochwertigen Standards. In Baden-Württemberg setzt sich die QiG BW GmbH dafür ein, die Qualität der medizinischen Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Seit ihrer Gründung im Jahr 2018 verfolgt die QiG BW das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg systematisch zu verbessern. In enger Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen – der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen – werden Qualitätssicherungsmaßnahmen umgesetzt, von denen die Patientinnen und Patienten profitieren.

Die besondere Verantwortung, die die Partner hier wahrnehmen, zeigt sich speziell durch die Etablierung zusätzlicher landesspezifischer krankenhausesbezogener QS-Verfahren: QS Schlaganfall (Akut-stationäre Schlaganfallbehandlung), QS MRE (Multiresistente Krankheitserreger) und QS UNHS BW (Neugeborenen Hörscreening). Diese ergänzen die über die DeQS-Richtlinie der QiG BW zugewiesenen landesbezogenen Verfahren.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden in 13 Qualitätssicherungsverfahren gemäß DeQS-Richtlinie auf Landesebene über vierhunderttausend Datensätze von über eintausend Leistungserbringern, darunter Krankenhäuser sowie Vertragsärztinnen und -ärzte bewertet.

Neben den drei sektorenübergreifenden Verfahren zu perkutanen Koronarinterventionen (QS PCI), zu Wundinfektionen (QS WI) und zu Nierenersatztherapien (QS NET) wurden weitere zehn stationäre Verfahren durchgeführt. Die Erhebung und Bewertung erfolgte in 21 Auswertungsmodulen mit insgesamt 176 unterschiedlichen Qualitätsindikatoren und 75 Transparenzkennzahlen.

Mit Spannung wird die Neuordnung in der Krankenhauslandschaft verfolgt. Der G-BA kündigt an, trotz der Veränderungen im KHVGG seine Wächterfunktion für die Patientinnen- und Patientensicherheit mit seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung beibehalten zu wollen. Es bleibt abzuwarten, ob es ihm und dem IQTIG gelingen wird, die mit den nach krankenhausesplanerischen Maßstäben ausgerichteten Leistungsgruppen verknüpften Qualitätskriterien durch auf Evidenzkriterien fußende Qualitätskriterien einzelner Richtlinien sinnvoll zu ergänzen. Dies ist erforderlich, um trotz des wirtschaftlich erforderlichen Umbaus (Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V) eine qualitativ hochwertige und patientinnen- und patientenorientierte sichere Versorgung zu gewährleisten. Bis sich „die QS“ jedoch an die geänderten Rahmenbedingungen anpassen kann, werden die bestehenden Verfahren verlässlich umgesetzt. Der Bericht gibt einen Einblick in den Maschinenraum der QS auf Basis der DeQS-Richtlinie in Baden-Württemberg. Zentrales Element stellen die Stellungnahmeverfahren dar, um Verbesserungsbedarf zu identifizieren und erforderliche Maßnahmen zu initiieren.

Die Vorsitzende des Unterausschuss QS beim G-BA führte im Interview 1) zum Thema aus: „Eine rein rechnerische Auffälligkeit bedeutet nicht automatisch, dass es ein Qualitätsproblem gibt. Zwischen einer rechnerischen Auffälligkeit und der Feststellung eines echten Qualitätsdefizits liegt ein weites Feld. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird geprüft, ob tatsächlich ein Qualitätsdefizit vorliegt.“ Durch den engen Austausch zwischen Fachkommissionen und auffälligen Leistungserbringern konnten die Ursachen für Abweichungen identifiziert und bei Bedarf Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet werden.

Im Erfassungsjahr 2026 werden drei QS-Verfahren nicht mehr von Leistungserbringern (Krankenhäuser oder vertragsärztliche Praxen) zu dokumentieren sein, auch dies ein Beitrag zum „Bürokratieabbau“. Ebenso wie die zunehmende Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen; dies muss kritisch beobachtet werden, da diese Daten nicht primär zu Qualitätssicherungszwecken erhoben wurden und damit manche Ergebnisse verfälschen. Gleichzeitig wird das neue Verfahren „QS Sepsis“ 2026 eingeführt. Es unterstützt die Prävention, frühzeitige Diagnostik und Behandlung der Sepsis anhand fallbezogener Dokumentation, jährlicher Einrichtungenbefragungen sowie ergänzender Krankenkassendaten. Eine Herausforderung ist weiterhin der Umgang mit Ergebnissen der Patientinnen- und Patientenbefragung im Leistungsbereich PCI (Herzkatheter), da die Regeln für die Stellungnahmeverfahren von Seiten des G-BA noch nicht an diese neue „Datenquelle“ angepasst wurden. Ab voraussichtlich 2027 werden Registerdaten aus den Krebsregistern der Länder als weitere Datengrundlage genutzt, um Qualitätsdefizite bei der Versorgung von Patienten mit Prostatakrebs zu identifizieren.

Der Erfolg der Qualitätssicherung durch die BW hängt wesentlich von der Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure – Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachgremien sowie dem Team der Geschäftsstelle ab. Dafür gilt allen Beteiligten unser Dank. Mit dem Geschäftsbericht 2025 möchten wir über den Umfang der Umsetzung der datengestützten Qualitätssicherung in Baden-Württemberg informieren und Einblick in die Prozesse und Strukturen geben. Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre.

1) (Maag, K., Roski, R., Stegmaier, P.: „Wächterfunktion im Hinblick auf Qualität und Sicherheit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 12–16.
<http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2791>)

Dr. med. Frank Jagdfeld

Vorsitzender 2024/2025 Fachbeirat DeQS

Dr. med. Ingo Bruder

Geschäftsführer QiG BW GmbH

Was zählt in der QiG BW

11

Mitarbeitende der Geschäftsstelle (Stand März 2026) sind für die operative Umsetzung zuständig

9

Sitzungen der verantwortlichen Gremien der LAG (Fachbeirat, welcher dem Lenkungsgremium gemäß GBA-Richtlinie entspricht, sowie seiner Ausschüsse und Verwaltungsbeirat) fanden im Berichtszeitraum statt

977

Leistungserbringer (Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen) waren in die QS-Verfahren des Auswertungsjahres 2025 in Baden-Württemberg einbezogen

89

Mitglieder in Fachkommissionen unterstützen die Geschäftsstelle und die Landesarbeitsgemeinschaft fachlich bei der Umsetzung der QS-Verfahren

34

Sitzungen von Fachkommissionen fanden im Rahmen der Stellungnahmeverfahren 2025 statt

4392

Jahresauswertungen einbezogener Leistungserbringer wurden vom IQTIG für BW berechnet, an die LAG sowie die Leistungserbringer übermittelt und von den Fachkommissionen auf Auffälligkeiten hin gesichtet

152

Leistungserbringer wurden in das Stellungnahmeverfahren 2025 einbezogen

518

Auffälligkeiten wurden im Stellungnahmeverfahren 2025 geklärt

Richtlinien des G-BA

Grundlegend für die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen sind die Bestimmungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), insbesondere die dort in den §§ 136 ff. beschriebenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA ist seit seiner Konstituierung 2004 die Nachfolgeorganisation der ehemaligen Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses. Qualitätssicherungsaspekte wurden vor Konstituierung des G-BA vom Bundeskuratorium Qualitätssicherung beschlossen. In § 135a SGB V wird die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung festgelegt.

Nachfolgend wird ein Überblick über die Entwicklung der Richtlinien in den vergangenen Jahren gegeben, auf deren Grundlage die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) in Baden-Württemberg gebildet wurde.

Am 01.01.2007 ist die **Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)** in Kraft getreten. Sie hat die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung) in der Fassung vom 15.08.2006 ersetzt. Diese war aus einer entsprechenden Vereinbarung von Seiten des Bundeskuratoriums hervorgegangen. Die QSKH-RL regelte bundeseinheitlich die Umsetzung verpflichtender QS-Verfahren für stationäre Behandlungsfälle insbesondere in den Aspekten: Maßnahmen der Externen stationären QS (= EsQS; inklusive Datenfluss, Datenvalidierung, Strukturierter Dialog, verantwortliches Gremium, etc.), Zuständigkeiten, Finanzierung und einbezogene Leistungen. Zum 31.12.2020 wurde die Richtlinie außer Kraft gesetzt. Übergangsregelungen stellten sicher, dass die Datenauswertung zum Erfassungsjahr 2020 und die daraus resultierende Qualitätsarbeit noch von den gemäß QSKH-RL etablierten Strukturen umgesetzt wurden. Diese Übergangsphase endete zum 31.12.2021. Seit 2022 sind alle stationären Verfahren in die DeQS-RL als normative Grundlage überführt.

Mit der 2010 vom G-BA beschlossenen **Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)** wurden die Weichen zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gestellt. Qualitätssicherungsverfahren werden nun grundsätzlich sowohl für Krankenhäuser als auch für Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in vertragsärztlichen Praxen, wie auch für medizinische Versorgungszentren und Ermächtigte, in einer Richtlinie festgelegt. Auf Grundlage der Qesü-RL wurde in Baden-Württemberg die LAG entsprechend durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV), Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen bereits 2017 gebildet.

Als erstes Verfahren der Qesü-RL ist das Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (QS PCI) zum 01.01.2016 in den Regelbetrieb gestartet und hat damit das bisherige ausschließlich den stationären Bereich betreffende Verfahren „Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention“ (PCI) der QSKH-RL abgelöst. Ein Jahr später wurde zum 01.01.2017 das neue Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) verpflichtend eingeführt.

Zum 01.01.2019 trat die **Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)** in Kraft und löste die Qesü-RL ab. Die bereits etablierten Verfahren QS PCI und QS WI wurden in die DeQS-RL überführt. Gleichzeitig startete das Verfahren „Cholezystektomie“ (QS CHE) als drittes Verfahren der DeQS-RL im Echtbetrieb.

Das vierte in der DeQS-RL geregelte Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) wurde zum 01.01.2020 eingeführt. Ebenfalls zum 01.01.2020 wurden die Verfahren 5 „Transplantationsmedizin“ (QS TX) und 6 „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ (QS KCHK), die Vorgänger in der QSKH-RL hatten, in die DeQS-RL integriert.

Auch die übrigen Qualitätssicherungsverfahren der QSKH-RL wurden ab dem Erfassungsjahr 2021 vollständig als Verfahren 7 bis 15 in die DeQS-RL überführt.

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

2024 wurden vom G-BA die Themenspezifischen Bestimmung in Teil 2 der Richtlinien zum Verfahren 20 „QS Sepsis“ beschlossen. Dieses wird 2026 mit der Datenerfassung starten. Das Verfahren QS Sepsis soll dazu beitragen, die Prävention, die frühzeitige Diagnostik und umgehende Behandlung der Sepsis – umgangssprachlich auch als Blutvergiftung bezeichnet – in Krankenhäusern weiter zu verbessern.

Weitere QS-Verfahren sind in Vorbereitung.

Portrait der QiG BW GmbH

Die QiG BW GmbH ist eine gemeinsame Einrichtung der Beteiligten zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg. Gesellschafter sind die Landesverbände der Krankenkassen (GKV), die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG), die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW).

Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK[®]), bis Ende 2018 als unabhängiger Geschäftsbereich bei der BWKG angesiedelt, wurde mit allen ihren bisherigen Aufgaben in die neu gegründete GmbH überführt.

Die Gesellschaft übernimmt die Strukturen und Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaft im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung - DeQS-RL).

Darüber hinaus werden die landesspezifischen Qualitätssicherungsverfahren wie aktuell „QS Schlaganfall“, „Multiresistente Erreger“ (QS MRE) und „Universelles Neugeborenen-Hörscreening“ (QS UNHS BW) entwickelt und umgesetzt.

Im Kapitel „Organe und Gremien“ werden die Funktionen (Zuständigkeiten und Aufgaben) der gemäß Gesellschaftsvertrag etablierten Organe sowie weiterer Gremien, wie die Fachkommissionen, näher beschrieben.

Die nachfolgende Abbildung, das „QiG-BW-Gebäude“, zeigt, wie der organisatorische Überbau der GmbH-Verwaltungsebene auf den tragenden Säulen der Fachbeiräte ruht. Die Geschäftsstelle ist für die konkrete Umsetzung der Aufgaben der GmbH zuständig. Diese werden von Seiten des Verwaltungsbeirats (wirtschaftliche und gesellschaftsrechtliche wie inhaltliche Vorgaben) und der Fachbeiräte (Ausgestaltung der DeQS-Richtlinienvorgaben sowie beauftragter Landesverfahren) verantwortet. Bei Berichtserstellung sind elf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angestellt und in unterschiedlichem Umfang in Voll- oder Teilzeit für konkrete Aufgaben zuständig. Das über die Homepage der Geschäftsstelle (www.qigbw.de) veröffentlichte Organigramm bildet die Bereiche transparent ab und erlaubt die gezielte direkte Kontaktaufnahme mit den zuständigen Ansprechpartnern.

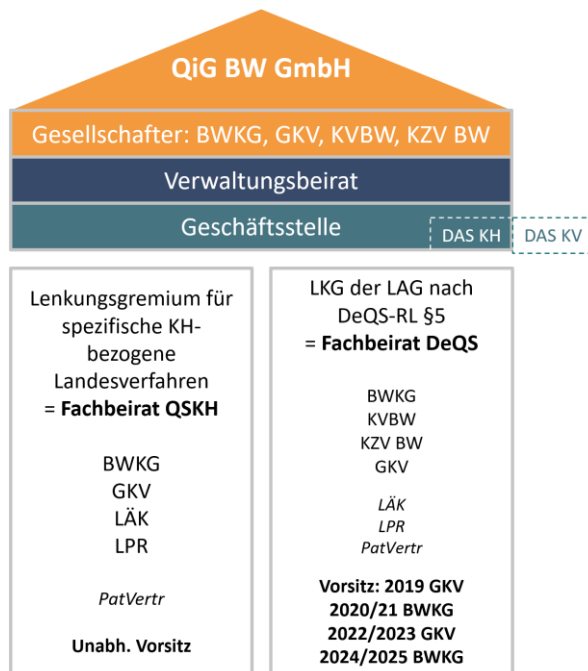
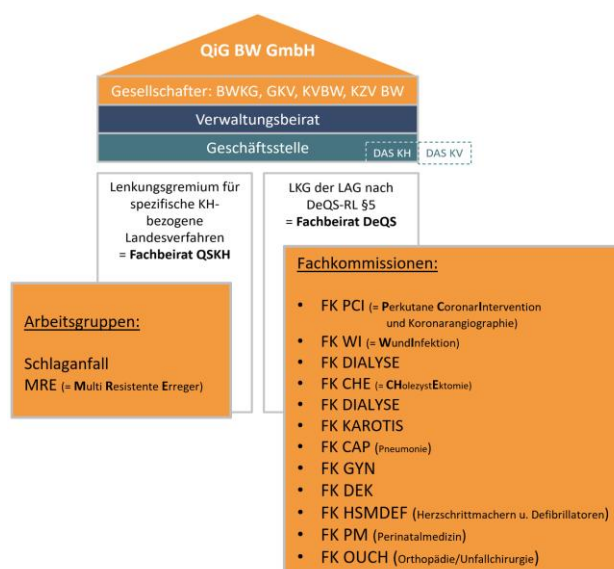


Abb. 03/1: Das „QiG-BW-Gebäude“

(LÄK = Landesärztekammer Baden-Württemberg; LPR = Landespflegerat Baden-Württemberg; PatVertr = Vertretung der für Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gemäß § 140f Absatz 1 und 2 SGB V; DAS = Datenannahmestellen für Krankenhäuser bei der QiG BW oder vertragsärztliche Praxen bei der KVBW)

Die inhaltliche Vorbereitung für fachliche Entscheidungen der Fachbeiräte erfolgt durch Arbeitsgruppen (für den Fachbeirat QSKH) oder Fachkommissionen (für den Fachbeirat DeQS). Deren Zusammensetzung richtet sich nach den Richtlinienvorgaben. Die Vorschläge für die Besetzung der Fachkommissionen werden von Seiten der Fachbeiratsmitglieder eingebracht. Die formale Benennung erfolgt dann ebenfalls auf Beschluss des Lenkungsgremiums der LAG.



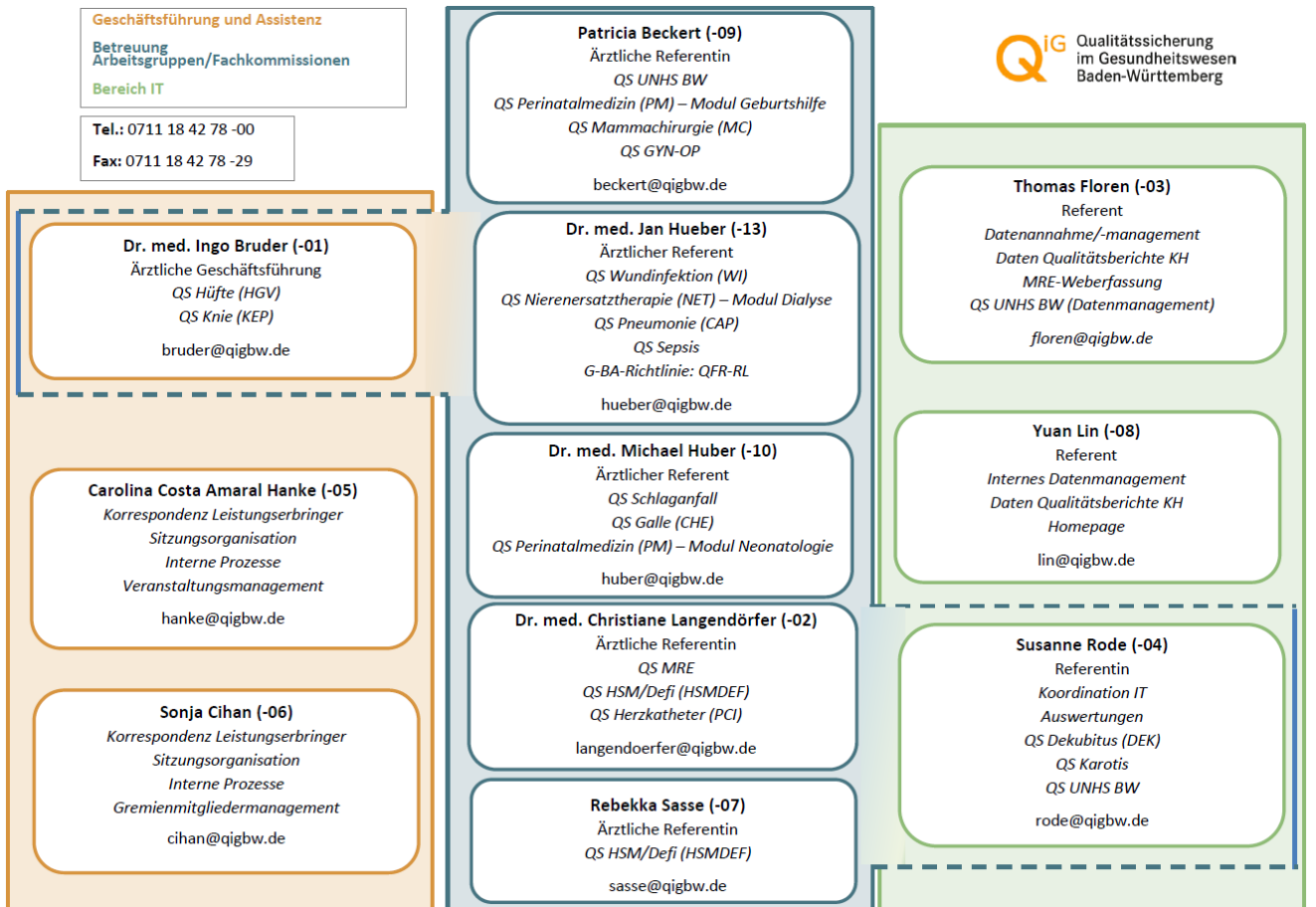


Abb. 03/3: QiG-Geschäftsstellen-Organigramm (Stand April 2026)

<https://www.qigbw.de/qig-bw/geschaeftsstelle>

Die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle und damit auch der Sitz der Gesellschaft befinden sich am Killesberg (Birkenwaldstraße) über der Landeshauptstadt Stuttgart. Hier oder im Nachbargebäude finden in der Regel auch die Sitzungen der Organe und Gremien oder Veranstaltungen in kleinerem Rahmen statt. Regelmäßig werden von der Geschäftsstelle oder den Arbeitsgruppen und Fachkommissionen öffentliche Informationsveranstaltungen mit ausgewählten Schwerpunktthemen durchgeführt, um den Kontakt mit den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Leistungserbringer herzustellen.

Über die Homepage der QiG BW GmbH (www.qigbw.de) und einen regelmäßigen, abonmierbaren Newsletter-Versand kommt die Geschäftsstelle ihrem Auftrag hinsichtlich der umfassenden Informationsweitergabe und Transparenz nach.

Über den IT-Bereich der Geschäftsstelle laufen die Datenannahmen aus dem Krankenhausbereich gemäß der DeQS-RL sowie für die landesspezifischen QS-Verfahren. Aus dem vertragsärztlichen Bereich werden die Daten bei der Datenannahmestelle (DAS KV) bei der KVBW, betreffend selektivvertragliche Patientinnen und Patienten bei der Vertrauensstelle des G-BA nach § 299 SGB V (aktuell: Nortal AG, Potsdam) angenommen und pseudonymisiert an das IQTIG in Berlin weitergeleitet. Umgekehrt gehört auch die Weitergabe von Rückmeldeberichten des IQTIG für die DeQS-Verfahren zu den Aufgaben der DAS bei der QiG BW sowie der KVBW. Regelmäßige Auswertungen werden von der Geschäftsstelle für die Landesverfahren selbst erstellt und den Krankenhäusern online passwortgeschützt zur Verfügung gestellt.

Neben dem bedeutenden Aufgabengebiet des Datenmanagements stellt die Klärung berechneter Abweichungen in den Indikatorergebnissen und anderer Auffälligkeiten in den Auswertungen den weiteren Schwerpunkt der Tätigkeit dar. Die zuständigen Referentinnen/Referenten und Arbeitsgruppen/Fachkommissionen treten mit den betroffenen Leistungserbringern in Kontakt, um in der Regel zunächst in schriftlichen Stellungnahmeverfahren den Sachverhalt aufzuarbeiten und falls notwendig Verbesserungsprozesse einzuleiten.

Die QiG BW hat ihren Platz im PDCA-Zyklus des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg eingenommen, vor allem im Bereich der Komponente des „Check“: Das Messen von erfolgten Prozessen und die Berechnung von Hinweisen auf Verbesserungsbedarf stellen die Grundlage für die Analysen dar. Bestehender und festgestellter Handlungsbedarf muss ggf. mit Beratung durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppen und Fachkommissionen auf Seiten der betroffenen Leistungserbringer (in vertragsärztlichen Praxen oder im Krankenhaus) angegangen (Act) und nach Planung (Plan) und Umsetzung (Do) erneut überprüft oder der Effekt gemessen werden (Check).

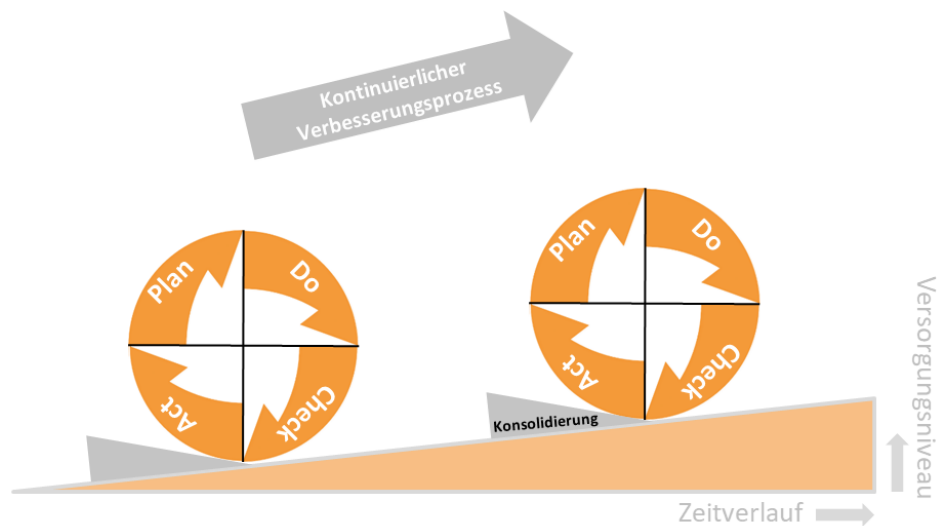


Abb. 03/4: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (PDCA-Zyklus)

Das Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL

Für die Stellungnahmeverfahren zu den in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelten länderbezogenen Verfahren ist die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) zuständig. Im Gegensatz dazu werden bei bundesbezogenen Verfahren die Aufgaben vom Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA und dem IQTIG wahrgenommen. Die Träger der LAG sind in Baden-Württemberg die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW), Baden-Württembergische Krankenhausesellschaft e.V. (BWKG) sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch den Fachbeirat DeQS (entspricht dem Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 14 DeQS-RL). Die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL sind klar geregelt. Eine schematische Übersicht zu den Verantwortlichkeiten und der Struktur des Verfahrens gemäß DeQS-RL ist in folgender Abbildung dargestellt.

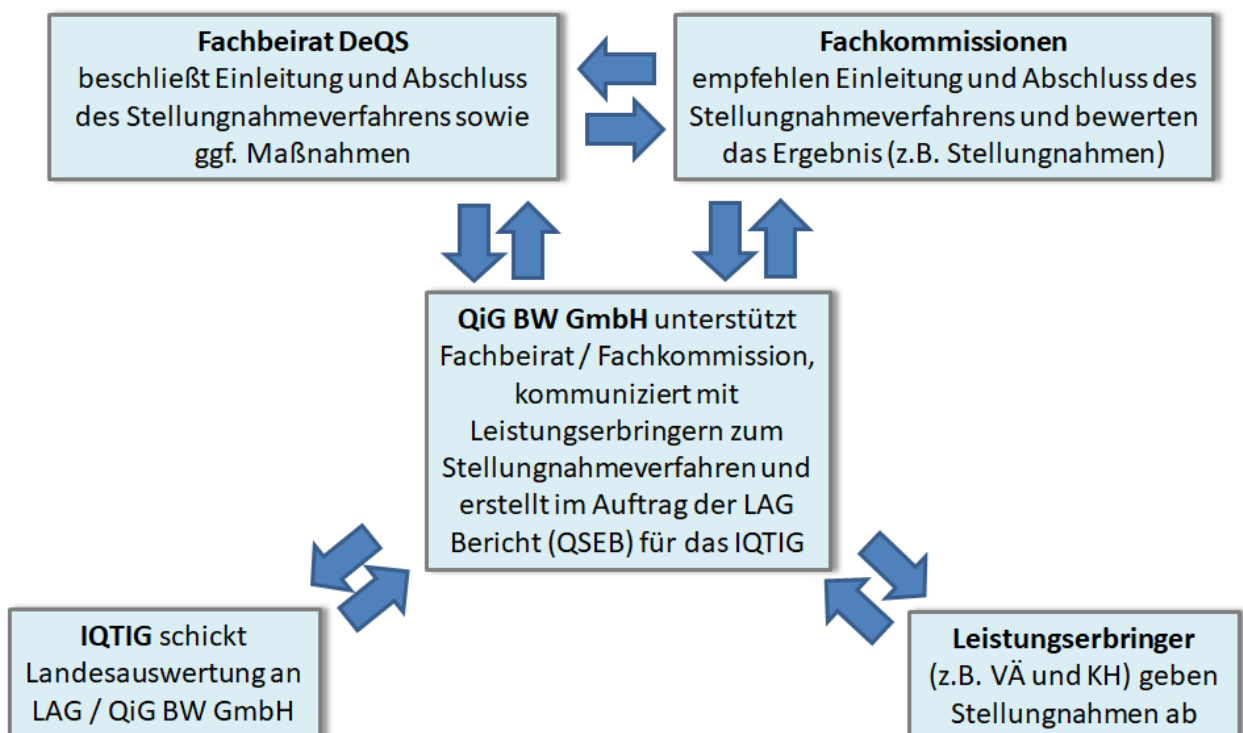


Abb. 04/1: Vereinfachte Darstellung der Verantwortlichkeiten und Struktur im Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL

Das Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL erfolgt in enger Abstimmung zwischen den Beteiligten:

- dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das zunächst, neben der Erstellung leistungserbringerbezogener Auswertungen (Rückmeldeberichte als Zwischenberichte quartals- oder jahresbezogen), die jahresbezogenen Landesauswertungen zu den einzelnen Verfahren an die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH (QiG BW GmbH) übermittelt, dessen unabhängige und neutrale Geschäftsstelle dann im Auftrag der LAG die weitere Bearbeitung durchführt,
- dem Fachbeirat DeQS, der die Beschlüsse zu Einleitung und Abschluss der Stellungnahmeverfahren fasst,
- den jeweiligen Fachkommissionen mit verfahrensspezifischer fachlicher Expertise, welche die Auswertungen sowie die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren fachlich bewerten und dem Fachbeirat DeQS die Einleitung sowie den Abschluss der Stellungnahmeverfahren und ggf. weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 empfehlen sowie
- der QiG BW GmbH, der Geschäftsstelle der LAG nach DeQS-RL Teil 1 § 5 Absatz 4, die den Fachbeirat DeQS und die Fachkommissionen bei ihrer Arbeit unterstützt, mit den beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringern (LE) im Rahmen der Stellungnahmeverfahren kommuniziert sowie im Auftrag der LAG und in Abstimmung mit den Fachkommissionen einen abschließenden Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) für das IQTIG erstellt.

Grundsätzlich ist der zeitliche Ablauf des Stellungnahmeverfahrens zweigeteilt. Folgende Abbildung gibt die Prozesse im Verfahren schematisch wieder.

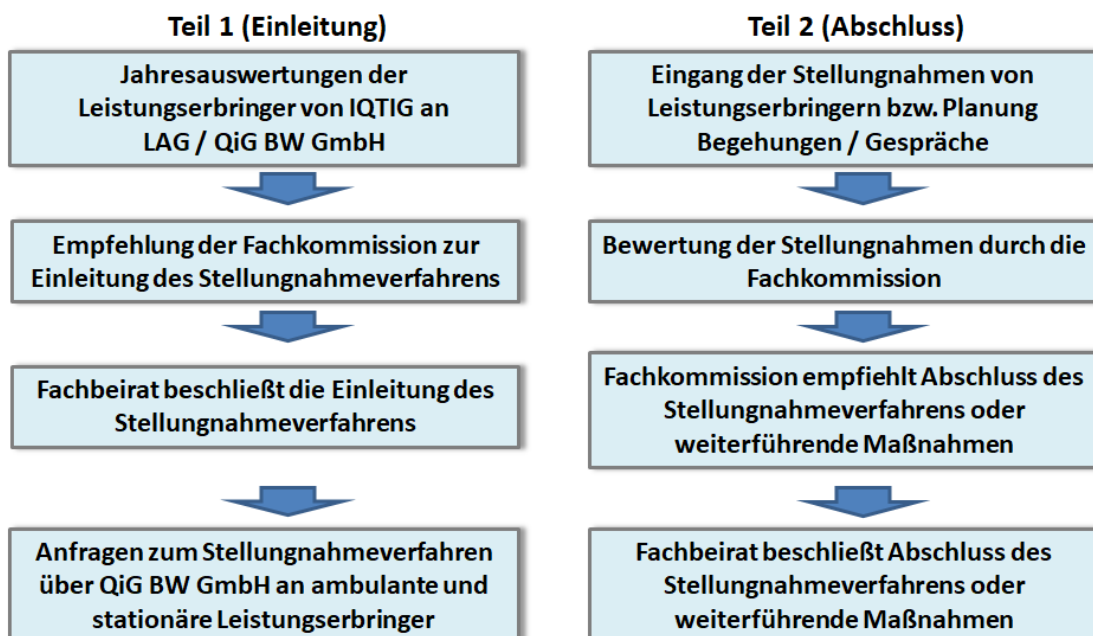


Abb. 04/2: Schematische Übersicht zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL

Teil 1 (Einleitung)

Der erste Teil des Verfahrens beginnt damit, dass das IQTIG grundsätzlich bis zum 31.05. des Folgejahres der Erfassung (ggf. bei sogenannten Follow-Up-Indikatoren auch zu weiter zurückliegenden Erfassungsjahren) die leistungserbringerbezogenen Auswertungen den Datenannahmestellen (DAS) zur Weiterleitung an die Krankenhäuser bzw. vertragsärztlichen Praxen zur Verfügung stellt. Gleichzeitig wird der Geschäftsstelle der LAG (= Geschäftsstelle der QiG BW GmbH) die Gesamt-Jahresauswertung aller Leistungserbringer (LE) zu den einzelnen Verfahren übermittelt. Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle analysiert und bewertet - unter Wahrung der Anonymität der LE - die für das jeweilige Verfahren zuständige Fachkommission die Auswertungsergebnisse der Leistungserbringer (Krankenhaus oder vertragsärztliche Praxen) und empfiehlt ggf. der LAG die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens, welches im schriftlichen Austausch (pseudonymisiert), im Rahmen eines persönlichen Gespräches oder per Durchführung einer Begehung (auch mehrstufig) erfolgen kann. Die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens muss vom Fachbeirat DeQS beschlossen werden. Im Anschluss erfolgt die Kontaktaufnahme über die QiG BW mit den betroffenen Leistungserbringern.

Teil 2 (Abschluss)

Der zweite Teil des Verfahrens startet, sobald die angeforderten Stellungnahmen von Leistungserbringern bei der QiG BW GmbH eingegangen sind oder Gespräche bzw. Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geplant sind. Die Referentinnen und Referenten der QiG BW diskutieren mit den zuständigen Fachkommissionen die eingegangenen Stellungnahmen der Leistungserbringer (weiterhin pseudonymisiert). Die jeweilige Fachkommission bewertet das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens, begründet die Bewertung und formuliert Rückmeldetexte an die Leistungserbringer. Anschließend empfiehlt die Fachkommission dem Fachbeirat den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und falls notwendig weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 (siehe folgende Abbildung). Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände, entscheidet die LAG über die Anwendung von Maßnahmen der Stufe 2. Auch diese Empfehlung der Fachkommission zum Abschluss des Verfahrens muss vom Fachbeirat DeQS beschlossen werden. Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 136b SGB V zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31.10. des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

Maßnahmenstufe 1:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- Teilnahme am Qualitätszirkel
- Implementierung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Audits

Maßnahmenstufe 2:

- Korrektur der Vereinbarung
- Information der für Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen

Abb. 04/3: Beispiele für weiterführende Maßnahmen der Stufen 1 und 2

Berichte und Evaluation

Die LAG erstellt jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB), welcher die Informationen zur Durchführung der Qualitätssicherung im Rahmen der Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern zu den verschiedenen QS-Verfahren zusammenfasst. Der QSEB wird dem IQTIG von Seiten der auf Landesebene zuständigen Stellen zur Verfügung gestellt.

Das IQTIG erstellt jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in maschinenlesbarer Form, in dem die Ergebnisse der Bundesauswertung und die durch den QSEB der LAGen übermittelten Informationen zusammengefasst werden. Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie ein Evaluationskapitel zu den nach DeQS-RL geregelten Verfahren. Mithilfe der Evaluation der Verfahren auf Landesebene werden dem IQTIG Verbesserungsvorschläge, eine Einschätzung sowie die Bewertung der verschiedenen Qualitätssicherungsverfahren zurückgespiegelt. Langfristig bewertet der G-BA unter Einbeziehung der Evaluation das Erreichen der Ziele in den einzelnen QS-Verfahren und entscheidet über den weiteren Fortgang der Verfahren, einschließlich möglicher Veränderungen in der Durchführung (Weiterentwicklung).

Neues 2025/2026

Mit der Jahresauswertung 2024 wurden von Seiten des IQTIG zum Erfassungsjahr 2023 erstmals für ein gesamtes Erfassungsjahr Qualitätsindikator-Ergebnisse zur Patientenbefragung (Modul PPCI) im Verfahren PCI (Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie) berechnet und leistungserbringerbezogen zur Verfügung gestellt. Die Durchführung eines flächendeckenden Stellungnahmeverfahrens war jedoch wegen der Neuartigkeit der Methodik und der Indikatoren gemäß DeQS-Richtlinie im Jahr der Einführung optional. 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren dann verpflichtend durchgeführt. Wegen der methodisch bedingten hohen Anzahl als rechnerisch abweichend ausgewiesener Leistungserbringer wurde jedoch eine Gruppierung von Seiten des IQTIG entworfen, die bundesweit von allen Landesarbeitsgemeinschaften angewandt werden konnte. Mit Verwendung einer vom IQTIG für Leistungserbringer wie auch Fachkommissionen zur Verfügung gestellten speziellen Arbeitshilfe zur Analyse der Ergebnisse der Patientenbefragungs-QI konnte das Stellungnahmeverfahren im Modul PPCI durchgeführt werden. Die Erkenntnisse und Erfahrungen mit dieser neuen Art von Qualitätsindikatoren und des Dialogs im Stellungnahmeverfahren zur Rückspiegelung von Patientinnen- und Patientenerfahrungen fließen in die notwendige Anpassung der Regelungen beim IQTIG/G-BA ein. Da auch in anderen QS-Verfahren die Einführung von Patientinnen- und Patientenbefragungen vorgesehen ist, muss das Stellungnahmeverfahren für dieses neue und wertvolle Instrument zur Qualitätsverbesserung zwingend angepasst werden.

Das Kommunikationsportal der Geschäftsstelle zur Durchführung der Stellungnahmeverfahren, welches ursprünglich zum Dialog mit den teilnehmenden Krankenhäusern entwickelt wurde, konnte 2025, nach Einbezug der vertragsärztlichen Teilnehmenden im Verfahren PCI bereits 2023 und für das Modul QS Net DIALYSE 2024, nun auch für QS WI von Vertragsärztinnen und -ärzten im Stellungnahmeverfahren 2025 genutzt werden. Allerdings wurde vom G-BA die Aufhebung des Verfahrens WI beschlossen, sodass 2026 kein Stellungnahmeverfahren mehr geführt wird. Der betriebene Aufwand ist damit nicht nachhaltig.

Ende 2025 stand im Zeichen der Einführung des stationären QS-Verfahrens Sepsis, welches für den Krankenhaussektor eine neue Dokumentationsverpflichtung mit sich bringt. Seit 2019 befasste sich das IQTIG mit der Thematik, zunächst als Konzeptstudie und zuletzt mit der Entwicklung des QS-Verfahrens. Der G-BA beschloss, den Start des Regelbetriebs auf den 01.01.2026 zu legen. Die Krankenhäuser, in denen Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Sepsis behandelt werden, müssen pro Behandlungsfall Daten übermitteln und zusätzlich einmal jährlich einrichtungsbezogene Angaben machen. Als dritte Datenbasis werden Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen genutzt. Erstmal 2027 werden ausgewertete Qualitätsindikatoren vorliegen, zu denen, bei rechnerischen Abweichungen von festgelegten Referenzbereichen, die Ursachen im Stellungnahmeverfahren geklärt werden können. Im November 2025 wurden die betroffenen Leistungserbringer (Krankenhäuser) von der QiG BW im Rahmen von zwei Online-Informationsveranstaltungen (mit Beteiligung des IQTIG) umfassend informiert. Seit Mitte 2025 werden in der QiG BW die Prozesse und Strukturen aufgebaut, um das Verfahren richtliniengemäß umzusetzen und die dokumentationspflichtigen Leistungserbringer bestmöglich unterstützen zu können.

Organe und Gremien der QiG BW

Nach den Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (Teil 1 § 5 Abs. 1 DeQS-RL, bzw. der Vorgängerrichtlinie Qesü-RL) für eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) wurde die QiG BW GmbH am 06.12.2018 in Stuttgart gegründet.

Gründungsmitglieder sind:

- BWKG e.V. (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft)
- KVBW (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)
- KZV BW (Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)
- Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen

Im Folgenden werden die Strukturen hinsichtlich der Umsetzung der DeQS-RL ausführlich dargestellt. Die Umsetzung der Vorgaben der QSKH-RL (außer Kraft getreten zum 01.01.2021) wurde vom Fachbeirat QSKH und dessen Arbeitsgruppen verantwortet (siehe Kapitel „Portrait der QiG BW GmbH“).

Fachbeirat DeQS

Die LAG trifft Ihre Entscheidungen durch ein Lenkungs-gremium. In Baden-Württemberg wurde durch die LAG der Fachbeirat DeQS als Lenkungs-gremium der LAG nach DeQS-RL Teil 1 § 5 Abs. 2 etabliert.

Der Fachbeirat DeQS setzt sich wie folgt zusammen:

- jeweils ein(e) stimmberechtigte(r) Vertreterin/Vertreter von Seiten eines jeden Landesverbandes (damit insgesamt sechs Mitglieder der Landesverbände der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen)
- zwei Vertreterinnen/Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG)
- zwei Vertreterinnen/Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)
- zwei Vertreterinnen/Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW)

Darüber hinaus sind ohne Stimmrecht folgende Organisationen am Fachbeirat DeQS beteiligt:

- der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- die Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK BW)
- der Landespflegerat Baden-Württemberg e. V.

- perspektivisch, falls deren Belange thematisch berührt sind:
 - Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZÄK BW) und
 - Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPsychK BW)

Weiter haben gemäß DeQS-Richtlinie Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter ein Mitberatungsrecht im Fachbeirat DeQS. Diese werden durch die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Abs. 1 und 2 SGB V) benannt.

Zu den Aufgaben/dem Verantwortungsbereich des Fachbeirats DeQS gehören u. a.:

- Einrichtung von Fachkommissionen auf Landesebene gemäß den Vorgaben der Richtlinie
- Bewertung der Auffälligkeiten und Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den landesbezogenen Verfahren und Bericht an den G-BA
- Information für Leistungserbringer (Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen) und Öffentlichkeit; Förderung des Austauschs zwischen Leistungserbringern
- Durchführung der Datenvalidierung (= Überprüfung der Dokumentationsqualität)
- Ggf. Datenannahme sowie Beauftragung der Auswertungsstelle auf Landesebene
- Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen gegenüber dem G-BA
- Übermittlung des Qualitätssicherungsergebnisberichts an das IQTIG
- Erstellung des Geschäftsberichts und der Kostenaufstellung für den G-BA

Im Berichtszeitraum (2025 bis März 2026) fanden fünf Sitzungen des Fachbeirats DeQS mehrheitlich als Videokonferenzen statt.

Benannte Mitglieder des Fachbeirats DeQS unter Angabe der entsendenden Organisation (in alphabetischer Reihenfolge; ohne Stellvertretungen) während des Jahres 2025:

Frau Dr. Anke Bleicher	Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Frau Silke Bortenlänger	Landespflegerat
Herr Dr. Karsten Braun	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Frau Kerstin Enssle	PKV
Herr Dr. med. Matthias Fabian	Landesärztekammer
Herr Anton Hauptenthal	Knappschaft
Frau Dr. med. Sonja Hyrenbach	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
Herr Dr. med. Frank Jagdfeld	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
Frau Susanne Lilie	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Frau Jana Linksy	AOK Baden-Württemberg
Herr Andreas May	IKK Classic

Herr RA Tobias Meyer	Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Herr Michael Mruck	Verband der Ersatzkassen e.V.
Herr Dr. rer. nat. Dietrich Munz	Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Herr Rolf Seltenreich	Patientenvertreter (bis 11/2025)
Frau Brigitte Stähle	Patientenvertreterin
Herr Jörg Stender	Knappschaft
Herr Dr. med. dent. Torsten Toppert	Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
Herr Michael Zimmer	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Frau Fatiana Zymeri	BKK Landesverband Süd

**Die Namensliste ist wegen nicht vorliegender Einwilligung oder fehlender Benennung nicht vollständig.*

Fachkommissionen nach Verfahren

1. Fachkommission QS PCI (FK PCI)

Die Fachkommission PCI wurde in Baden-Württemberg als erste Fachkommission gemäß der Qesü/DeQS-Richtlinie etabliert. Die Vertreter und Stellvertreter der Fachkommission wurden durch das Lenkungsgremium der LAG (jetzt Fachbeirat DeQS) erstmals im März 2018 benannt. Für zahlreiche Fachkommissionmitglieder und Stellvertretungen erfolgte im März 2022 die Wiederbenennung für eine erneute Amtszeit von weiteren vier Jahren.

Von der Fachkommission wurden Herr Prof. Dr. med. Christian Wolpert als Sprecher sowie Herr Dr. med. Matthias Keim als stellvertretender Sprecher im Amt bestätigt. Zu den Aufgaben der Sprecher gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft.

Vertretungen der FK WI und deren Stellvertretungen mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Frau Daniela Acconci	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Dirk Albrecht	vertragsärztlicher Sektor
Herr Prof. Dr. med. Marc Beirer	vertragsärztlicher Sektor
Frau Dr. med. Andrea Bob-Schittenhelm	Sektor Krankenhaus
Frau Julica Bouwhuis	MD (Vertreterin Krankenkasse)
Frau Marion Dorbath (Sprecherin)	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Matthias Erhardt	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. med. Hiltrud Garthe	MD (Vertreterin Krankenkasse)
Frau Maja Grigoleit	Sektor Krankenhaus
Herr Harald Hensel	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Günter Maurer	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Michael Metzger	vertragsärztlicher Sektor
Frau Gabriele Rother	Sektor Krankenhaus
Frau Prof. Dr. med. Constanze Wendt	Sektor Krankenhaus

Die Mitglieder der FK PCI analysieren in den Sitzungen der Fachkommission die Leistungserbringerauswertungen im Verfahren QS PCI und legen fest, für welche Leistungserbringer ein Aufarbeiten von Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren als notwendig erachtet wird. Anschließend wird dem Fachbeirat DeQS eine entsprechende Empfehlung zur Durchführung gegeben. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens liegt beim Fachbeirat.

Bei der Auswahl der Leistungserbringer werden von der Fachkommission regelmäßig die Ergebnisse der Verfahren des Vorjahres, die Erkenntnisse aus dem abgelaufenen Stellungnahmeverfahren sowie die individuelle Ergebnisentwicklung der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigt.

Im Jahr 2025 wurden sowohl zu Qualitätsindikator-Ergebnissen als auch zu Auffälligkeitskriterien aus dem Verfahrensjahr 2024, schriftliche Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Alle sozialdatenbasierten Follow-Up-Indikatoren wurden im Auswertungsjahr 2025 (Indexjahr 2023) ohne Referenzbereich ausgewiesen; daher waren hier keine Stellungnahmen oder Hinweise erforderlich.

Zum Auswertungsjahr 2025 lagen für 19 Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung (PPCI-QI) leistungserbringerindividuelle Ergebnisse vor. 18 der Patientenbefragungsindikatoren waren mit Referenzbereichen versehen.

Nach Ersteinführung der Patientenbefragungsindikatoren zum Auswertungsjahr 2024 wurde im zweiten Jahr der Berechnung (Auswertungsjahr 2025) erstmals Stellungnahmeverfahren für ausgewählte Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten durchgeführt. Die Auswahl der Leistungserbringer zum Stellungnahmeverfahren erfolgte bei Häufung von Auffälligkeiten in vom IQTIG vorgeschlagenen Indikatoren-Gruppen.

Im Durchführungsjahr 2025 (zu Ergebnissen aus den Verfahrensjahren 2024) konnte dem Fachbeirat der Abschluss sämtlicher Stellungnahmeverfahren empfohlen werden. In keinem Fall war das Ergreifen weiterführender Maßnahmen der Stufe 1 oder Stufe 2 gemäß DeQS-Richtlinie (siehe auch Kapitel „Das Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL“) notwendig.

Die FK PCI nimmt die Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen vor und übermittelt nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren durch den Fachbeirat eine Rückmeldung an die betroffenen Leistungserbringer.

Fachkommission QS PCI	Stellungnahmeverfahren				
	2025 (zum EJ 2024)	2024 (zu 2023 + 2022)	2023 (zu 2022 + 2021)	2022 (zu 2021 + 2020)	2021 (zu 2020 +2019)
Anzahl Sitzungen	3	4	4	4	3
Anzahl Qualitätsindikatoren (QI + FU-QI + PPCI-QI) mit rechnerischem Ergebnis*	7 + 0 (+ 18 PPCI-QI)	8 + 4 (+ 19 PPCI-QI)	13 + 5	16 + 6	14 + 2
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren	26 QI (+ 220 PPCI-QI)	53 (+ 214 PPCI-QI)	86	105	201
hierzu angeforderter Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren (QI + PPCI-QI)	12 (+ 46 PPCI-QI)	24 (+ 0 PPCI-QI)	51	49	81
Stellungnahmeanforderungen bei auffälliger Dokumentationsrate	11	9	17	4	0

Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	69	33	68	53	81
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0	0	0

* nur Indikatoren mit festgelegten Referenzbereich werden aufgeführt

Ergänzend wurden zu Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität im Jahr 2025 insgesamt 17 Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen.

2. Fachkommission QS WI (FK WI)

Die Fachkommission WI hat sich in Baden-Württemberg am 06.02.2020 konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem vom Fachbeirat DeQS im Oktober 2019 sämtliche Mitglieder benannt waren.

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK WI wählten in der konstituierenden Sitzung aus der Mitte der benannten Vertretungen und deren Stellvertretungen Frau Marion Dorbath zur Sprecherin. Zu den Aufgaben der Sprecherin gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft.

Die Vertretungen der FK WI wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt sowie ab 2023 wiederbenannt.

Vertretungen und deren Stellvertretungen der FK WI mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Frau Daniela Acconci	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Dirk Albrecht	vertragsärztlicher Sektor
Herr Prof. Dr. med. Marc Beirer	vertragsärztlicher Sektor
Frau Dr. med. Andrea Bob-Schittenhelm	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. med. Julica Bouwhuis	MD (Vertreterin Krankenkasse)
Frau Marion Dorbath (Sprecherin)	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Matthias Erhardt	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. med. Hiltrud Garthe	MD (Vertreterin Krankenkasse)
Frau Maja Grigoleit	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Michael Hammer (seit 10/2025)	vertragsärztlicher Sektor
Herr Harald Hensel	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Günter Maurer (bis 7/2025)	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Michael Metzger	vertragsärztlicher Sektor
Frau Gabriele Rother	Sektor Krankenhaus
Frau Prof. Dr. med. Constanze Wendt	Sektor Krankenhaus

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die FK WI die Jahresauswertungen der Leistungserbringer und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung der Stellungnahmeverfahren, welche mittels schriftlicher Erklärungen, Gesprächen oder Begehungen (auch mehrstufig möglich) erfolgen können.

Die FK WI bewertet als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens die Abweichung, begründet die Bewertung und formuliert Rückmeldetexte an die Leistungserbringer. Anschließend empfiehlt die Fachkommission dem Fachbeirat den Abschluss des Verfahrens und falls notwendig weiterführende Maßnahmen. Die Empfehlungen zur Einleitung und zum Abschluss der Stellungnahmeverfahren müssen vom Fachbeirat DeQS beschlossen werden.

Das IQTIG hat im Jahr 2025 Auswertungsergebnisse aller Leistungserbringer (LE) in Baden-Württemberg mit Ergebnissen zu Qualitätsindikatoren (QI) für die Erfassungsjahre 2024 (einrichtungsbezogen) und 2023 (fallbezogen) zur Verfügung gestellt.

In Baden-Württemberg wurden zu den einrichtungs- und fallbezogenen QI Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Zu den Erfassungsjahren 2023 und 2024 wurden von der FK WI nach Beschluss des Fachbeirats DeQS insgesamt 53 Erklärungen angefordert. Die Verfahren konnten in allen Fällen abgeschlossen werden und alle Leistungserbringer haben einen Rückmeldetext mit Hinweisen erhalten.

Fachkommission QS WI	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zu 2023 fallbezogen und zu 2024 einrichtungs- bezogen)	2024 (zu 2022 fallbezogen und zu 2023 einrichtungs- bezogen)	2023 (zu 2022 einrichtungs- bezogen)
Anzahl Sitzungen	2	2	2
QI mit rechnerischem Ergebnis	12 (10 + 2)	12 (10 + 2)	2
Rechnerisch abweichende Ergebnisse	59 (34 + 25)	59 (27 + 31)	20
Auffällige Kennzahl- ergebnisse	-	-	-
hierzu angeforderte Stellungnahmen	53 (31 + 22)	53 (24 + 29)	20
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumenta- tionsrate	-	11	12
Abschluss oben aufgeführ- ter Stellungnahmeverfah- ren	53 (alle)	64 (alle)	32 (alle)
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

3. Fachkommission QS CHE (FK CHE)

Die Fachkommission CHE hat sich in Baden-Württemberg am 20.07.2021 konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen.

Die Vertreter der FK CHE wählten in der konstituierenden Sitzung Herrn Dr. med. Hartmut Heidt zum Sprecher sowie zum stellvertretenden Sprecher Herrn Dr. med. Joachim Adolf Köhler. Zu deren Aufgaben gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an das Lenkungsgremium bzw. den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL in Baden-Württemberg. Die Vertreter wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt sowie ab 2025 wiederbenannt.

Vertreter der FK CHE mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Herr Dr. med. Hartmut Heidt	(Sprecher)	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Dr. med. Kai-Ole Jensen		MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Hans-Peter Keiner		Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Joachim Adolf Köhler	(stellvertretender Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Klaus Kraft		Sektor Krankenhaus

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die Fachkommission CHE die Jahresauswertungen der Leistungserbringer und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung sowie Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens.

Auswertung 2025: Die Fachkommission hat bezogen auf Indexfälle des Erfassungsjahrs 2023 zu den Follow-up-Qualitätsindikatoren

- ▶ 58001 - Re-Intervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
- ▶ 58005 - Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
- ▶ 58006 - Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

und des Erfassungsjahrs 2024 zu den Qualitätsindikatoren

- ▶ 58000 - Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
- ▶ 58002 - Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
- ▶ 58003 - Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
- ▶ 58004 - Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

Empfehlungen ausgesprochen, ob Stellungnahmen angefordert werden sollten. Der Fachbeirat ist den Empfehlungen der Fachkommission vollumfänglich gefolgt.

Zu den Erfassungsjahren 2023 und 2024 wurden von der FK CHE nach Beschluss des Fachbeirats DeQS im Jahr 2025 insgesamt 20 Erklärungen angefordert.

Die Fachkommission hat die eingegangenen Stellungnahmen analysiert und bewertet sowie über die Geschäftsstelle Rückmeldungen an die Leistungserbringer gegeben.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren wurde von der Fachkommission vollumfänglich empfohlen und vom Lenkungsgremium der LAG, dem Fachbeirat DeQS, beschlossen.

Fachkommission QS CHE	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (Erfassungsjahre 2023 und 2024)	2024 (Erfassungsjahre 2022 und 2023)	2023 (Erfassungsjahre 2021 und 2022)
Anzahl Sitzungen	2	2	2
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	7	7	6
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren	41	35	30
hierzu angeforderte Stellungnahmen	20	25	16
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentationsrate	-	-	-
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	20	25	16
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

4. Fachkommission Dialyse zu QS NET (FK DIAL)

Die Fachkommission Dialyse zum QS-Verfahren QS NET hat sich am 15.07.2021 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die Mitglieder der FK Dialyse wählten in der 2. Sitzung aus der Mitte der benannten Vertreterinnen und Vertreter Herrn Dr. med. Ralf Dikow zum Sprecher sowie zu seinem Stellvertreter Herrn Dr. med. Thomas Weinreich. Zu deren Aufgaben gehört als Schwerpunkt der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Die Vertretungen der FK Dialyse sowie der Sprecher und der stellvertretende Sprecher wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt sowie ab 2025 wiederbenannt.

Vertretungen und deren Stellvertretungen der FK Dialyse mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge)*:

Herr Dr. med. Ralf Dikow	(Sprecher)	vertragsärztlicher Sektor
Herr Dr. med. Fritz Matzkies		vertragsärztlicher Sektor
Frau Dr. med. Miriam Mergen		MD (Vertreterin Krankenkasse)
Herr Dr. med. Christian Nusshag		Sektor Krankenhaus
Herr Prof. Dr. med. Matthias Schaier		Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Thomas Weinreich	(stellvertretender Sprecher)	vertragsärztlicher Sektor

**Die Namensliste ist wegen nicht vorliegender Einwilligung oder fehlender Benennung nicht vollständig.*

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die FK Dialyse die Jahresauswertungen der Leistungserbringer und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung der Stellungnahmeverfahren, welche mittels schriftlicher Erklärungen, Gesprächen oder Begehungen (auch mehrstufig) erfolgen können.

Die FK Dialyse bewertet die Abweichungen als Ergebnis der Stellungnahmeverfahren, begründet die Bewertungen und formuliert Rückmeldetexte an die Leistungserbringer. Anschließend empfiehlt die Fachkommission dem Fachbeirat entweder den Abschluss der Stellungnahmeverfahren und falls erforderlich weiterführende Maßnahmen. Die Empfehlungen der FK Dialyse zur Einleitung und zum Abschluss müssen vom Fachbeirat DeQS beraten und beschlossen werden.

In der Jahresauswertung 2025 zum Erfassungsjahr 2024 wurden 2 Qualitätsindikatoren (QI) zur Dialyse mit Referenzbereichen ausgewertet. In den Rückmeldeberichten sind neben der Ergebnisübersicht zu den einzelnen QI auch die Datengrundlage und QI-Detailergebnisse sowie die Basisauswertung dargestellt.

Von der FK Dialyse wurden nach Beschluss des Fachbeirats DeQS im Jahr 2025 insgesamt fünf Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Die Fachkommission hat die eingegangenen Stellungnahmen analysiert und bewertet sowie über die Geschäftsstelle Rückmeldungen an die Leistungserbringer gegeben.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren wurde von der Fachkommission vollumfänglich empfohlen und von der LAG bzw. dem Fachbeirat DeQS beschlossen.

Fachkommission Dialyse (QS NET)	Stellungnahmeverfahren		
	2025	2024	2023
Anzahl Sitzungen	2	2	2
QI mit rechnerischem Ergebnis	7	7	6
Rechnerisch abweichende Ergebnisse	12*	112	107
hierzu angeforderte Stellungnahmen	5	13	16
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentati- onsrate	0	0	2
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	5 (alle)	13 (alle)	18 (alle)
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

* Rückgang der Abweichungen, da nur noch zu zwei Indikatoren Referenzbereiche definiert wurden

5. Fachkommission Karotis zu QS KAROTIS (FK Karotis)

Die Fachkommission Karotis hat sich am 03.05.2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK Karotis wählten in der konstituierenden Sitzung Herrn Prof. Dr. med. Bernd Tomandl zum Sprecher sowie als stellvertretenden Sprecher Herrn Prof. Dr. med. Thomas Karl. Zu den Aufgaben der Sprecher gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an das Lenkungsgremium bzw. den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL.

Die Vertreterinnen und Vertreter sowie der Sprecher und der stellvertretende Sprecher wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt.

Vertretungen mit ggf. Stellvertretungen der FK Karotis mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Frau Karolin Lisa Garbe	Pflege (mitberatend)
Herr Dr. med. Steffen Gatzen	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Prof. Dr. med. Thomas Karl (stellvertretender Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Ernst Oswald Mayer	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Prof. Dr. med. Bernd Tomandl (Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Marc Weigand	Sektor Krankenhaus

Zusätzlich ist als Person mit Mitberatungsrecht Herr Prof. Dr. Hansjörg Bänzner als Experte für den Sektor Krankenhaus benannt.

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK analysieren in den Sitzungen die Landesauswertungen im Verfahren „Karotis-Revaskularisation“ (QS KAROTIS), legen fest, für welche Leistungserbringer ein Aufarbeiten der Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren als notwendig erachtet wird und geben dem Fachbeirat DeQS eine entsprechende Empfehlung zur Durchführung. Bei der Auswahl werden von der Fachkommission die Erkenntnisse aus dem abgelaufenen Stellungnahmeverfahren sowie die individuelle Ergebnisentwicklung der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigt. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens liegt beim Fachbeirat.

Zu Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurden von der FK Karotis nach Beschluss des Fachbeirats DeQS im Stellungnahmeverfahren 2025 insgesamt 24 Stellungnahmen angefordert. Die Fachkommission hat die eingegangenen Antworten analysiert und bewertet sowie über die Geschäftsstelle Rückmeldungen an die Leistungserbringer gegeben.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren wurde von der Fachkommission vollumfänglich empfohlen und von dem Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft, beschlossen.

Um gemäß § 17 Abschnitt 2 der DeQS-RL dem Leistungserbringer bei sich ergebenden Auffälligkeiten in den Auswertungen Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu geben, hat die Fachkommission Karotis auf Beschluss des Fachbeirat DeQS für das Erfassungsjahr 2024 das Stellungnahmeverfahren 2025 bei sonstigen Auffälligkeiten unter Verwendung von Transparenzkennzahlen zu den Komplikationen Schlaganfall und Tod im Verfahren Karotis zusätzlich zum regulären Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Das Ziel war, zukünftig die Quote an Schlaganfällen bzw. Komplikationen im Verfahren Karotis weiter zu reduzieren und möglichst die in der Leitlinie empfohlenen Schwellenwerte nicht zu überschreiten.

Fachkommission QS Karotis	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	3	4	2
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	6	8	8
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitäts- indikatoren (QI)	23	18	11
hierzu angeforderte Stellungnahmen	23	18	11
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentati- onsrate	0	0	0
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	23	18	11
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

Ergänzend wurde 2025 zu Auffälligkeitskriterien zur rechnerischen Überprüfung der Dokumentationsqualität von einem Leistungserbringer eine Erklärung angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen und Fehlangaben zu identifizieren.

6. Fachkommission CAP zu QS CAP (FK CAP)

Die Fachkommission CAP zum QS-Verfahren QS CAP hat sich am 10.05.2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK CAP wählten in der konstituierenden Sitzung Herrn Prof. Dr. med. Felix Herth zum Sprecher sowie als stellvertretenden Sprecher Herrn Prof. Dr. med. Claus Neurohr (mittlerweile ausgeschieden). Zu den Aufgaben der Sprecher gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an das Lenkungsgremium bzw. den Fachbeirat, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL. Die Vertreterinnen und Vertreter der FK CAP sowie der Sprecher und der stellvertretende Sprecher wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt.

Stimmberechtigte Vertreterinnen und Vertreter der FK CAP und ggf. Stellvertretungen mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Herr Dr. med. Kirsten Dreyer		MD (Vertreterin Krankenkassen)
Herr Dr. med. Thomas Gross		MD (Vertreter Krankenkassen)
Herr Prof. Dr. med. Felix Herth	(Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Axel Tobias Kempa		Sektor Krankenhaus
Frau Stefanie Kirsch	(bis 7/2025)	Pflege (mitberatend)
Frau Priv.-Doz. Dr. med. Ute Oltmanns	(ab 12/2025)	Sektor Krankenhaus

x

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die Fachkommission CAP die Jahresauswertungen und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung und Art und Weise der Stellungnahmeverfahren.

Zum Erfassungsjahr 2024 wurden von der FK CAP nach Beschluss des Fachbeirats DeQS im Jahr 2025 insgesamt drei Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren angefordert. Die Auswertung 2025 enthielt keine Indikatoren mit definierten Referenzbereichen, sodass sich keine rechnerischen Abweichungen zum Erfassungsjahr 2024 ergeben konnten. Die Stellungnahmeverfahren wurden im Auftrag des Fachbeirats zur Nachbeobachtung von auffälligen Ergebnissen in den Vorjahren durchgeführt.

Die Fachkommission hat die eingegangenen Stellungnahmen analysiert und über die Geschäftsstelle Rückmeldungen an die Leistungserbringer gegeben.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren 2025 wurde von der Fachkommission vollumfänglich empfohlen und von dem Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft, beschlossen.

Fachkommission QS CAP	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	2	2	3
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	6	6	6
Rechnerisch abweichende Klinik-Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren	0*	100	110
Anzahl hierzu angeforderter Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren	3	53	62
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren zu den Qualitätsindikatoren	3	53	62
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

* Keine Abweichungen, da keine Referenzbereiche definiert wurden

7. Fachkommission Gynäkologie zu QS GYN-OP und QS MC (FK GYN)

Die Fachkommission Gynäkologie (FK GYN) betreut die Verfahren „Mammachirurgie“ (Verfahren 9, QS MC) und „Gynäkologische Operationen“ (Verfahren 10, QS GYN-OP). Die Fachkommission hat sich im April 2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen. Die Benennungen der Fachkommissionsmitglieder durch den Fachbeirat DeQS sind für eine Amtszeit von vier Jahren erfolgt.

Als Sprecherin wurde Frau Dr. Heike Staudt-Grauer, als stellvertretender Sprecher Herr Prof. Dr. Stefan Renner von der Fachkommission gewählt. Zu den Aufgaben der Sprecherin gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungs-gremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL.

Vertreterinnen und Vertreter der FK GYN mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Frau Dr. Renate Fuhr	Pflege (mitberatend)
Herr Prof. Dr. Alexander Hein	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. Julia Kreuzhof	MD (Vertreterin Krankenkassen)
Herr Prof. Dr. Stefan Renner (stellvertretender Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. Heike Staudt-Grauer (Sprecherin)	MD (Vertreterin Krankenkassen)
Prof. Dr. Falk Clemens Thiel	Sektor Krankenhaus

Die Mitglieder der FK GYN analysieren in den Sitzungen der Fachkommission die Leistungserbringerauswertungen in den Verfahren „Mammachirurgie“ (QS MC) und „Gynäkologische Operationen“ (QS GYN-OP), legen fest, für welche Leistungserbringer (LE) ein Aufarbeiten der Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren für notwendig erachtet wird und geben dem Fachbeirat DeQS eine entsprechende Empfehlung zur Durchführung. Bei der Auswahl werden von der Fachkommission die Erkenntnisse aus dem abgelaufenen Stellungnahmeverfahren sowie die individuelle Ergebnisentwicklung der einzelnen LE berücksichtigt. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens liegt beim Fachbeirat.

Die FK GYN nimmt die Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen vor und empfiehlt dem Fachbeirat den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens oder falls erforderlich Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 gemäß DeQS-RL (siehe Kapitel „Das Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL“). Nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren durch den Fachbeirat wird an die betroffenen LE eine Rückmeldung übermittelt. Im Jahr 2025 wurden zu Ergebnissen aus dem Erfassungsjahr 2024 insgesamt 83 Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Für sämtliche von der Fachkommission durchgeführte Stellungnahmeverfahren konnte dem Fachbeirat der Abschluss empfohlen werden.

Fachkommission Gynäkologie	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	4	4	5
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	20	20	20
QS MC	13	13	13
QS GYN-OP	7	7	7
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren (QI)	88	104	110
QS MC	33	62	62*
QS GYN -OP	55	42	48
hierzu angeforderte Stellungnahmen	68	65	78
QS MC	28	45	44
QS GYN -OP	40	20	34
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentationsrate	0	0	0
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	68	65	78
Maßnahmen Stufe 1	0	0	1* (QS MC)
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

**Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die auch statistisch relevant waren, erfolgte gemäß Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren mit dem IQTIG. Die LAGen führten erforderlichenfalls ergänzend mit dem betroffenen Krankenhaus qualitätsfördernde Maßnahmen wie Besprechungen und Begehungen sowie Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 bis 5 DeQS-RL durch (diese entsprechen Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 nach DeQS-RL).*

Zu Auffälligkeitskriterien zur rechnerischen Überprüfung der Dokumentationsqualität wurden 2025 von der FK GYN insgesamt verfahrensübergreifend 14 Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen. Mehrheitlich konnten zumindest einzelne Fehlangaben identifiziert werden.

8. Fachkommission Dekubitusprophylaxe zu QS DEK (FK DEK)

Die Fachkommission Dekubitusprophylaxe zum QS-Verfahren QS DEK hat sich am 06.04.2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK DEK wählten in der konstituierenden Sitzung Frau Christine Heil zur Sprecherin sowie Herrn Bjoern-Erik Fülle zur Stellvertretung. Zu den Aufgaben gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL. Die Vertreterinnen und Vertreter sowie die Sprecherin und Stellvertretung wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt.

Vertreterinnen und Vertreter der FK DEK mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Herr Gerd Aicher	(seit 07/2025)	MD (Vertreter Krankenkasse)
Frau Lisa Bach		Sektor Krankenhaus
Frau Simone Dieter		Sektor Krankenhaus
Herr Bjoern-Erik Fülle	(Funktionssprecher)	Pflege (mitberatend)
Frau Christine Heil	(Sprecherin)	Sektor Krankenhaus
Frau Petra Renz		Pflege (mitberatend)
Frau Lisa Seifert		Sektor Krankenhaus
Frau Claudia Triepel		MD (Vertreterin Krankenkasse)

Die Vertreterinnen und Vertreter der FK DEK analysieren in den Sitzungen der Fachkommission die Leistungserbringerauswertungen im Verfahren „Dekubitusprophylaxe“ (QS DEK), legen fest, für welche Leistungserbringer ein Aufarbeiten der Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren als notwendig erachtet wird und geben dem Fachbeirat DeQS eine entsprechende Empfehlung zur Durchführung. Bei der Auswahl der Leistungserbringer werden von der Fachkommission die Erkenntnisse aus dem abgelaufenen Stellungnahmeverfahren sowie die individuelle Ergebnisentwicklung der einzelnen Leistungserbringer berücksichtigt. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens liegt beim Fachbeirat.

Zu Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurden von der FK DEK nach Beschluss des Fachbeirats DeQS im Stellungnahmeverfahren 2025 insgesamt 51 Stellungnahmen angefordert. Die Fachkommission hat die eingegangenen Stellungnahmen analysiert und bewertet sowie über die Geschäftsstelle Rückmeldungen an die Leistungserbringer gegeben.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren wurde von der Fachkommission vollumfänglich empfohlen und von dem Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft, beschlossen.

Fachkommission QS DEK	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	2	3	2
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	2	2	2
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitäts- indikatoren (QI)	43	42	59
hierzu angeforderte Stellungnahmen	42	40	59
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentationsrate	0	1	0
Abschluss oben aufgeführ- ter Stellungnahmeverfah- ren	42	41	59
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

Ergänzend wurden 2025 zu Auffälligkeitskriterien zur rechnerischen Überprüfung der Dokumentationsqualität insgesamt neun Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen. Mehrheitlich konnten zumindest einzelne Fehlangaben identifiziert werden.

Um die Krankenhäuser bei ihrer Qualitätsarbeit im Verfahren DEK zu unterstützen, wurde aufgrund der Erkenntnisse aus den geführten Stellungnahmeverfahren 2025 von den Mitgliedern der Fachkommission DEK ein Webinar zusammengestellt und im März 2026 durchgeführt.

9. Fachkommission Herzschrittmacher/Defibrillatoren zu QS HSMDEF (FK HSMDEF)

In Baden-Württemberg hat sich die Fachkommission HSMDEF zum QS-Verfahren QS HSMDEF am 23.05.2022 konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die FK HSMDEF hat aus ihrer Mitte einen Sprecher und einen stellvertretenden Sprecher gewählt. Zu deren Aufgaben gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS der Landesarbeitsgemeinschaft.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Fachkommission wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt.

Vertreterinnen und Vertreter und ggf. deren Stellvertretungen mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge)*:

Herr Dr. med. Yasir, Al-Hamami (seit 07/2025)	Sektor Krankenhaus
Herr Prof. Dr. med Carsten Beller	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Prof. Dr. med Philipp Diehl	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Manfred Krammer	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Dennis Merk	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Sebastian Ruff	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Dr. med. Boris Schumacher (stellvertretender Sprecher)	Sektor Krankenhaus

**Die Namensliste ist wegen nicht vorliegender Einwilligung oder fehlender Benennung nicht vollständig.*

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die FK HSMDEF die Jahresauswertungen und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung der Stellungnahmeverfahren, welche mittels schriftlicher Stellungnahmen, Gesprächen oder Begehungen (auch mehrstufig) geführt werden können.

Die FK HSMDEF bewertet das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens, begründet die Bewertung und formuliert Rückmeldetexte an die Leistungserbringer. Anschließend empfiehlt die Fachkommission dem Fachbeirat den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und falls notwendig weiterführende Maßnahmen. Die Beschlüsse zur Einleitung und zum Abschluss der Stellungnahmeverfahren müssen vom Fachbeirat DeQS getroffen werden.

Im Jahr 2025 wurden sowohl zu Qualitätsindikator- als auch zu Auffälligkeitskriterien-Ergebnissen aus dem Verfahrensjahr 2024 wie auch zu rechnerisch auffälligen Follow-Up-Qualitätsindikator-Ergebnissen (FU-QI), deren Indexeingriffe im Jahr 2023 lagen, schriftliche Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Fachkommission QS HSMDEF	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024 + 2023 [Follow-Up- Indikatoren])	2024 (zum Erfassungsjahr 2023 + 2022 [Follow-Up- Indikatoren])	2023 (zum Erfassungsjahr 2022 + 2021 [Follow-Up- Indikatoren])
Anzahl Sitzungen	3	4	3
Anzahl Qualitätsindikatoren (QI+FU-QI) mit rechnerischem Er- gebnis*	12 + 4	12 + 4	25 + 4
Rechnerisch abweichende Ergeb- nisse in den Qualitätsindikatoren	69	68	127
hierzu angeforderte Stellungnahmen	37	37	48
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentationsrate	2	1	4
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	39	38	52
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

* nur Indikatoren mit ausgewiesenem Referenzbereich aufgeführt

Ergänzend wurden zu Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität im Jahr 2025 insgesamt acht Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen. Mehrheitlich konnten zumindest einzelne Fehlangaben identifiziert werden.

10. Fachkommission Perinatalmedizin zu QS PM (FK PM)

Die Fachkommission Perinatalmedizin zum QS-Verfahren QS PM hat sich im April 2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen. Die Benennungen der Fachkommissionsmitglieder durch den Fachbeirat DeQS sind für eine Amtszeit von vier Jahren erfolgt.

Im Rahmen der konstituierenden Sitzung wurde aus der Mitte der Mitglieder Herr Prof. Dr. med. Peter Ruef als Sprecher gewählt. Als stellvertretende Sprecherin wurde Frau Dr. med. Julia Kreuzhof aus dem Kreis aller stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter gewählt. Zu den Aufgaben des Sprechers gehört schwerpunktmäßig der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL.

Vertreterinnen, Vertreter und Stellvertretungen der FK PM mit Angabe des Sektors, in welchem diese tätig sind (in alphabetischer Reihenfolge)*:

Herr Prof. Dr. med. Harald Abele	Sektor Krankenhaus
Herr Dr. med. Jörg Arand	Sektor Krankenhaus
Herr PD Dr. med. Thomas Böhler	MD (Vertreter Krankenkassen)
Frau Deborah Dietrich	Expertin (mitberatend)
Herr Prof. Dr. med. Hans Fuchs	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. med. Julia Kreuzhof (Stellvertretende Sprecherin)	MD (Vertreterin Krankenkassen)
Herr Prof. Dr. med. Peter Ruef (Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Frau Monika Schindler	Pflege (mitberatend)
Frau Hermine Schmidt	MD (Vertreterin Krankenkassen)
Herr Prof. Dr. med. Christian von Schnakenburg	Sektor Krankenhaus
Frau Dr. med. Heike Staudt-Grauer	MD (Vertreterin Krankenkassen)
Frau Dr. med. Ines Vogel	Sektor Krankenhaus
Frau Claudia Weinheimer	Expertin (mitberatend)

* Die Namensliste ist wegen nicht vorliegender Einwilligung nicht vollständig.

Die Mitglieder der FK PM analysieren in den Sitzungen der Fachkommission die Jahresauswertungen der Leistungserbringer im Verfahren „Perinatalmedizin“ (QS PM), das aus den Modulen Geburtshilfe (PM-GEBH) und Neonatologie besteht (PM-NEO). Des Weiteren legen sie fest, für welche Leistungserbringer (LE) ein Aufarbeiten der Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren als notwendig erachtet wird und geben dem Fachbeirat DeQS eine entsprechende Empfehlung zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens. Bei der Auswahl werden von der Fachkommission die Erkenntnisse aus den abgelaufenen Stellungnahmeverfahren des Vorjahres sowie die individuelle Ergebnisentwicklung der einzelnen LE berücksichtigt. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung eines schriftlichen Verfahrens liegt beim Fachbeirat.

Die FK PM nimmt die Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen vor und empfiehlt dem Fachbeirat den Abschluss des Verfahrens oder falls erforderlich Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 gemäß DeQS-RL (siehe Kapitel „Das Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL“). Nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren durch den Fachbeirat wird an die betroffenen LE eine Rückmeldung übermittelt. Im Jahr 2025 wurden zu Ergebnissen aus dem Erfassungsjahr 2024 insgesamt 60

Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Für sämtliche von der Fachkommission durchgeführte Verfahren konnte dem Fachbeirat der Abschluss empfohlen werden.

Fachkommission QS PM	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	6	5	7
Anzahl Qualitätsindikatoren mit rechnerischem Ergebnis	18	19	16
PM-GEBH	10	11	8
PM-NEO	8	8	8
Rechnerisch abweichende Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren (QI)	46	68	46
PM-GEBH	27	43	27*
PM-NEO	19	25	19
hierzu angeforderte Stellungnahmen	36	60	25
PM-GEBH	17	36	6
PM-NEO	19	24	19
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentationsrate	0	1	0
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	36	61	25
Maßnahmen Stufe 1	0	0	2*(PM-GEBH)
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

** Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die auch statistischen relevant waren, erfolgte gemäß Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren mit dem IQTIG. Die LAGen führten erforderlichenfalls ergänzend mit dem betroffenen Krankenhaus qualitätsfördernde Maßnahmen wie Besprechungen und Begehungen sowie Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 bis 5 DeQS-RL durch (diese entsprechen Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 nach DeQS-RL).*

Zu Auffälligkeitskriterien zur rechnerischen Überprüfung der Dokumentationsqualität wurden 2025 von der Fachkommission PM insgesamt modulübergreifend 24 Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen. Mehrheitlich konnten zumindest einzelne Fehlengaben identifiziert werden.

11. Fachkommission Orthopädie/Unfallchirurgie zu QS HGV und QS KEP (FK OUCH)

Die Fachkommission OUCH zu den QS-Verfahren QS HGV und QS KEP hat sich am 31.05.2022 in Baden-Württemberg konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen, nachdem der Fachbeirat DeQS die Fachkommissionsmitglieder benannt hatte.

Die Vertreterin und Vertreter wählten aus ihrer Mitte Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Linhart zum Sprecher und einen weiteren Krankenhausarzt zum Stellvertreter. Zu den Aufgaben des Sprechers gehört als Schwerpunkt der regelmäßige Bericht über die Tätigkeit der Fachkommission an den Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) gemäß DeQS-RL.

Die Vertreterin und Vertreter der FK OUCH sowie der Sprecher wurden für eine Laufzeit von vier Jahren benannt bzw. wiederbenannt.

Vertreterinnen und Vertreter und ggf. deren Stellvertretungen mit Angabe des Sektors, welchem diese zugeordnet sind (in alphabetischer Reihenfolge) *:

Herr Dr. med. Christian Kralewski	MD (Vertreter Krankenkasse)
Herr Prof. Dr. med. Ulrich Liener	Sektor Krankenhaus
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Linhart (Sprecher)	Sektor Krankenhaus
Frau Nadine Meyer-Wertz	Pflege (mitberatend)
Herr Dr. med. Henning Röhl	Sektor Krankenhaus

**Die Namensliste ist wegen nicht vorliegender Einwilligung von zwei Mitgliedern nicht vollständig.*

Nach Voranalyse und Aufbereitung durch die Geschäftsstelle der QiG BW analysiert und bewertet die Fachkommission die Jahresauswertungen der Leistungserbringer der QS-Verfahren QS HGV (mit den Modulen OSFRAK und HEP) und QS KEP und empfiehlt der LAG ggf. die Einleitung der Stellungnahmeverfahren, welche mittels schriftlicher Erläuterungen zur festgestellten Auffälligkeit, Gesprächen oder Begehungen (auch mehrstufig) erfolgen können.

Zum Erfassungsjahr (EJ) 2024 konnten im Auswertungsjahr 2025 im Modul HGV-OSFRAK vier Qualitätsindikatoren (QI), im Modul HGV-HEP 10 QI und im Modul KEP ein QI mit Referenzbereich ausgewertet werden. In den Jahresauswertungen sind neben der Ergebnisübersicht zu den einzelnen QI auch die Datengrundlagen und QI-Detailergebnisse sowie die Basisauswertung dargestellt.

Die Mitglieder der FK bewerteten im Verlauf die Stellungnahmen der Leistungserbringer, begründeten die Bewertungen und formulierten Rückmeldetexte an die Stellungnehmenden. Anschließend empfahl die Fachkommission dem Fachbeirat entweder den Abschluss der Stellungnahmeverfahren und falls erforderlich weiterführende Maßnahmen. Die Empfehlungen zur Einleitung und zum Abschluss wurden vom Fachbeirat DeQS beraten und entsprechende Beschlüsse gefasst.

Der Abschluss der Stellungnahmeverfahren 2025 wurde von der Fachkommission vollumfänglich für alle Verfahren, für die die Fachkommission OUCH zuständig ist, empfohlen und von dem Fachbeirat DeQS, dem Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft, beschlossen. Die Einleitung weiterführender Maßnahmen (gemäß Stufen 1 oder 2) wurde nicht erforderlich.

Fachkommission OUCH	Stellungnahmeverfahren		
	2025 (zum Erfassungsjahr 2024)	2024 (zum Erfassungsjahr 2023)	2023 (zum Erfassungsjahr 2022)
Anzahl Sitzungen	4	6	5
QI mit rechnerischem Ergebnis*	19	19	28
davon HGV-OSFRAK	4	5	5
HGV-HEP	10	13	13
KEP	1	1	10
Rechnerisch abweichende Klinik-Ergebnisse	84	134	215
davon HGV-OSFRAK	26	26	41
HGV-HEP	57	104	109
KEP	1	4	65
hierzu angeforderte Stellungnahmen	71	95	87
davon HGV-OSFRAK	26	21 (inkl. 1 Gespräch)	20 (inkl. 1 Gespräch zu 2 QI)
HGV-HEP	45	72 (inkl. 1 Gespräch)	45 (inkl. 1 Gespräch)
KEP	0	2	22
Stellungnahmeanforderung bei auffälliger Dokumentations- rate ¹⁾	16	7	12
Abschluss oben aufgeführter Stellungnahmeverfahren	71 + 16 (alle)	95 + 7 (alle)	87 + 12 (alle)
Maßnahmen Stufe 1	0	0	0
Maßnahmen Stufe 2	0	0	0

* nur Indikatoren mit festgelegtem Referenzbereich aufgeführt

¹⁾ zu wenige oder zu viele der erwarteten Datensätze, zu häufig Minimaldatensätze, zu wenige patientenidentifizierende Daten zur Fallzusammenführung

Ergänzend wurden 2025 im Fachbereich Orthopädie/Unfallchirurgie zu Auffälligkeitskriterien zur rechnerischen Überprüfung der Dokumentationsqualität insgesamt modulübergreifend fünf Erklärungen angefordert, um Hinweisen auf mögliche Fehlerfassungen nachzugehen. Mehrheitlich konnten zumindest einzelne Fehlangaben identifiziert werden.

Landesbezogene QS-Verfahren gemäß DeQS-RL

Übersicht: Verfahren mit landesbezogener Umsetzung* durch die LAG

- Verfahren QS PCI (1): Start 2016
- Verfahren QS WI (2): Start 2017
- Verfahren QS CHE (3): Start 2019
- Verfahren QS NET (4): Start 2020
- Verfahren QS KAROTIS (7): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS CAP (8): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS MC (9): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS GYN-OP (10): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS DEK (11): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS HSMDEF (12): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS PM (13): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS HGV (14): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- Verfahren QS KEP (15): Überführung zum 01.01.2021 aus der QSKH-RL
- (Verfahren QS Sepsis (20): Start 2026)

* Über die reine Datenannahme, die für alle Verfahren auf Landesebene stattfindet, hinausgehende Umsetzung von QS-Maßnahmen durch die LAG BW.

Verfahren QS PCI: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Das Verfahren QS PCI ist zum 01.01.2016 als erstes sektorenübergreifendes Verfahren gestartet. Es hat das etablierte Verfahren „Interventionelle Kardiologie“ (Modul 21/3) aus der externen stationären Qualitätssicherung gemäß QSKH-RL abgelöst, indem es den vertragsärztlichen Bereich miteinbezieht.

Das IQTIG erstellt für jeden Leistungserbringer pseudonymisiert sowohl jährliche Rückmeldeberichte wie auch unterjährige Quartalsauswertungen, die von den jeweiligen Datenannahmestellen der Landesebene nach der notwendigen Depseudonymisierung an die einzelnen Leistungserbringer weitergeleitet werden.

Im Verfahren eingeschlossen sind sowohl isolierte Koronarangiographien sowie Koronarangiographien mit gleichzeitiger Revaskularisation durch Ballondilatation und Stentimplantation im Rahmen einer Perkutanen Koronarintervention (Einzeitig-PCI) wie auch isoliert durchgeführte PCIs.

Im Rahmen des Verfahrens QS-PCI sollen qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von Indikationsstellung, Durchführung und möglichen Komplikationen bei Koronarangiographie und/ oder Perkutanen Koronarinterventionen, sowie prozessbegleitende Kommunikation, Information, und Entscheidungsbeteiligung von Patienten gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden.

Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung, die Förderung der leitliniengerechten Durchführung und die Verringerung der Komplikationsraten während und nach der Behandlung. Weiter sind im Rahmen der Patientinnen- und Patientenbefragung (PPCI) die Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, der patientenorientierten Information und gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie die Erfassung und Verbesserung von Symptomen wichtige Ziele des Verfahrens.

In folgender Übersicht ist die Entwicklung der übermittelten und ausgewerteten Datensätze für Baden-Württemberg im Verfahren QS PCI von 2018 bis 2021 dargestellt:

QS PCI (Erfassungsjahr)	2021	2020	2019	2018
Anzahl QS-Datensätze übermittelt	82.053	83.840	92.727	88.769
Anzahl QS-Datensätze erwartet	81.759	82.674	90.269	85.908
Anzahl Leistungserbringer mit Auswertung	150	148	146	154
davon Krankenhäuser	107	105	108	116
ausgewertete Prozeduren* (Krankenhäuser)	76.153	77.176	85.963	82.881
davon vertragsärztliche Praxen	43	43	38	38
ausgewertete Prozeduren* (vertragsärztlichen Praxen)	8.835	10.026	10.320	9.467
Anzahl Qualitätsindikatoren	19	20	14	14
Anzahl Auffälligkeitskriterien	4	0	0	0

*Dokumentation von mehreren Prozeduren pro Datensatz möglich

Datenquellen:

- Länderberichte Baden-Württemberg der Erfassungsjahre 2018 - 2021 des IQTIG
- Landesauswertungen Baden-Württemberg der Erfassungsjahre 2018 - 2021 des IQTIG

Zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahre 2024 und 2023) haben 151 Leistungserbringer aus Baden-Württemberg (Krankenhäuser mit stationären oder ambulanten Interventionen, vertragsärztliche Praxen mit ambulanten Eingriffen, auch im Rahmen selektivvertraglicher Leistungen) im Verfahren QS PCI Datensätze übermittelt und Auswertungen erhalten. In den Auswertungen sind Follow-Up-Indikatoren zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2023 enthalten.

In der folgenden Tabelle* ist die Anzahl der QS-PCI-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS PCI ab Erfassungsjahr 2022 dargestellt.

Verfahren QS PCI (Erfassungsjahr)		2025	2024	2023	2022
Krankenhaus (KH)	Fristgerecht übermittelte Datensätze	78.458	75.682	74.581	72.390
	Erwartete Datensätze	77.867	74.846	73.947	71.675
Vertragsärztliche Leistungserbringer (VA)	Fristgerecht übermittelte Datensätze	7.166	7.827	8.302	7.645
	Erwartete Datensätze	7.509	8.012	7.860	7.640
Krankenhaus (KH)	Leistungserbringer (standortbezogen) mit fristgerecht übermittelten Datensätzen	98	107	109	112
	Leistungserbringer (standortbezogen) mit erwarteten Datensätzen	101	108	109	113
Vertragsärztliche Leistungserbringer (VA)	Leistungserbringer mit fristgerecht übermittelten Datensätzen	42	44	45	41
	Leistungserbringer mit erwarteten Datensätzen	42	44	45	42

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser (DAS KH) und für vertragsärztliche Praxen bei der DAS KV. Es werden ausschließlich Datenlieferungen von QS-PCI dargestellt, Datensatzlieferungen zu QS-PPCI sind nicht dargestellt.

* Datensätze von selektivvertraglichen Leistungserbringern sind in dieser Darstellung nicht enthalten.

Das Verfahren PCI umfasst aktuell (Auswertungsjahr 2025) insgesamt 25 Qualitätsindikatoren (7 Klassik-QI und 18 PPCI-QI) für die ein Referenzbereich festgelegt ist. Sieben dieser Qualitätsindikatoren (Klassik-QI) basieren ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, 18 Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Patientenbefragung (PPCI-QI). Die Angaben, welche zur Berechnung der Indikatoren der Patientenbefragung verwendet werden, stammen aus Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, die nach einem Stichprobenverfahren im Anschluss an ihren Eingriff innerhalb von zwölf Wochen über die Versendestelle (für Fragebögen) in Berlin befragt werden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf Basis validierter Fragebögen geben das Erleben der Patientinnen und Patienten wieder.

Weitere 13 Qualitätsindikatoren (6 Klassik-QIs, 6 FU-QIs und 1 PPCI-QI) werden zwar berechnet und in den Auswertungen dargestellt, jedoch wird für diese kein Referenzbereich ausgewiesen. Für diese Indikatoren sollen eine inhaltliche Überarbeitung oder eine Aussetzung erfolgen.

Darüber hinaus werden zum Auswertungsjahr 2025 drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und vier Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität berechnet. Hiervon ist für ein Auffälligkeitskriterium zur Überprüfung der Dokumentationsqualität kein Referenzbereich definiert.

Die auf der QS-Dokumentation basierenden mit Referenzbereich ausgewiesenen Qualitätsindikatoren (Klassik-QIs) beziehen sich auf die Durchführung der Prozeduren hinsichtlich Strahlenbelastung von Patientinnen und Patienten, Erreichen des Interventionsziels und die Door-to-Balloon-Zeit. Dabei geht es um das Intervall zwischen Eintreffen des Patienten in der Notaufnahme und dem Aufblasen des Dilatationskatheters im Koronarverschlussgebiet. Weitere Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Kontrastmittelmenge sind gemäß dem Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung des IQTIGs nicht länger mit Referenzbereich versehen und werden überarbeitet bzw. sind zur Streichung vorgemerkt.

Durch Verwendung von patientinnen-/patientenidentifizierenden Daten und durch Einbeziehung von Sozialdaten der Krankenkassen wurden in der 2025 zur Verfügung gestellten Auswertung sechs Follow-Up-Indikatoren (ohne Referenzbereich) zu Komplikationen und Sterblichkeit (bezogen auf Behandlungsfälle aus 2023) dargestellt werden. Alle Follow-Up Indikatoren sind nicht mit einem Referenzbereich versehen, da die Zuordenbarkeit zum Indexeingriff nur sehr eingeschränkt gegeben ist und eine Überarbeitung der Indikatoren ist geplant.

Darüber hinaus wurden in den leistungserbringerindividuellen Auswertungen 18 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich für ein ganzes Erfassungsjahr basierend auf der Patientenbefragung PCI (PPCI) ausgewiesen.

Verfahren QS WI: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Das sektorenübergreifende Verfahren QS WI ist als zweites Verfahren der DeQS-RL zum 01.01.2017 im Regelbetrieb gestartet. Es werden ausgewählte chirurgische Eingriffe sog. Tracereingriffe qualitätsgesichert betrachtet, die an Krankenhäusern (ambulant und stationär) oder durch vertragsärztliche Praxen bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionen im Krankenhaus dokumentiert, die zur stationären Aufnahme geführt haben. Mithilfe der Verknüpfung dieser Daten mit den Sozialdaten, die von den Krankenkassen erfasst und über eine Vertrauensstelle an das IQTIG weitergeleitet werden, ist es möglich, die postoperativen Wundinfektionen zurückzuverfolgen. So können komplikationsbehaftete Verläufe dem ambulanten oder stationären Leistungserbringer zugeordnet werden, bei dem der ursprüngliche Tracereingriff erfolgt ist.

Darüber hinaus sind alle Krankenhäuser und Arztpraxen, die im ersten Halbjahr Tracereingriffe durchgeführt haben, verpflichtet, einrichtungsbezogene Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement zu beantworten.

Ziel des QS-Verfahrens ist es, qualitätsrelevante Aspekte der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen zu messen, vergleichend darzustellen und zu bewerten.

Das Verfahren QS WI unterscheidet sich durch seinen Aufbau und die genutzten Datenquellen von den bisher etablierten QS-Verfahren. Es werden Daten aus drei verschiedenen Quellen genutzt:

- einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (NWIEA = ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, NWIES = stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) für alle Leistungserbringer, die Tracereingriffe durchführen,
- (behandlungs)fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser, falls stationär zu behandelnde Infektionen auftreten (NWIF = fallbezogene QS-Dokumentation) und
- Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWITR = Sozialdaten zu Tracereingriffen; NWIWI = Sozialdaten zu Wundinfektionen).

Aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 18.12.2025 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7609/>) wurde für das Verfahren QS WI die Erprobungsphase Ende 2025 beendet und das Verfahren QS WI (Nosokomiale Infektionen – Postoperative Wundinfektionen) eingestellt. Die Dokumentationspflicht zur fallbezogenen QS-Dokumentation endete bereits mit der Datenübermittlung für das 2. Quartal 2025 zum 15.08.2025. Außerdem erfolgte zum Erfassungsjahr 2025 keine einrichtungsbezogene Dokumentation mehr.

In den folgenden Tabellen sind die fall- und einrichtungsbezogenen QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS WI bis zu den EJ 2023 bzw. 2024 dargestellt (Quellen: Daten der Datenannahmestelle für Krankenhäuser (DAS KH), der Datenannahmestelle Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (DAS KVBW) für vertragsärztliche Praxen sowie Landesauswertungen bis AJ 2025 des IQTIG).

QS WI fallbezogen	2023	2022	2021	2020	2019
Fristgerecht übermittelte fallbezogene Datensätze	34.208	29.974	Verfahren ausgesetzt	33.349	35.105
Erwartete fallbezogene Datensätze	34.523	30.096	-	33.622	36.461
Krankenhäuser mit fristgerecht übermittelten fallbezogenen Datensätzen	-	149	-	150	158
Standorte mit fristgerecht übermittelten fallbezogenen Datensätzen	181	186	-	189	193
Krankenhäuser mit erwarteten fallbezogenen Datensätzen	-	-	-	155	168
Standorte mit erwarteten fallbezogenen Datensätzen	183	182	-	Nicht ermittelbar	203

QS WI einrichtungsbezogen	2024	2023	2022	2021	2020
Leistungserbringer mit Übermittlung von einrichtungsbezogener/n Befragung(en) gesamt	540	541	575	577	Verfahren ausgesetzt
Davon Krankenhäuser	111	105	106	113	-
Davon vertragsärztliche Praxen	429	436	469	464	-
Übermittelte Datensätze zu einrichtungsbezogener Befragung gesamt (ambulant und stationär)	649	662	709	650	-
Davon einrichtungsbezogen Krankenhäuser (ambulant)	83	76	84	77	-
Davon einrichtungsbezogen vertragsärztliche Praxen (ambulant und stationär)	429 (amb.) 37 (stat.)	436 (amb.) 48 (stat.)	467 (amb.) 54 (stat.)	464	-
Davon einrichtungsbezogen Krankenhäuser (stationär)	100	102	104	109	-

In den folgenden beiden Übersichten werden die von den Datenannahmestellen (DAS KH und DAS KV) angenommenen und weitergeleiteten fall- und einrichtungsbezogenen Datensätze seit dem EJ 2022 aus Baden-Württemberg im Verfahren QS WI aufgeführt. Datensätze von selektivvertraglichen Leistungserbringern sind in diesen Darstellungen nicht enthalten.

Verfahren QS WI (fallbezogen)		2025*	2024	2023	2022
Krankenhaus (KH)	Fristgerecht übermittelte Datensätze (KH)	33.352	34.537	34.223	30.026
	Erwartete Datensätze (KH)	35.477	34.742	34.523	30.111
Krankenhaus (KH)	Leistungserbringer (standortbezogen) mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (KH)	164	171	180	185
	Leistungserbringer (standortbezogen) mit erwarteten Datensätzen (KH)	171	171	183	183

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

** Die Dokumentationspflicht zur fallbezogenen QS-Dokumentation endete bereits mit der Datenübermittlung für das 2. Quartal 2025 zum 15.08.2025. Deshalb sind die Dokumentationsraten NWIF für das EJ 2025 nicht valide.*

Verfahren QS WI (einrichtungsbezogen)		2025**	2024	2023	2022
Krankenhaus (KH)	Fristgerecht übermittelte Datensätze (KH)	-	183	178	170
	Erwartete Datensätze (KH)	-	191	181	186
Vertragsärztliche Leistungserbringer (VÄ)	Fristgerecht übermittelte Datensätze (VÄ)	-	460	483	514
	Erwartete Datensätze (VÄ)	-	472	494	526
Krankenhaus (KH)	Leistungserbringer (IK-Nummern-bezogen) mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (KH)	-	100	110	105
	Leistungserbringer (IK-Nummern-bezogen) mit erwarteten Datensätzen (KH)	-	105	105	108
Vertragsärztliche Leistungserbringer (VÄ)	Leistungserbringer mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (VÄ)	-	428	443	469
	Leistungserbringer mit erwarteten Datensätzen (VÄ)	-	440	454	481

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser und der Datenannahmestelle KV für vertragsärztliche Praxen (VÄ)

** Zum Erfassungsjahr 2025 bestand im Verfahren QS WI keine einrichtungsbezogene Dokumentationspflicht.

Seit Einführung des Verfahrens QS WI werden zwei einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren (QI) mit Referenzbereich ausgewertet, die jeweils als Index-Indikatoren aus aktuell zehn aktiven Kennzahlen berechnet werden. Außerdem werden vier ambulant-fallbezogene sowie sechs stationär-fallbezogene Qualitätsindikatoren ausgewertet (siehe folgende Abbildungen).

QS WI – 10 aktive Kennzahlen der QI zum Hygiene- und Infektionsmanagement

1. Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären/ambulanten Versorgung
2. Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären/ambulanten Versorgung
3. Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff
4. Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
5. Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
6. Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel
7. Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
8. Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
9. Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
10. Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären/ambulanten Versorgung

Qualitätsindikatoren fallbezogen ambulant

1. Nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 30 Tagen) (Nicht-Implantat-OP)
2. Nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 90 Tagen) (Implantat-OP)
3. Postoperative WI mit MRSA (innerhalb 30 Tagen) (Nicht-Implantat-OP)
4. Postoperative WI mit MRSA (innerhalb 90 Tagen) (Implantat-OP)

Qualitätsindikatoren fallbezogen stationär

1. Nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 30 Tagen) (Nicht-Implantat-OP)
2. Nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 90 Tagen) (Implantat-OP)
3. Tiefe, nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 30 Tagen) (Nicht-Implantat-OP)
4. Tiefe, nosokomiale, postoperative WI (innerhalb 90 Tagen) (Implantat-OP)
5. Postoperative WI mit MRSA (innerhalb 30 Tagen) (Nicht-Implantat-OP)
6. Postoperative WI mit MRSA (innerhalb 90 Tagen) (Implantat-OP)

Abb. 07/1-3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen QS WI

Verfahren QS CHE: Cholezystektomie

Das Verfahren QS CHE ist als drittes Verfahren der DeQS-RL am 01.01.2019 im Echtbetrieb gestartet. Es werden Cholezystektomien (Gallenblasenentfernungen) bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachtet, die stationär durchgeführt wurden. Indexeingriffe, die belegärztlich erfolgen, werden seit dem Erfassungsjahr 2020 dem Krankenhausstandort der Leistungserbringung zugeordnet.

Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Cholezystektomien (insbesondere zu Komplikationen und Überleben der Patientinnen und Patienten) unter Einbeziehung von Sozialdaten gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Durchführung von Cholezystektomien, die Erhöhung der Patientinnen-/Patientensicherheit sowie die Verringerung der Komplikationsraten und Folgeerkrankungen.

2021 wurden die ersten Auswertungen von Seiten des IQTIG zu den Erfassungsjahren 2019 und 2020 zur Verfügung gestellt. Die Fachkommission CHE hat im Jahr 2021 nach ihrer Konstituierung ihre Arbeit aufgenommen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS CHE seit 2021 dargestellt.

QS CHE	2025	2024	2023	2022	2021
fristgerecht übermittelte Datensätze	19199	18.803	17.692	17.146	16.788
Erwartete Datensätze	19179	18.748	17.674	17.028	16.768
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen	103	103	104	110	90
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen	104	102	104	108	90

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

** 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst; seit 2022 wieder standortbezogen*

Verfahren QS NET: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Das sektorenübergreifende Verfahren QS NET ist als viertes Verfahren der DeQS-RL zum 01.01.2020 in den Regelbetrieb übergegangen. Es umfasst im Gegensatz zu vielen anderen Verfahren sowohl länderbezogene (DIAL) als auch bundesbezogene (NTX, PNTX) Verfahrensteile:

- **Länderbezogener Teil:** Qualitätssicherung von Dialysebehandlungen – Spezifikation DIAL, Stellungnahmeverfahren auf Landesebene über Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) mit Landesfachkommission
- **Bundesbezogener Teil:** Qualitätssicherung von Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantationen inkl. Follow-up, Stellungnahmeverfahren auf Bundesebene über IQTIG mit Bundesfachkommission

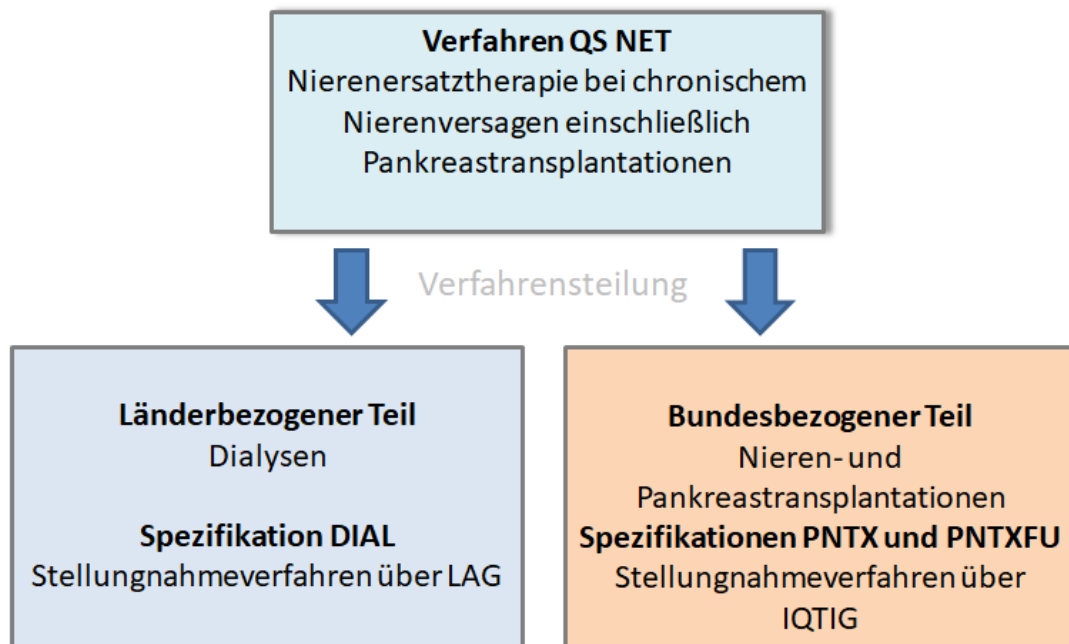


Abb. 07/4: Verfahrensteilung in QS NET mit länder- und bundesbezogenem Teil

Die Bündelung dieser bis 2019 getrennt über die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL für ambulant durchgeführte Dialysen im vertragsärztlichen Bereich) und zwei in der QSKH-Richtlinie (Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation) geregelten Verfahren soll ermöglichen, den kompletten Weg der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Nierenersatztherapie qualitätsgesichert in einem einzigen Verfahren zu betrachten.

Ziele des Verfahrens sind:

- sektorenübergreifende konzeptionelle Zusammenführung der bestehenden QS-Verfahren
- Förderung der Behandlungsqualität sowie der Zusammenarbeit zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren
- Verringerung der Komplikationsraten sowie von Begleit- und Folgeerkrankungen
- Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten mit teilstationärer Dialyse
- Information und Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten über Vor- und Nachteile des geplanten Vorgehens
- Erweiterung und Integration der Qualitätssicherung nach Nierentransplantation unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs sowie der Schnittstellen

Grundsätzlich werden im Verfahren QS NET die in Abbildung 07/5 dargestellten 15 Prozess- und Ergebnisindikatoren zur Dialyse ausgewertet. In der Jahresauswertung 2025 wurden lediglich Qualitätsindikatoren (QI) zur Dialyse mit Referenzbereichen ausgewertet (Indikatoren 9 und 10).

15 Prozess- und Ergebnis-Indikatoren Dialyse

1. Aufklärung über Behandlungsoptionen (Prozessindikator)
2. Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt (Prozessindikator)
3. Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung (Prozessindikator)
4. Katheterzugang bei Hämodialyse (Prozessindikator)
5. Dialysefrequenz pro Woche (Prozessindikator)
6. Dialysedauer pro Woche (Prozessindikator)
7. Ernährungsstatus (Prozessindikator)
8. Anämiemanagement (Prozessindikator)
9. Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse (Ergebnisindikator)
10. Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (Ergebnisindikator)
11. 1-Jahres-Überleben (Ergebnisindikator)
12. 2-Jahres-Überleben (Ergebnisindikator)
13. 3-Jahres-Überleben (Ergebnisindikator)
14. 5-Jahres-Überleben (Ergebnisindikator)
15. 10-Jahres-Überleben (Ergebnisindikator)

Abb. 07/5: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen QS NET, Modul DIALYSE

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg zum länderbezogenen Modul (Dialyse) im Verfahren QS NET in den Erfassungsjahren 2021 bis 2025 dargestellt. Datensätze von selektivvertraglichen Leistungserbringern sind in dieser Darstellung nicht enthalten.

Modul DIAL im Verfahren QS NET	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (ambulant, vertragsärztlich)	33.307	35.565	36.146	36.640	33.336
Fristgerecht übermittelte Datensätze (ambulant und teilstationär im Krankenhaus)	1.814	1.815	1.816	1.845	2.143
Erwartete Datensätze (ambulant, vertragsärztlich)	34.547	36.143	36.825	35.989	35.886
Erwartete Datensätze (ambulant und teilstationär im Krankenhaus)	1.812	1.709	1.813	1.834	1.813
Leistungserbringer mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (ambulant, vertragsärztlich)	76	81	78	77	67
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (ambulant und teilstationär im Krankenhaus)	12	12	11	13	13
Leistungserbringer mit erwarteten Datensätzen (ambulant, vertragsärztlich)	77	81	78	77	79
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (ambulant und teilstationär im Krankenhaus)	12	12	11	12	12

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser und der Datenannahmestelle KV für vertragsärztliche Praxen (VÄ)

** IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst*

Verfahren QS KAROTIS: Karotis-Revaskularisation

Das Verfahren QS KAROTIS wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 7 in die DeQS-Richtlinie überführt.

Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). Erfasst werden als sogenannte „Indexeingriffe“ sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an der Halsschlagader (insbesondere zu Indikation und periprozeduralen Schlaganfällen und Todesfällen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der korrekten Indikationsstellung bei Karotisstenose (mit oder ohne Beschwerden), die Verbesserung der Prozessqualität (postprozedurale fachneurologische Untersuchung) sowie die Verringerung von Komplikationsraten (Schlaganfälle und Tod) während und nach den Eingriffen.

Das Verfahren wird grundsätzlich auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich ist das Entlassdatum) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich erbrachte Leistungen werden dem Krankenhaus zugeordnet. Datengrundlage ist die fallbezogene QS-Dokumentation zum stationären Aufenthalt. Die Auswertung erfolgt nach dem leistungserbringenden Krankenhaus-Standort.

Die zuständige Fachkommission hat nach ihrer Einrichtung Ende 2021 und Konstituierung im Jahr 2022 ihre Arbeit aufgenommen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS KAROTIS seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS KAROTIS	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	3858	3.818	3.838	3.598	3.661
Erwartete Datensätze (stationär)	3861	3.820	3.838	3.600	3.662
Leistungserbringer * mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	59	58	58	62	55
Leistungserbringer * mit erwarteten Datensätzen (stationär)	59	59	58	62	55

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

** bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst; seit 2022 standortbezogen*

Verfahren QS CAP: Ambulant erworbene Pneumonie

Das Verfahren QS CAP wurde zum 01.01.2021 als Verfahren 8 in die DeQS-Richtlinie überführt.

Gegenstand des Verfahrens sind ambulant erworbene Pneumonien bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Leistungen (insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozessqualität sowie die Verringerung der Sterblichkeit.

Das Verfahren wird auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich ist das Entlassdatum) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

Die zuständige Fachkommission hat nach ihrer Konstituierung im Jahr 2022 ihre Arbeit aufgenommen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS CAP seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS CAP	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	41.086	46.099	38.627	32.090	39.360
Erwartete Datensätze (stationär)	40.919	45.927	38.509	31.192	39.361
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	125	128	134	142	114
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (stationär)	125	127	134	141	113

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

**2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst, seit 2022 standortbezogen*

Verfahren QS MC: Mammachirurgie

Das Verfahren QS MC wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 9 in die DeQS-RL überführt.

Das IQTIG erstellt für jeden Leistungserbringer pseudonymisiert sowohl jährliche Rückmeldeberichte wie auch unterjährige Quartalsauswertungen, die von der Datenannahmestelle der LAG an die einzelnen Leistungserbringer weitergeleitet werden.

Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. Erfasst werden alle wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust stationär durchgeführten offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe („Indexeingriffe“). Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe wegen einer Neoplasie der Brust gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

Das Verfahren umfasst aktuell 13 Qualitätsindikatoren, welche die Indikationsstellung, Behandlungsabläufe und -ergebnisse betrachten.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS MC seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS MC	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	14.513	13.921	14.171	13.646	13.885
Erwartete Datensätze (stationär)	14.496	13.911	14.169	13.625	13.877
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	70	75**	84	82**	78
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (stationär)	70	76	84	83	77

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

* bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
seit 2022 standortbezogen

** fehlende Datenübermittlung aus einem KH-Standort mit einem einzelnen Behandlungsfall in der Sollstatistik

Verfahren QS Gyn-OP: Gynäkologische Operationen

Das Verfahren QS GYN-OP wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 10 in die DeQS-RL überführt.

Das IQTIG erstellt für jeden Leistungserbringer pseudonymisiert sowohl jährliche Rückmeldeberichte wie auch unterjährige Quartalsauswertungen, die von der Datenannahmestelle der LAG an die einzelnen Leistungserbringer weitergeleitet werden.

Gegenstand des Verfahrens sind gynäkologische Eingriffe. Erfasst werden Operationen an den Eileitern (Tubae uterinae) und Eierstöcken (Ovarien) bei Patientinnen ab elf Jahren („Indexeingriffe“), die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten durchgeführt werden. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte erbrachter Eingriffe an den genannten inneren weiblichen Geschlechtsorganen (insbesondere zu Indikation und Komplikationen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung und der Prozessqualität, sowie die Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

Das Verfahren umfasst aktuell sieben Qualitätsindikatoren, welche die Indikationsstellung, die Organerhaltung und die Komplikationsrate betrachten.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS GYN-OP seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS GYN-OP	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	27.025	26.574	23.457	22.682	22.022
Erwartete Datensätze (stationär)	26.984	26.488	23.418	22.681	21.986
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	92	91	94	98**	84
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (stationär)	92	91	94	97	84

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

* bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
seit 2022 standortbezogen

** Datenübermittlung aus einem KH, welches schließungsbedingt keine Sollstatistik mehr übermittelte

Verfahren QS DEK: Dekubitusprophylaxe

Das Verfahren QS DEK wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 11 in die DeQS-Richtlinie überführt.

Gegenstand des Verfahrens ist die Erfassung von Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnete Druckgeschwüre (ohne Angabe eines Stadiums/einer Kategorie) bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. Diese werden als „Indexergebnisse“ bezeichnet.

Ein Dekubitalgeschwür ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes - entstanden durch Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften (z. B. beim Liegen, bevorzugt an Knochenvorsprüngen). Die Entstehung eines Druckgeschwürs ist eine ernstzunehmende Komplikation und wird durch Immobilisierung bzw. eine Reihe von Erkrankungen begünstigt. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall operative Behandlungen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein.

Im Rahmen des Verfahrens QS DEK soll insbesondere das Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts als qualitätsrelevanter Aspekt gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im pflegerischen Bereich.

Das Verfahren wird auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich ist das Entlassdatum) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich erbrachte Leistungen werden als Behandlungsfall dem Krankenhaus zugeordnet. Das Verfahren DEK beinhaltet die Besonderheit, dass von jedem Krankenhausstandort mit vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren die sogenannte Risikostatistik erstellt und übermittelt werden muss. Die Risikostatistik bildet die Grundlage zur Berechnung der Nennerzahlen/Grundgesamtheiten der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) haben 268 Krankenhäuser aus Baden-Württemberg im Modul Dekubitusprophylaxe Datensätze übermittelt und Rückmeldeberichte erhalten. Das Verfahren umfasst aktuell insgesamt 12 Indikatoren und Kennzahlen (2 Qualitätsindikatoren, 3 Transparenzkennzahlen und 7 Auffälligkeitskriterien), die bei Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts qualitätsrelevante Versorgungsaspekte zur Vermeidung dieser Komplikation im Rahmen der Krankenhausbehandlung betrachten.

Die zuständige Fachkommission hat nach ihrer Konstituierung im Jahr 2022 ihre Arbeit aufgenommen und rechnerisch auffällige Einrichtungen zum Stellungnahmeverfahren ausgewählt.

In der folgenden Tabelle ist für das Verfahren QS DEK die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS DEK seit 2021 dargestellt.

Verfahren QS DEK	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	25800	25.219	25.553	24.818	25.029
Erwartete Datensätze (stationär)	25773	25.228	25.539	24.721	25.074
Anzahl Datensätze Risikostatistik übermittelt	1.785.981	1.741.738	1.721.125	1.688.283	1.686.926
Anzahl Datensätze Risikostatistik erwartet	1.786.091	1.742.729	1.720.837	1.673.508	1.674.263
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen im Verfahren DEK (stationär)	171	175	183	189	147
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen im Verfahren DEK (stationär)	174	175	184**	188	150
Anzahl Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen in der Risikostatistik (stationär)	215	218	228	237	181
Anzahl Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen in der Risikostatistik (stationär)	215	218	228	235	180

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

** bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst; seit 2022 standortbezogen*

*** Datenübermittlung aus einem KH, welches schließungsbedingt keine Sollstatistik mehr übermittelte*

Verfahren QS HSMDEF: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren

Das Verfahren QS HSMDEF wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 12 in die DeQS-Richtlinie überführt.

Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen, Aggregatwechsel (ab Erfassung 2025 gestrichen) sowie Explantation, Revisionen und Systemwechsel von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an und mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Indikationsstellung, der Systemwahl, der Prozess- und der Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationen.

Die Berichte werden getrennt für die Module Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2; letztmalige Auswertung 2025) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) sowie Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4), Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5; letztmalige Auswertung 2025) und Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) erstellt.

Das Verfahren wird grundsätzlich auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich ist das Entlassdatum!) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich erbrachte Leistungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

Datengrundlage ist die fallbezogene QS-Dokumentation im Rahmen des stationären Aufenthalts für diese Eingriffe. Die Auswertung erfolgt nach dem leistungserbringenden Krankenhaus-Standort. Zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahre 2024 und 2023) haben 113 Leistungserbringer aus Baden-Württemberg (Krankenhäuser) im Verfahren QS HSMDEF in mindestens einem Modul Datensätze übermittelt und Auswertungen erhalten.

Neben Prozess- und Ergebnisindikatoren wurde mehrere Follow-Up-Indikatoren für das Verfahren entwickelt. Mit Bezug auf Indexeingriffe der Vorjahre zum aktuellen Auswertungsjahr wird eine Beobachtung vorgenommen, ob z.B. Folgeeingriffe aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (z.B. Sondenproblemen) notwendig wurden. Hierzu werden Daten auch aus anderen KH-Standorten (bundesweit) über eine Vertrauensstelle patientinnen-/patientenbezogen auf Basis der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der gesetzlichen Krankenversicherungen zusammengeführt. Für vier Follow-Up-Indikatoren wird in der Auswertung 2025 wie im Vorjahr ein Referenzbereich ausgewiesen.

Das Verfahren QS HSMDEF umfasst aktuell 12 Qualitätsindikatoren zuzüglich 4 Follow-Up-Indikatoren mit ausgewiesenem Referenzbereich. Zuzüglich werden 18 Qualitäts- und 2 Follow-Up-Indikatoren ohne Referenzbereich sowie zwei Transparenzkennzahlen ausgewiesen. Die Tatsache, dass zahlreiche Qualitätsindikatoren nicht länger mit Referenzbereich geführt werden, beruht auf den Ergebnissen des Abschlussberichts zur Eckpunktebeauftragung des IQTIGs. Einzelne QIs wurden zur Überarbeitung oder Abschaffung vorgesehen und die entsprechenden Referenzbereiche ausgesetzt.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden, neben 16 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der Datenlieferungen, 3 Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität mit Referenzbereich berechnet.

Die zuständige Fachkommission hat sämtliche Auswertungen analysiert und rechnerisch auffällige Einrichtungen zum Stellungnahmeverfahren ausgewählt.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS HSMDEF für 2025 seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS HSMDEF	2025**	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	12.684	13.758	14.115	14.580	14.787
Erwartete Datensätze (stationär)	12.690	13.719	14.079	14.554	14.766
Leistungserbringer * mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	91	101	99	106	85
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (stationär)	91	101	99	106	85

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser.

** bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
ab 2022 standortbezogen*

*** ab 2025 keine Erfassung mehr von Aggregatwechseln*

Verfahren QS PM: Perinatalmedizin

Das Verfahren QS PM wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 13 in die DeQS-Richtlinie überführt. Das Verfahren beinhaltet die Module „Geburtshilfe“ (PM-GEBH) und „Neonatologie“ (PM-NEO).

Das IQTIG erstellt für jeden Leistungserbringer pseudonymisiert sowohl jährliche Rückmeldeberichte wie auch unterjährige Quartalsauswertungen, die von der Datenannahmestelle der LAG an die einzelnen Leistungserbringer weitergeleitet werden.

Gegenstand des Verfahrens sind die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Im Rahmen des Verfahrens sollen qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Behandlungen und Geburten und der neonatologischen Versorgung im Krankenhaus gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens sind die Verbesserung der Prozessqualität, die Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen und schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen sowie die Verringerung der Sterblichkeit. Ferner wird unter Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen das Verlegungsgeschehen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g zur Verbesserung der Erfassung und Darstellung von Qualitätsinformationen zu Perinatalzentren im Sinne der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) standortbezogen ermittelt und deskriptiv auf www.perinatalzentren.org und in den Rückmeldeberichten nach § 10 der DeQS-Richtlinie dargestellt.

Das Verfahren umfasst aktuell insgesamt 18 Qualitätsindikatoren, die das geburtshilfliche Management von Mutter und Kind sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung betrachten.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS PM seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS PM	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	103.961	106.915	107.801	114.432	122.081
PM-GEBH	91.761	94.794	95.738	101.723	-
PM-NEO	12.200	12.121	12.063	12.709	-
Erwartete Datensätze (stationär)	103.621	106.980	107.914	114.513	122.142
PM-GEBH	91.486	94.866	95.905	101.873	-
PM-NEO	12.135	12.114	12.009	12.640	-
Leistungserbringer* mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)					75
PM-GEBH	73	74	81	78	-
PM-NEO	50**	52***	55**	55	-
Leistungserbringer* mit erwarteten Datensätzen (stationär)					76
PM-GEBH	73	74	81	78	-
PM-NEO	51	55	56	56	-

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

* bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
seit 2022 standortbezogen

** fehlende Datenübermittlung aus einem KH-Standort mit zwei bzw. drei Behandlungsfällen in der Sollstatistik

*** fehlende Datenübermittlung aus zwei KH-Standorten mit je einem Behandlungsfall in der Sollstatistik und aus einem Krankenhaus mit einem Trägerwechsel mit 11 Behandlungsfällen in der Sollstatistik

Verfahren QS HGV: Hüftgelenkversorgung

Das Verfahren QS HGV wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 14 in die DeQS-Richtlinie überführt. Das Verfahren beinhaltet damit die bis 2020 in der QSKH-RL getrennten Module „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (17/1) und „Hüftendoprothesenversorgung“ (HEP).

Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Im Rahmen des Verfahrens sollten bis zur Auswertung 2024 qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe an den Hüftgelenken (insbesondere zu Indikation und Komplikationen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens waren die Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und der Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationsraten. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden keine Daten zur Indikationsqualität mehr erfasst, sodass diese Zielsetzung zunächst gestrichen ist. Bereits in der Auswertung 2025 waren die Indikatoren nicht mehr mit Referenzbereich versehen.

Das Verfahren wird grundsätzlich auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich für die Zuordnung zur Auswertung ist das Entlassdatum) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich erbrachte Leistungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

Datengrundlage war im Erfassungsjahr 2024 die fallbezogene QS-Dokumentation beim stationären Aufenthalt. Die Auswertung erfolgt nach dem leistungserbringenden Krankenhaus-Standort.

Neben Prozess- und Ergebnisindikatoren ist auch ein Follow-up-Indikator für das Verfahren entwickelt worden. Hierzu wird bezüglich Indexeingriffen des Vorjahres zum aktuellen Auswertungsjahr eine Beobachtung vorgenommen, ob innerhalb 90 Tagen nach der Erstimplantation ein Wechsel der Endoprothese notwendig wurde. Zu diesem Zweck werden Daten auch aus anderen KH-Standorten (bundesweit) über eine Vertrauensstelle patientinnen-/patientenbezogen auf Basis der Versicherungsnummer der elektronischen Gesundheitskarte der gesetzlichen Krankenversicherungen zusammengeführt.

Die zuständige Fachkommission hat nach ihrer Konstituierung 2021 im Jahr 2022 ihre Arbeit aufgenommen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS HGV seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS HGV	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht zum Erfassungsjahr übermittelte Datensätze (stationär)	45.620	44.457	42.951	40.387	37.222
Erwartete Datensätze (stationär)	45.568	44.437	42.965	40.299	37.196
Leistungserbringer * mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)	112	112	116	121**	99
Leistungserbringer * mit erwarteten Datensätzen (stationär)	112	112	116	120	99

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser (Module HGV-HEP und HGV-OSFRAK zusammengefasst)

** bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
seit 2022 standortbezogen*

*** Datenübermittlung aus einem KH, welches schließungsbedingt keine Sollstatistik mehr übermittelte*

Verfahren QS KEP: Knieendoprothesenversorgung

Das Verfahren QS KEP wurde zum 01.01.2021 als landesbezogenes Verfahren 15 in die DeQS-Richtlinie überführt.

Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren („Indexeingriffe“). Im Rahmen des Verfahrens sollten bis zur Auswertung 2024 qualitätsrelevante Aspekte stationär erbrachter Eingriffe rund um die Knieendoprothetik (insbesondere zu Indikation und Komplikationen) gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Ziele des Verfahrens waren die Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und der Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationsraten. Ab dem Erfassungsjahr 2026 (2025 wurde die Erfassung für ein Jahr gänzlich ausgesetzt) werden keine Daten zur Indikationsqualität mehr erfasst, sodass diese Zielsetzung zunächst gestrichen ist. Bereits in der Auswertung 2025 waren die Indikatoren nicht mehr mit Referenzbereich versehen.

Das Verfahren wird grundsätzlich auf ein Erfassungsjahr bezogen (maßgeblich für die Zuordnung zur Auswertung ist das Entlassdatum!) und länderbezogen durchgeführt. Belegärztlich erbrachte Leistungen werden dem Krankenhaus zugeordnet. Datengrundlage ist die fallbezogene QS-Dokumentation beim stationären Aufenthalt. Die Auswertung erfolgt nach dem leistungserbringenden Krankenhausstandort.

Neben Prozess- und Ergebnisindikatoren ist auch ein Follow-up-Indikator für das Verfahren entwickelt worden. Hierzu wird bezüglich Indexeingriffen des Vorjahres zum aktuellen Auswertungsjahr eine Beobachtung vorgenommen, ob innerhalb 90 Tagen nach der Erstimplantation ein Wechsel der Endoprothese notwendig wurde. Zu diesem Zweck werden Daten auch aus anderen KH-Standorten (bundesweit) über eine Vertrauensstelle patientinnen-/patientenbezogen auf Basis der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der gesetzlichen Krankenversicherungen zusammengeführt.

Die zuständige Fachkommission hat nach ihrer Konstituierung Ende 2021 im Jahr 2022 ihre Arbeit aufgenommen.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS KEP seit 2021 dargestellt. Für das Erfassungsjahr 2025 wurde im Rahmen der Weiterentwicklung das Verfahren ausgesetzt. Eine Auswertung der Daten 2024 ist erfolgt, wobei nur für einen Indikator ein Referenzbereich definiert wurde. 2026 hat die Datenerfassung erneut begonnen. Neben der überarbeiteten fallbezogenen Dokumentation werden Sozialdaten der Krankenkassen einbezogen werden, um den Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern zu reduzieren und Follow-Up-Indikatoren zu Komplikationen über den stationären Aufenthalt des Eingriffes hinaus berechnen zu können. Die erste Auswertung zum überarbeiteten Verfahren, mit der sich die zuständige Fachkommission bezüglich des Stellungsverfahren befassen wird, ist 2027 zu erwarten.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der QS-Daten für Baden-Württemberg im Verfahren QS KEP seit dem Erfassungsjahr 2021 dargestellt.

Verfahren QS KEP	2025	2024	2023	2022	2021
Fristgerecht übermittelte Datensätze (stationär)	Erfassung ausgesetzt	30.180	26.987	23.248	20.401
Erwartete Datensätze (stationär)		30.168	26.970	23.213	20.399
Leistungserbringer * mit fristgerecht übermittelten Datensätzen (stationär)		104	105	109**	96
Leistungserbringer * mit erwarteten Datensätzen (stationär)		104	105	108	96

Datensatzbestand der Datenannahmestelle für Krankenhäuser

** bis 2021 IK-Nummern-bezogen, d.h. Krankenhäuser mit mehreren Standorten zusammengefasst;
seit 2022 standortbezogen*

*** Datenübermittlung aus einem KH, welches schließungsbedingt keine Sollstatistik mehr übermittelte*

Abkürzungen

BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
DAS	Datenannahmestelle
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr (der QS-Daten orientiert am Entlassdatum)
FK	Fachkommission
FU-Indikatoren	Follow-up-Indikatoren (Verfahrensjahrübergreifende Berechnung)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
HGV-HEP	endoprothetische Hüftgelenkversorgung (bei Fraktur oder elektiv)
HGV-OSFRAK	osteosynthetische Hüftgelenkversorgung (bei hüftgelenknaher Femurfraktur)
KH	Krankenhaus
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KZV BW	Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LÄK	Landesärztekammer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft oder Lenkungs-gremium
LE	Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer
LPR	Landespflegerat
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
LZK-BW	Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
MD	Medizinischer Dienst (seit 2021)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (bis 2021)
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
PPCI	Patientenbefragung des QS-Verfahrens PCI
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QiG BW GmbH	Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	Qualitätssicherung Cholezystektomie
QS CAP	Qualitätssicherung Ambulant erworbene Pneumonie
QS DEK	Qualitätssicherung Dekubitusprophylaxe
QS GYN-OP	Qualitätssicherung Gynäkologische Operationen
QS HGV	Qualitätssicherung Hüftgelenkversorgung
QS HSMDEF	Qualitätssicherung Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibril-latoren
QS KAROTIS	Qualitätssicherung Karotis-Revaskularisation
QS KEP	Qualitätssicherung Knieendoprothesenversorgung
QS MC	Qualitätssicherung Mammachirurgie
QS MRE	Qualitätssicherung Multiresistente Erreger (Landesverfahren)
QS NET	Qualitätssicherung Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließ-lich Pankreastransplantationen
QS PCI	Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
QS PM	Qualitätssicherung Perinatalmedizin

QS Sepsis	Qualitätssicherung Diagnostik und Therapie der Sepsis
QS UNHS BW	Qualitätssicherung Universelles Neugeborenen-Hörscreening (Landesverfahren)
QS WI	Qualitätssicherung Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
QSB	Qualitätssicherungsbeauftragte/r
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RL	Richtlinie
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch
SNV	Stellungnahmeverfahren
SOP	Standard Operating Procedure (Verfahrensweisung)
SO	Standort (Krankenhaus)
VÄ	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte
VJ	Verfahrensjahr (entspricht Erfassungsjahr der QS-Daten orientiert am Entlassjahr)

Impressum

Herausgeber

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg
(QiG BW GmbH, Stuttgart)

Redaktion

Mitarbeitende der QiG BW GmbH
Redaktionsschluss: 30.04.2026

Anschrift

Birkenwaldstr. 145, 70191 Stuttgart
www.qigbw.de, info@qigbw.de, ☎ +49 711 184278-00

Fotos

(Aktuell keine Fotografien enthalten)

Alle Rechte vorbehalten

© QiG BW GmbH, Stuttgart 2026