

Tätigkeitsbericht zum Geschäftsjahr 2025

gem. § 3 Abs. (2) der Finanzierungsvereinbarung (Anlage 2) zum Vertrag über die Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen vom 2. Oktober 2019 sowie

gem. § 22 Abs. 3 Teil 1 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

ERSTELLT VON DER

**LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT SACHSEN EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG ·
GESCHÄFTSSTELLE**

→ WWW.QS-SACHSEN.DE | STAND: 30. MÄRZ 2026

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Gesetzliche und vertragliche Grundlagen	3
3	Organisation der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-RL und QFR-RL	4
3.1	Lenkungsgremium	4
3.2	Geschäftsstelle	5
3.2.1	Aufgaben nach DeQS-RL	5
3.2.2	Aufgaben nach QFR-RL	5
3.3	Fachkommissionen nach DeQS-RL	6
3.4	Fachgruppe Klärender Dialog	6
3.5	Leistungserbringer	7
3.6	Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene	7
4	Datenannahmestelle (DAS) der LAG Sachsen	8
4.1	Datenannahme für QS-Daten – Erfassungsjahr 2025	8
4.2	Soll- und Risikostatistik – Erfassungsjahr 2024	8
4.3	Rückmeldeberichte an Leistungserbringer gem. § 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen) – Erfassungs- bzw. Auswertungsjahr 2025	9
4.4	Kapitel C-1 der Qualitätsberichte	9
5	Datenauswertung	9
5.1	Auswertung nach DeQS-RL	9
5.1.1	Maßnahmenstufe 1 zu Auswertungsjahr 2024	9
5.1.2	Zielvereinbarung mit einem Leistungserbringer	9
5.1.3	Landesbezogene Auswertungen an die LAG gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2025	10
5.1.4	Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2025	10
6	Berichte	15
6.1	Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL) ..	15
6.2	Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2024...	15
7	Veranstaltungen und Vorträge	15
7.1	Workshop: „Externe Qualitätssicherung – Update 2025“ am 8. Januar 2025	15
7.2	Ergebniskonferenz: „Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Kardiologie“ am 5. Februar 2025	16
7.3	Informationsveranstaltung: „Neues Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)“ am 26. November 2025	17
7.4	Schulungen: QS-Portal Sachsen	17
7.5	Vortrag: „Sachstandsbericht – datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ am 12. März 2025	17
8	Anhang - Glossar	18

2 Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

Gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 19. Juli 2018 trägt in Sachsen die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung die Verantwortung für die Umsetzung der bundesweit verpflichtenden landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren. Dazu wurde der „Vertrag zur Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen“ (Fassung vom 2. Oktober 2019) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS), der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. (KGS) und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen geschlossen.

Die Aufgaben der Geschäftsstelle der LAG Sachsen sind in einer gesonderten „Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb der Landesgeschäftsstelle in Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (DeQS-RL)“ zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der LAG Sachsen (aktuelle Fassung vom 2. Oktober 2019) fixiert.

Im Jahr 2025 fanden sich in den themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2 der DeQS-RL Regelungen zu 17 Qualitätssicherungs-(QS)-Verfahren inklusive einer Patientenbefragung im Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PPCI)“ (Tabelle 1). Von diesen befanden sich 15 Verfahren im Regelbetrieb in allen Bundesländern. Das Verfahren Nr. 16 „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)“ startete am 1. Januar 2025 im Rahmen einer regionalen Erprobung über einen Zeitraum von 6 Jahren ausschließlich in Nordrhein-Westfalen. Beginnend im Jahr 2024 und fortgesetzt im Jahr 2025 wurden die themenspezifischen Bestimmungen sowie die Spezifikation und prospektiven Rechenregeln für das zum 1. Januar 2026 in den Regelbetrieb gehende Verfahren Nr. 20 „Diagnostik und Therapie der SEPSIS“ durch den G-BA beschlossen.

TABELLE 1: QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN NACH DEQS-RICHTLINIE IM JAHR 2025

Verfahrens- Nr.	Verfahrensbezeichnung (Lang- und Kurzform)	Zuständig- keit	Beginn des Verfahrens
1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) incl. Patientenbefragung (PPCI)	L	01.01.2016 01.07.2022
2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	L	01.01.2017
3	Cholezystektomie (QS CHE)	L	01.01.2019
4	Nierenersatztherapie bei chron. Nierenversagen einschl. Pankreastransplantationen (QS NET)	L	01.01.2020
5	Transplantationen (QS TX)	B	01.01.2020
6	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	B	01.01.2020
7	Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	L	01.01.2021
8	Ambulant erworbene Pneumonien (QS CAP)	L	01.01.2021
9	Mammachirurgie (QS MC)	L	01.01.2021

10	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	L	01.01.2021
11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	L	01.01.2021
12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	L	01.01.2021
13	Perinatalmedizin (QS PM)	L	01.01.2021
14	Hüftgelenksversorgung (QS HGV)	L	01.01.2021
15	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	L	01.01.2021
16	Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)	L, nur in Nordrhein-Westfalen	01.01.2025
20	Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)	L	01.01.2026

Abkürzung: L – landesbezogen, B – bundesbezogen

In die Zuständigkeit der LAG Sachsen fielen im Jahr 2025 außerdem Aufgaben gem. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) und der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

3 Organisation der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-RL und QFR-RL

Die LAG Sachsen einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung hat ein Lenkungsgremium als Entscheidungsgremium mit eigener Geschäftsordnung, eine Geschäftsstelle sowie für die fachlich-inhaltliche Bewertung der Auswertungen und der Stellungnahmen zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu den Qualitätssicherungs-Verfahren nach DeQS-RL Fachkommissionen (FK) etabliert.

Zur fachlichen Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs gem. § 7 QFR-RL hat das Lenkungsgremium eine Fachgruppe „Klärender Dialog“ eingerichtet.

3.1 Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium setzt sich zusammen aus den Vertreterinnen/Vertretern der Landesverbände der Sächsischen Krankenkassen und Ersatzkassen (LVSK) und den Organisationen der Leistungserbringerseite (Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. [KGS], Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], Kassenzahnärztliche Vereinigung [KZVS]). Beteiligt am Lenkungsgremium sind Vertreterinnen und Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, der Sächsischen Landesärztekammer, der Sächsischen Landes Zahnärztekammer, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der Organisationen der Pflegeberufe im Freistaat Sachsen (Sächsischer Pflgerat). Ein Mitberatungsrecht haben die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene gem. § 140 f Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB V.

Im Jahr 2025 stand das Lenkungsgremium unter Leitung seiner gem. Geschäftsordnung für ein Jahr gewählten Vorsitzenden, Frau Ass. jur. Nadine Kiel (KZVS). Den stellvertretenden Vorsitz hatten die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen inne, vertreten durch Herrn Christian Nolle (AOK PLUS).

Das Lenkungsgremium tagte im Berichtszeitraum am 19. Juni 2025 (Videokonferenz) und am 23. Oktober 2025 in Präsenz. Die Arbeitsgruppe Haushalt beriet am 18. September 2025 (Videokonferenz).

Anlässlich der Beratung am 19. Juni 2025 wurden der Tätigkeitsbericht und der Jahresabschluss 2024 erörtert und einstimmig angenommen bzw. zur Erfüllung der Anforderungen gem. § 22 DeQS-RL freigegeben. In den Beratungen erfolgten u. a. Beschlussfassungen über die Einleitung von Stellungnahmeverfahren, die Ergebnisvorstellungen zu den 13 landesbezogenen QS-Verfahren durch die Sprecher der Fachkommissionen oder die Geschäftsstellenleitung sowie Beschlussfassungen über abzuschließende oder einzuleitende Maßnahmenstufen 1 zur Qualitätsverbesserung auf Vorschlag der Fachkommissionen. Des Weiteren wurde über den Wirtschaftsplan der Geschäftsstelle 2026 beschlossen, der durch die Arbeitsgruppe Haushalt vorbereitet wurde. Entsprechend § 3 der Geschäftsordnung der LAG Sachsen erfolgte in der Beratung am 23. Oktober 2025 die einstimmige Wahl von Herrn Christian Nolle (AOK PLUS, Vertreter der LVSK) zum Vorsitzenden und von Herrn Jan Wunderlich (Vertreter der KGS) zum stellvertretenden Vorsitzenden des Lenkungsgremiums für die einjährige Amtsperiode 2026.

3.2 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle hat ihren Sitz bei der Sächsischen Landesärztekammer Dresden. Sie wurde im Berichtszeitraum gemeinsam von Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser und Frau Dr. med. Beate Trausch geleitet.

3.2.1 Aufgaben nach DeQS-RL

Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind durch die *DeQS-RL* und die Bestimmungen im Landesvertrag Anlage 3 fixiert, beinhalten administrative und organisatorische Aufgaben, dabei schwerpunktmäßig die Beratung/Betreuung der Leistungserbringer, die organisatorische Durchführung der Stellungnahmeverfahren (STNV) auf Landesebene, die mit dem Stellungnahmeverfahren im Zusammenhang stehenden Auswertungsaufgaben, das Berichtswesen, die Organisation und inhaltliche Vorbereitungen der Beratungen des Lenkungsgremiums und der Fachkommissionen sowie der Ergebniskonferenz Kardiologie bzw. die Kommunikation auf Bundesebene u. a. im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren.

Die Betreuung von Leistungserbringerinnen/-erbringer beginnt mit dem Zeitpunkt der Datenerhebung und Datenlieferung und umfasst die Unterstützung bei der Umsetzung der Leistungserbringerinnen/den Leistungserbringern bei den gem. Richtlinien obliegenden Aufgaben und bei qualitätsverbessernden Maßnahmen bis zur Berichterstattung (Letzteres aktuell bei Krankenhäusern). Es werden durch die LAG-Geschäftsstelle sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte (hier ohne Aufgaben der DAS) betreut. Diese Betreuung bedeutet z. B.: Fehleranalyse, Hilfe beim Ausfüllen der QS-Bögen, Unterstützung im Stellungnahmeverfahren und bei qualitätsverbessernden Maßnahmen. Dies erfolgt individuell per Telefon, E-Mails sowie allgemein über die Webseite, in einem Workshop oder auch im Rahmen der Ergebniskonferenz Kardiologie.

Im Jahr 2025 betreute die Geschäftsstelle 119 Krankenhausstandorte bzw. 76 Krankenhäuser. An den QS-Verfahren nach DeQS-RL waren 324 ambulant Leistungserbringende beteiligt.

Weitere detaillierte Angaben dazu finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

3.2.2 Aufgaben nach QFR-RL

Die Regelungen der QFR-RL sehen folgende Aufgaben für die LAGen vor: Validierung der Sterbefälle der Perinatalzentren Level 1 und 2 gem. § 6 der Anlage 3 der Richtlinie und die Durchführung des Klärenden Dialogs gem. § 7 der Richtlinie.

Nach Beschluss des G-BA vom 16. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6625/>) wurde das Validierungsverfahren im Rahmen der QFR-RL für das Erfassungsjahr 2023, welches jahresübergreifend bis 28. Februar 2025 durchzuführen gewesen wäre, einmalig ausgesetzt.

Im Rahmen des Validierungsverfahren für das Erfassungsjahr 2024 wurde ab Ende 2025 der Abgleich zusätzlich identifizierter Sterbefälle durch die Geschäftsstelle begonnen.

3.3 Fachkommissionen nach DeQS-RL

Das Lenkungsgremium richtete zur Erfüllung seiner Aufgaben insgesamt 13 Fachkommissionen für die landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren ein. Die Besetzung der einzelnen Fachkommission entspricht den Anforderungen des § 8a Teil 1 der DeQS-RL sowie den themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2, i. d. R. § 14 der DeQS-RL. Die Fachkommissionen übernahmen die ihnen gemäß DeQS-RL zugeschriebenen Aufgaben. Dazu gehörten unter anderem die fachliche Bewertung der Ergebnisse des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens und die Durchführung der Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025, die kollegiale Beratung der Leistungserbringerinnen/-erbringer und die Beratung über den Abschluss der Maßnahmenstufe 1 aus dem Auswertungsjahr 2024. Insgesamt fanden sich die 13 Fachkommissionen im Berichtszeitraum zu 16 Beratungen inkl. kollegialer Gespräche mit 5 Leistungserbringern zusammen (Tabelle 2).

TABELLE 2: BERATUNGEN DER FACHKOMMISSIONEN IM JAHR 2025

Fachkommission für QS-Verfahren	Anzahl Beratungen
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	1
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	2
Cholezystektomie (QS CHE)	1
Nierenersatztherapie bei chron. Nierenversagen einschl. Pankreastransplantationen (QS NET)	1
Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	3
Ambulant erworbene Pneumonien (QS CAP)	0
Mammachirurgie (QS MC)	1
Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	2
Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	1
Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	1
Perinatalmedizin (QS PM)	1
Hüftgelenksversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	2

Die Fachkommissionen für die QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)“ führten darüber hinaus eine Online-Ergebniskonferenz am 5. Februar 2025 zu den QS-Ergebnissen der beiden kardiologischen QS-Verfahren QS PCI und QS HSMDEF aus dem Auswertungsjahr 2024 sowie zu weiterführenden kardiologischen Themen mit 71 Teilnehmern durch.

3.4 Fachgruppe Klärender Dialog

Mit Krankenhäusern, deren Perinatalzentren die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gem. QFR-RL nicht erfüllen, wird ein klärender Dialog zur Ursachenanalyse und Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der Personalanforderungen geführt. Dazu hat das Lenkungsgremium eine Fachgruppe „Klärender Dialog“ eingerichtet, an der Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und

Gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie weitere Fachexperten (Sächsischer Pflegerat, Vertreter der Patientinnen und Patienten) beteiligt sind.

In Sachsen wurde im Berichtsjahr 2025 der klärende Dialog mit einem Perinatalzentrum Level 1 fortgesetzt und mit drei Perinatalzentren Level 2 begonnen.

Seitens der Geschäftsstelle wurde zur Vorbereitung der Beratung der Fachgruppe in der betreffenden Einrichtung mit Perinatalzentrum Level 1 der Sachstand der Erfüllung der Zielvereinbarung zu den Personalanforderungen in der Pflege abgefragt.

Da die Anforderungen bisher nicht vollständig erfüllt werden konnten, wurde eine Verlängerung der Zielvereinbarung vorbereitet und ein Beschluss des Lenkungsremiums dazu herbeigeführt.

Für die Einrichtungen mit Perinatalzentrum Level 2 wurden die Unterlagen gem. § 7 QFR-RL für die Prüfung durch die Fachgruppe abgefragt und dabei die geänderten Regelungen der Richtlinie, gültig ab 1. Januar 2025 berücksichtigt.

Der jährliche Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 7 Abs. 11 der Richtlinie zum Umsetzungsstand der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurde von der Geschäftsstelle vorbereitet und mit der Fachgruppe und dem Lenkungsremium abgestimmt.

3.5 Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringerinnen/-erbringern handelt es sich abhängig vom QS-Verfahren um Krankenhäuser, Ambulanzen an Krankenhäusern, Belegärzte in Krankenhäusern und Vertragsärzte im ambulanten Bereich (Praxen, MVZ) sowie selektivvertragliche Leistungserbringerinnen/-erbringer. Ihnen obliegt eine gesetzliche Verpflichtung zur Dokumentation von Leistungen nach bundeseinheitlichen und vom G-BA beschlossenen Vorgaben hinsichtlich Umfang, Form und Fristen.

Zur Vorbereitung auf das Erfassungsjahr 2025 fand am 8. Januar 2025 ein von der Geschäftsstelle organisierter Online-Workshop gemeinsam mit den Qualitätsmanagementverantwortlichen der Leistungserbringerinnen/-erbringer mit 105 Teilnehmenden statt. Die zahlreichen zusätzlichen Anfragen der Leistungserbringerinnen/-erbringer im Jahresverlauf wurden bearbeitet und schriftlich, per E-Mail oder telefonisch beantwortet und in Einzelfällen an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) weitergeleitet.

3.6 Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene

Das Zusammenwirken der LAG Sachsen – Geschäftsstelle erfolgte im Berichtsjahr 2025 mit den Gremien und Institutionen der Landes- und Bundesebene im Rahmen der DeQS-RL, der QFR-RL und der Qualitätsberichtserstattung in nachfolgend genanntem Umfang, wobei die Beratungen sowohl in Präsenz als auch mittels Videokonferenzen durchgeführt wurden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses lud für den 21. Januar 2025 zu einem Treffen der Landesarbeitsgemeinschaften und des Gemeinsamen Bundesausschusses ein, an dem 3 Vertreterinnen der LAG Sachsen in Präsenz bzw. online teilnahmen.

Es fanden mit dem IQTIG 2 LAG-IQTIG-Treffen und 12 IQTIG-Workshops statt bzw. wurde die Geschäftsstelle in 4 Online-Befragungen des IQTIG involviert. Darüber hinaus nahmen eine Geschäftsstellenvertreterin an der 16. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA vom 27. bis 28. November 2025 teil.

Es erfolgte ein Erfahrungsaustausch mit den LAG-Geschäftsstellen der anderen Bundesländer (4 Beratungen) und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1 Veranstaltung).

Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle waren 2025 in Arbeitsgruppen (AG) des G-BA vertreten, so in der

- AG Qualitätsberichterstattung und Transparenz (AG QbT): Mitarbeit durch Dipl.-Math. Annette Friedrich (5 Sitzungen)
- AG Qualitätsbericht (AG Qb): Mitarbeit durch Dipl.-Math. Annette Friedrich (10 Sitzungen)
- Arbeitsgruppe QFR-RL: Mitarbeit durch Dipl.-Med. Annette Kaiser (6 Beratungen)

Außerdem bestand eine Mitarbeit in den Expertengremien des IQTIG zum Verfahren

- QS WI: Mitarbeit durch Dr. Beate Trausch (2 Beratungen),
- QS KAROTIS: Mitarbeit durch Dr. Beate Trausch (4 Beratungen),

Drei Mitglieder der sächsischen Fachkommissionen sind außerdem in den verfahrensspezifischen Expertengremien zu den Verfahren QS NET, QS HSMDEF, QS PM, QS HGV und QS KEP des IQTIG tätig.

4 Datenannahmestelle (DAS) der LAG Sachsen

4.1 Datenannahme für QS-Daten – Erfassungsjahr 2025

Im Jahr 2025 war die DAS der LAG unter Hinzuziehung eines externen Dienstleisters mit der Datenannahme für alle Qualitätssicherungsdaten der Krankenhäuser inklusive der Daten aus ambulanter Versorgung von Patienten am Krankenhaus nach § 9 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 15 Abs. 1 Satz 1 Teil 1 DeQS-RL für die QS-Verfahren Nr. 1 bis 15 beauftragt. Dabei wurden auf das Erfassungsjahr 2025 bezogen insgesamt 168.833 Datensätze zu dokumentationspflichtigen Fällen der Krankenhäuser vollständig verarbeitet. Maßgeblich für die Zuordnung der Fälle zu einem Erfassungsjahr ist dabei das Entlassdatum.

Für die ambulanten Leistungserbringer erfolgte die Datenannahme über die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, über die im Geschäftsbericht nicht näher berichtet wird.

4.2 Soll- und Risikostatistik – Erfassungsjahr 2024

Zum Abschluss eines Erfassungsjahres erfolgt im Folgejahr zu diesem die Erhebung der Soll- und Risikostatistik sowie der Sollstatistik EDOK gem. § 15 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL. In der Spezifikation wird festgelegt, ob diese krankenhausbezogen (IK-Nr.) oder standortbezogen (Standort-ID) sind.

Die Sollstatistiken und Konformitätserklärungen wurden der DAS der LAG im Jahr 2025 für das Erfassungsjahr 2024 von 119 Krankenhausstandorten fristgerecht bis zum 15. März 2025 übermittelt. Die DAS der LAG erstellte nachfolgend gem. § 15 Abs. 4 Teil 1 der DeQS-RL am 8. April 2025 fristgerecht eine Dokumentationsbescheinigung für die Krankenhäuser und übermittelte in elektronischer Form gem. bundeseinheitlichem Format die zum Erfassungsjahr 2024 zu dokumentierenden Datensätze pro Leistungserbringer(in) (= elektronische Sollstatistik) am 24. März 2025 an die Bundesauswertungsstelle (gem. § 15 Abs. 5 Teil 1 der DeQS-RL).

Die Risikostatistiken wurden der DAS der LAG im Jahr 2025 für das Erfassungsjahr 2024 von 102 Krankenhausstandorten fristgerecht bis zum 15. März 2025 übermittelt. Die DAS leitete die pseudonymisierten Risikostatistikdaten am 24. März 2025 fristgerecht an die Bundesauswertungsstelle weiter.

Die Leistungserbringer erhielten von der Datenannahmestelle ein Unterstützungsangebot zur Ursachenfindung bei Unterdokumentationen vor Ablauf der Datenlieferfrist und der Übermittlung der Sollstatistik.

4.3 Rückmeldeberichte an Leistungserbringer gem. § 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen) – Erfassungs- bzw. Auswertungsjahr 2025

Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2025 (I. bis III. Quartal) erhielten die Leistungserbringer richtlinienkonform die von der Bundesauswertestelle (IQTIG = Institut nach § 137a SGB V) nach einheitlichen Vorgaben erstellten Quartalsberichte über die zuständige Datenannahmestelle (DAS) per Datenaustauschportal (ambulante Leistungserbringer über DAS der KVS, stationäre Leistungserbringer über die DAS der LAG) weitergeleitet.

Darüber hinaus wurden die Rückmeldeberichte des Auswertungsjahres 2025 zu jedem dieser Qualitätssicherungsverfahren Nr. 1 – 15 nach DeQS-RL, die zum 28. Mai 2025 vom IQTIG bereitgestellt wurden, an die Leistungserbringer weitergeleitet.

4.4 Kapitel C-1 der Qualitätsberichte

Im Rahmen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) ist die Datenannahmestelle beauftragt, die festgelegten Ergebnisdaten der einzelnen QS-Verfahren zu depseudonymisieren und mit den Angaben zu den Dokumentationsraten standortbezogen zusammenzuführen. Nach Prüfung auf Vollständigkeit der zusammengeführten Daten durch die DAS erhielten die Krankenhäuser ihre Daten zur Prüfung und Kommentierung. Nach Abschluss der Prüfung und Kommentierung übermittelte die DAS die Daten an die Qb-Annahmestelle und in Kopie an die Krankenhäuser.

5 Datenauswertung

5.1 Auswertung nach DeQS-RL

5.1.1 Maßnahmenstufe 1 zu Auswertungsjahr 2024

Im Auswertungsjahr 2024 gelangten 13 landesbezogene QS-Verfahren gemäß DeQS-RL zur Auswertung. Bei diesen QS-Verfahren wurden bei rechnerischen Auffälligkeiten Stellunahmeverfahren durchgeführt.

Die Fachkommissionen bewerteten von den 411 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen, zu denen ein schriftliches Stellunahmeverfahren eingeleitet worden war, 85 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig, da diese Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aufwiesen. Bei 13 QI-Ergebnissen von diesen bestand die Notwendigkeit der Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 u. a. in Form von Kollegialen Gesprächen, Teilnahme an Fortbildungs-/Schulungsmaßnahmen, Durchführung von M&M-Konferenzen, Implementierung von Behandlungspfaden bzw. von Handlungsempfehlungen oder Erstellung von Handlungsanweisungen (SOP). Der Erfüllungsstand zu 11 QI-Ergebnissen wurde von den betroffenen Leistungserbringern fristgerecht nachwiesen. Die Fachkommission empfahl dem Lenkungsgremium den Abschluss dieser Maßnahmenstufen 1, dem das Lenkungsgremium im Frühjahr 2025 folgte. Eine Ausnahme stellt die Maßnahmenstufe 1 bei zwei QI-Ergebnissen eines Leistungserbringers dar, bei der der Umsetzungszeitraum bis Juni 2026 aus methodischen Gründen festgelegt wurde, bedingt durch den Beobachtungszeitraum des Indikators.

5.1.2 Zielvereinbarung mit einem Leistungserbringer

Zwischen dem Lenkungsgremium Sachsen und der Geschäftsführung des Leistungserbringers wurde im Dezember 2023 zum Qualitätssicherungsverfahren „Hüftgelenkversorgung“ wegen wiederholt rechnerisch und qualitativ auffälliger Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer in den QS-Modulen „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (OSFRAK) und

„Hüftendoprothesenversorgung“ (HEP) eine Zielvereinbarung geschlossen und im Oktober 2024 verlängert und inhaltlich erweitert.

Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen wurde von den Mitgliedern der Fachkommission HGV laufend überprüft. Mit Beschluss vom 17. September 2025 folgte das Lenkungsgremium der Empfehlung der Fachkommission, die Zielvereinbarung als erfüllt zu werten.

5.1.3 Landesbezogene Auswertungen an die LAG gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2025

Das IQTIG stellt als Bundesauswertungsstelle gem. § 6 Anlage zu Teil 1 der DeQS-RL einmal pro Jahr der Landesarbeitsgemeinschaft landesbezogene Auswertungen für alle QS-Verfahren (Nr. 1 – 15) sowie pseudonymisierte Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen/-erbringer zu jedem landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren nach DeQS-RL (Nr. 1 – 4 und 7 – 15) zur unmittelbaren Verwendung durch die LAG bereit. Zum Vergleich sind neben aktuellen Auswertungen die Bundesergebnisse, für die Leistungserbringer die Ergebnisse des Bundeslandes bzw. die nach den aktuell geltenden Rechenregeln neu berechneten Ergebnisse aus zwei vorangegangenen Jahren enthalten.

Die Übermittlung der Auswertungen durch das IQTIG erfolgte fristgerecht zum 28. Mai 2025. Diese Auswertungen bildeten die Grundlage für die auf Landesebene durchzuführenden Stellungnahmeverfahren zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten von Qualitätsindikatorergebnissen und Auffälligkeitskriterien bei den Leistungserbringerinnen/-erbringern.

5.1.4 Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2025

Die Auswertung der QS-Daten nach DeQS-RL erfolgt durch das IQTIG nach bundeseinheitlichen, vom G-BA beschlossenen Rechenregeln, die nachfolgend als „endgültige Rechenregeln“ auf der Internetseite des IQTIG zu jedem Qualitätssicherungsverfahren bis zum 31. Mai des Auswertungsjahres veröffentlicht werden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/> oder <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qidb/>). Zusätzlich erfolgt eine statische Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien.

Auf Grund der Einbeziehung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren und unterschiedlich langen Follow-up-Zeiträumen bis zu einem Jahr, in einigen Verfahren auch länger, gelangen in einem Auswertungsjahr Qualitätsindikator-Ergebnisse aus verschiedenen Erfassungsjahren zur Auswertung. Das Stellungnahmeverfahren bezieht sich folglich jeweils auf das Auswertungsjahr.

Gem. Teil 1 § 17 Abs. 2 DeQS-RL erhalten Leistungserbringerinnen/-erbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in den Auswertungen die Gelegenheit zur Stellungnahme, d. h., es wird ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies kann mehrstufig erfolgen und beginnt in einer schriftlichen Form, kann von einem Gespräch und/oder einer Begehung ergänzt werden.

Die Bewertungskategorien ergeben sich aus der Spezifikation zum Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) und den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) zum jeweiligen Auswertungsjahr.

Werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens qualitative Auffälligkeiten festgestellt, kann die jeweilige Fachkommission dem Lenkungsgremium die Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 mit unterschiedlichen qualitätsfördernden Maßnahmen gem. Teil 1 § 17 Abs. 3 DeQS-RL vorschlagen. Eine Maßnahmenstufe 2 sieht Teil 1 § 17 Abs. 4 DeQS-RL als weitere Eskalationsstufe vor.

Bei den Verfahren Nr. 5 „Transplantationen (QS TX)“ und Nr. 6 „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)“, an welchem ausschließlich stationäre Leistungserbringer beteiligt sind und für die auf Landesebene die Datenannahme erfolgt, werden die Stellungnahmeverfahren auf Bundesebene durchgeführt.

Bezüglich der 116 Qualitätsindikatoren und 97 Auffälligkeitskriterien jeweils mit Referenzbereich in den landesbezogenen QS-Verfahren im Auswertungsjahr 2025 gab es in Sachsen insgesamt 430 rechnerisch auffällige Ergebnisse, wobei es sich um 359 QI- und 71 AK-Ergebnisse handelte. Insgesamt wurden in den landesbezogenen QS-Verfahren 62 QI ohne Referenzbereich ausgewertet (auf Grund vorgesehener Abschaffung oder Überarbeitung), so dass dazu keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden können. Die dazugehörigen Ergebnisse mit den Vergleichsdaten stehen jedoch dem internen Qualitätsmanagement der Leistungserbringenden für deren Arbeit zur Verfügung.

Bei 23 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen und 12 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen wurde begründet kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dazu zählen 23 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse bezüglich der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI (PPCI), bei denen gem. IQTIG-Empfehlung eine Hinweisgebung zu der rechnerischen Auffälligkeit erfolgte.

Bei 395 rechnerischen Auffälligkeiten wurde das schriftliche Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Zusätzlich erfolgten 17 Stellungnahmeverfahren gem. § 12 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-RL wegen Nichtlieferung der einrichtungsbezogenen Befragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Verfahren QS WI.

Insgesamt wurden Kollegiale Gespräche mit 5 Leistungserbringern durchgeführt, davon drei im QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung, eins im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen und eins im QS-Verfahren Karotis.

Die Fachkommissionen bewerteten nach Stellungnahme 173 QI- und 8 AK-Ergebnisse als qualitativ unauffällig, 11 QI- und 5 AK-Ergebnisse mit einer Kategorie „Sonstiges“. Bei 43 QI-Ergebnissen verursachten ausschließlich Dokumentationsfehler auf Grund einer unvollständigen oder falschen Dokumentation bzw. auf Grund von Softwareproblemen das auffällige QI-Ergebnis. Als qualitativ auffällig wurden 56 QI-Ergebnisse eingeschätzt, da Hinweise auf Struktur- und Prozessmängeln festzustellen waren. Diese Mängel waren teilweise von den Leistungserbringern bereits beseitigt worden. Bei 13 der 56 qualitativ auffälligen QI-Ergebnisse bestand zusätzlich die Notwendigkeit der Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 – u. a. in Form eines Kollegialen Gesprächs, der Teilnahme an Fortbildungs-/Schulungsmaßnahmen, der Implementierung von Behandlungspfaden bzw. von Handlungsempfehlungen oder der Erstellung von Handlungsanweisungen (SOP). Der Erfüllungsstand ist nachfolgend in einer vorgegebenen Frist nachzuweisen. Bei 46 AK-Ergebnissen, die qualitativ auffällig bewertet wurden, bestand eine fehlerhafte Dokumentation oder wurden keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. Das Lenkungsgremium folgte den Empfehlungen der Fachkommissionen in vollem Umfang. Die Einleitung einer Maßnahmenstufe 2 war nicht erforderlich.

Eine Übersicht der Auswertungen gegliedert nach Auswertungsmodulen findet sich in Tabelle 3, wobei teilweise mehrere Auswertungsmodule zu einem QS-Verfahren gehören.

TABELLE 3: STELLUNGNAHMEVERFAHREN UND EINGELEITETE MAßNAHMENSTUFE 1 IM AUSWERTUNGSJAHR 2025 IN SACHSEN – DARSTELLUNG NACH AUSWERTUNGSMODULEN (STAND: 17. DEZEMBER 2025)

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
CAP: Ambulant erworbene Pneumonie	6	21	4	6	70	18.217	10	0	0	0	0	0	0	0
CHE: Cholezystektomie	7	14	0	3	62	7.900	10	10	0	9	0	1	0	0
DEK: Dekubitusprophylaxe	2	12	3	7	102	17.390	28	28	12	15	1	0	0	0
GYN-OP: Gynäkologische Operationen	7	4	0	5	48	8.745	29	29	2	26	1	0	0	0
HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung	14	20	1	12	66	15.470	42	42	23	17	0	2	0	0
HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	5	7	1	6	59	3.731	20	20	9	6	2	3	0	0
HSMDEF-DEFI-AGGW: Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	2	2	0	0	38	392	0	0	0	0	0	0	0	0
HSMDEF-DEFI-IMPL: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	12	14	1	5	46	1.082	9	9	1	7	1	0	1	0
HSMDEF-DEFI-REV: Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	3	4	0	5	25	388	3	3	0	3	0	0	0	0
HSMDEF-HSM-AGGW: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2	2	0	0	55	700	0	0	0	0	0	0	0	0
HSMDEF-HSM-IMPL: Herzschrittmacher-Implantation	14	14	1	6	59	4.890	30	30	8	20	1	1	3	0

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
HSMDEF-HSM-REV: Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	3	4	0	5	42	600	2	2	1	1	0	0	0	0
KAROTIS: Karotis-Revaskularisation	6	22	14	5	35	2.032	18	18	6	6	0	6	4	0
KEP: Knieendoprothesenversorgung	11	3	1	0	53	13.715	1	1	0	0	0	1	0	0
MC: Mammachirurgie	13	7	1	8	37	5.110	24	24	6	14	3	1	1	0
NET-DIAL: Dialyse	7	21	17	0	43	19.150	6	6	0	6	0	0	0	0
PCI: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie inkl. PPCI	38	12	0	7	57	31.612	101	78 ^a	9	6	2	8	0	0
PM-GEBH: Geburtshilfe	10	44	4	5	36	24.558	24	24	7	12	2	34	0	0
PM-NEO: Neonatologie	8	63	17	10	34	4.992	19	17 ^b	10	5	2	0	0	0
WI-HI-A: Hygiene- und Infektionsmana- gement – ambulantes Operieren	1	0	0	0	209	192	21 ^c	21	4	0	0	17	1	0
WI-HI-S: Hygiene- und Infektions- management – stationäres Operieren	1	0	0	0	61	61	2	2	1	1	0	0	1	0

^a Zu 23 QI-Ergebnissen der Patientenbefragung (PPCI) erfolgte kein Stellungnahmeverfahren, sondern die Leistungserbringer erhielten einen Hinweis; insgesamt wurden alle QI-Ergebnisse in PPCI mit N99 („Bewertung nicht vorgesehen“) bewertet gem. Qb-R Berichtsjahr 2024: Anhang 3, Tabelle A; https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5938/2025-06-18_Qb-R_Anlage_Berichtsjahr-2024_Anhang-3.pdf)

^b Zu 2 AK-Ergebnissen bezüglich AK 852301 „Schwere oder letale angeborene Erkrankungen angegeben“ wurde ein Hinweis übermittelt.

^c In der Darstellung enthalten sind 17 Fälle, bei denen das Stellungnahmeverfahren gem. § 12 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen wegen Nichtlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfolgte.

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
WI-NI-A: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – ambulantes Operieren	2	13	5	0	280	20.069	12	12	0	12	0	0	0	0
WI-NI-S: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stationäres Operieren	4	23	5	0			18	18	2	15	1	0	2	0
WI-NI-D: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	0	0	0	2	85	20.846	1	1	1	0	0	0	0	0
Zusammenfassung – gesamt	173	301	64	97		241.658	430	395	102	181	16	43	13	0
bezogen auf QI							359	336	56	173	11	43	13	0
bezogen auf AK							71	59	46	8	5	0	0	0

6 Berichte

6.1 Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL)

In diesem maschinenlesbaren und –verwertbaren Qualitätssicherungsergebnisbericht werden die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu jedem initial rechnerisch auffälligen Qualitätsindikator- und AK-Ergebnis verfahrens- und standortbezogen in einem bundeseinheitlichen Format dargelegt. Diese Ergebnisse fließen nachfolgend in den Bundesqualitätsbericht ein. Zusätzlich erfolgt optional eine Stakeholderanalyse zur Verfahrensevaluation in vorgegebenen QS-Verfahren nach einem speziellen Fragenkatalog.

Im Geschäftsjahr 2025 wurden dieser QSEB zum Auswertungsjahr 2024 und die Stakeholderanalyse zur Verfahrensevaluation für die landesbezogenen QS-Verfahren von der LAG Sachsen erstellt und fristgerecht bis zum 15. März 2025 an das IQTIG übermittelt.

6.2 Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2024

Die Verwendung der Finanzmittel wurde gesondert im „Bericht zum Teilhaushalt Geschäftsstelle Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2024“, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH vom 14. April 2025 ausgewiesen.

Der Tätigkeitsbericht gem. § 3 Abs. 2 der Finanzierungsvereinbarung (Anlage 2) zum Landesvertrag und gem. § 22 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL wurde für das Geschäftsjahr 2023 zum 7. April 2025 fertiggestellt.

Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss 2024 wurden dem Lenkungsgremium übermittelt und durch dieses einstimmig in der Beratung am 19. Juni 2025 bestätigt.

Gemäß § 22 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL wurden der Tätigkeitsbericht und die tabellarische Aufstellung des Jahresabschlusses zum Geschäftsjahr 2024 am 24. Juni 2025 an den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA übermittelt. Des Weiteren erfolgte zeitgleich die Veröffentlichung auf der Webseite der LAG Sachsen www.qs-sachsen.de.

7 Veranstaltungen und Vorträge

7.1 Workshop: „Externe Qualitätssicherung – Update 2025“ am 8. Januar 2025

Zur Vorbereitung des neuen Erfassungsjahres 2025 und in Auswertung der Erfahrungen des zurückliegenden Auswertungs- und Stellungnahmeverfahrensjahres wurde ein Online-Workshop am 8. Januar 2025 durch die LAG-Geschäftsstelle veranstaltet, der sich insbesondere an Qualitätsmanagement-Verantwortliche und interessierte Ärztinnen und Ärzte richtete und regen Zuspruch fand. Die Veranstaltung mit insgesamt 105 Teilnehmenden wurde mit 3 Fortbildungspunkten der Kategorie C durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt. (Abb. 1).

ABBILDUNG 1: VERANSTALTUNGSPROGRAMM „WORKSHOP „EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG – UPDATE 2025“ AM 8. JANUAR 2025

PROGRAMM

14.00 Uhr	Begrüßung
14.05 Uhr	Stellungnahmeverfahren zu Auswertungsjahr 2024 – ein Fazit • Nutzung des QS-Portals Sachsen zum Dokumentenaustausch • Eckpunktebeschluss des G-BA und seine Auswirkungen hinsichtlich QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP • PPCI: erste Erfahrungen bezüglich Patientenbefragung im Verfahren QS PCI • Stellungnahmen zu sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren/Follow-up-Qualitätsindikatoren • Sachstand QS NET • Terminbindung

14.40 Uhr	Dokumentationsfehler: Wie kann man diese vermeiden? – am Beispiel der Verfahren • QS CAP • QS DEK • QS HGV
15:15 Uhr	Externe Qualitätssicherung 2025: Was ändert sich? • QS-Dokumentation • Auswertungsjahr 2025 • Perspektiven unter Berücksichtigung aktueller G-BA-Beschlüsse
15.40 Uhr	Qualitätsbericht der Krankenhäuser
15.55 Uhr	In eigener Sache • Ankündigungen • Feedback

MODERATORINNEN & REFERENTINNEN

Dipl.-Math. A. Friedrich
Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen

Dipl.-Med. A. Kaiser
Leitung der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen

Dr. med. B. Trausch
Leitung der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen

7.2 Ergebniskonferenz: „Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Kardiologie“ am 5. Februar 2025

Die Fachkommissionen QS PCI und QS HSMDEF führten diese überregional beachtete Online-Ergebniskonferenz mit 72 Teilnehmenden durch. Die sächsischen Qualitätssicherungs-Ergebnisse der landesbezogenen kardiologischen Qualitätssicherungs-Verfahren QS PCI und QS HSMDEF wurden vorgestellt, ergänzt durch Vorträge zur neuen ESC-Leitlinie „Chronisches Koronarsyndrom“, zur neuen statistischen Auswertungsmethodik des IQTIG, zur Patientenbefragung im Verfahren QS PCI (PPCI) aus Patientensicht und bezüglich der Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren aus den verschiedenen Bundesländern sowie mit einem Ausblick auf das neue Erfassungsjahr 2025 gem. beigefügten Programm (Abb. 2). Die Veranstaltung wurde mit 3 Fortbildungspunkten der Kategorie A durch die Sächsische Landesärztekammer bewertet.

ABBILDUNG 2: VERANSTALTUNGSPROGRAMM ERGEBNIS KONFERENZ KARDIOLOGIE AM 5. FEBRUAR 2025

PROGRAMM

16.00 Uhr	Begrüßung und Moderation <i>Ass. jur. Nadine Kiel</i> <i>PD Dr. med. habil. Norbert Klein</i> <i>Prof. Dr. med. habil. Axel Linke</i>
16.10 Uhr	Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“: Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 <i>Prof. Dr. med. habil. Axel Linke</i>
16.30 Uhr	Neue ESC-Leitlinie „Chronisches Koronarsyndrom“ <i>Prof. Dr. med. habil. Axel Linke</i>
16.50 Uhr	Statistische Auswertungsmethodik im Verfahren QS PCI incl. PPCI <i>Stefan Gehrig</i>
17:10 Uhr	Bedeutung der Patientenbefragung PPCI aus Patientensicht <i>Cordula Mühr</i>

17:30 Uhr	Patientenbefragung (PPCI): Ergebnisse und erste Erfahrungen aus freiwilligen Rückmeldungen <i>Dr. med. Monika Bücheler und</i> <i>Dr. med. Friedemann Wörnle</i>
17:50 Uhr	Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“: Ergebnisse im Auswertungsjahr 2024 <i>PD Dr. med. habil. Norbert Klein</i>
18:10 Uhr	Erfassungsjahr 2025: Was wird es Neues in der kardiologischen Qualitätssicherung geben? <i>Dr. med. Beate Trausch</i>
18:25 Uhr	Zusammenfassung und Schlusswort <i>PD Dr. med. habil. Norbert Klein</i> <i>Prof. Dr. med. habil. Axel Linke</i>
	Diskussionen sind nach jedem Vortrag vorgesehen.

MODERATOREN & REFERENTEN

Dr. med. Monika Bücheler
Leiterin der Geschäftsstelle der LAG Saarland

Stefan Gehrig
Fachbereich Medizinische Biometrie und Statistik
IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin

Ass. jur. Nadine Kiel
Vorsitzende des Lenkungsgremiums der LAG Sachsen,
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen

PD Dr. med. habil. Norbert Klein
Sprecher der Fachkommission QS HSMDEF
Klinikum St. Georg Leipzig, Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. habil. Axel Linke
Sprecher der Fachkommission QS PCI
Universitätsklinikum Dresden, Herzzentrum Dresden GmbH

Cordula Mühr, MD MPH
Patientenvertretung in G-BA-Gremien

Dr. med. Beate Trausch
Leitung der LAG Sachsen – Geschäftsstelle

Dr. med. Friedemann Wörnle
Stellv. Leiter der Geschäftsstelle der LAG Hessen

7.3 Informationsveranstaltung: „Neues Verfahren Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)“ am 26. November 2025

In Vorbereitung auf dieses neue, rein stationär durchgeführte Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik und Therapie der Sepsis“, welches ab 1. Januar 2026 bundesweit in der externen Qualitätssicherung startet, wurde auf Landesebene eine Informationsveranstaltung (Abb. 3) durchgeführt, die sich insbesondere an Mitarbeitende der Krankenhäuser, die in verschiedenen Funktions- bzw. Verantwortungsebenen in die Diagnostik und Therapie der Sepsis eingebunden sind (z. B. ärztliche und pflegerische Leitung von zentralen Notaufnahmen und Intensivstationen, Vertreterinnen und Vertreter aus dem Qualitätsmanagement) richtete. An der Veranstaltung, welche mit 3 Fortbildungspunkten der Kategorie A durch die Sächsische Landesärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt wurde, nahmen 115 Personen teil.

ABBILDUNG 3: VERANSTALTUNGSPROGRAMM „NEUES VERFAHREN „DIAGNOSTIK UND THERAPIE DER SEPSIS (QS SEPSIS)“ AM 26. NOVEMBER 2025

PROGRAMM		MODERATOREN & REFERENTEN
15.00 Uhr	Begrüßung <i>Christian Nolle</i>	Dipl.-Math. Annette Friedrich Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen
15.10 Uhr	Neue Aspekte der aktualisierten S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Sepsis“ <i>Dr. med. Andreas Güldner</i>	
15.50 Uhr	Vorstellung des neuen Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)“ <i>Dr. med. Beate Trausch</i>	Dr. med. Andreas Güldner Leitender Oberarzt des Bereichs Intensivstation; Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie; Universitätsklinikum Dresden
		Christian Nolle Stellvertretender Vorsitzender des Lenkungsgremiums der Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen, AOK PLUS
		Dr. med. Beate Trausch Leitung der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen
16.20 Uhr	Informationen zur Datenannahme und zum Verfahrensverlauf in Sachsen <i>Dipl.-Math. Annette Friedrich</i>	
16.30 Uhr	Moderierter Fragenblock zum Verfahren QS SEPSIS	
16.50 Uhr	Zusammenfassung und Schlusswort	

7.4 Schulungen: QS-Portal Sachsen

Nachdem das QS-Portal Sachsen für die Stellungnahmeverfahren mit stationären Leistungserbringenden ab Juni 2023 freigeschaltet worden war, erfolgte im Berichtsjahr 2025 die schrittweise Einbeziehung der kollektivvertraglich Leistungserbringenden gemeinsam mit der Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Dazu erfolgten neben der Bereitstellung schriftlichen Informationsmaterials drei Online-Schulungen am 0. Juni 2025, 11. Juni 2025 und am 25. Juni 2025.

7.5 Vortrag: „Sachstandsbericht – datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ am 12. März 2025

Auf Einladung des Ausschusses Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte am 12. März 2025 durch die Leitung der Geschäftsstelle ein Vortrag zum genannten Thema.

8 Anhang - Glossar

TABELLE 6: GLOSSAR (GEM. IQTIG)

Begriff	Erläuterung
Auswertungsjahr	Beschreibt das Jahr, in dem eine Auswertung erfolgt, in dem zu einem QS-Verfahren berichtet wird und in dem standardmäßig das Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert. Bezogen auf die Spezifikation meint der Begriff Erfassungsjahr das Jahr des Aufnahmedatums bei stationärer Behandlung bzw. das Jahr des Behandlungsdatums bei ambulanten Eingriffen der jeweils dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle. Wenn stationäre Krankenhaus-Patienten über einen Kalenderjahreswechsel hinweg stationär behandelt werden, kann der Dokumentationsabschluss erst im Folgejahr des Erfassungsjahres erfolgen.

Dresden, den 30. März 2026

für den Bericht:

gez.
Dr. med. Beate Trausch
Leitung
LAG Sachsen – Geschäftsstelle

gez.
Dipl.-Med. Annette Kaiser
Leitung
LAG Sachsen – Geschäftsstelle

bestätigt:

gez.
Christian Nolle
Vorsitzender des Lenkungsgremiums der LAG Sachsen