

Geschäftsbericht 2010



**der Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

Inhalt

Vorwort	5
Einleitung.....	6
Die Leistungspalette der KGMV im Überblick	7
Erfüllung gesetzlicher Aufgaben	7
Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben.....	8
Gesetzliche Aufgaben der KGMV	10
Krankenhausplanung.....	10
Krankenhausförderung	13
Verträge/ Vereinbarungen auf Landesebene-aktuelle Entwicklungen im Berichtsjahr	17
Schwerpunkte der Verbands-arbeit.....	20
Vereinbarung eines Landesbasisfallwertes gemäß § 10 KHEntgG.....	20
Budget- und Pflegesatzverhandlungen 2010.....	25
Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	30
Ausbildungsfonds nach § 17a KHG	32
Qualitätssicherung	33
Qualitätssiegel medizinische Rehabilitation.....	36
Vermarktung der Reha-Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern.....	37
Zentrale Auswertung der Klinischen Krebsregister in Mecklenburg-Vorpommern	38
Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V	39
Geriatric in Mecklenburg-Vorpommern.....	39
Versorgung adipöser Patienten in Mecklenburg-Vorpommern	40
Auslandsaktivitäten der KGMV.....	41
Veranstaltungen/ Meetings.....	43
Öffentlichkeitsarbeit	44
Arbeitskreis „Umweltschutz im Krankenhaus“	46
Mitwirkung in Gremien außerhalb der KGMV	47
Arbeits- und Beschlussgremien sowie „Bänke“ der KGMV.....	49
Mitgliederversammlung / Krankenhaustag	49
Vorstand der KGMV	51
Vorstand der KGMV	52
Fachgremien der KGMV	53
Landesbeirat für das Rettungswesen.....	53
Landespflegesatzausschuss.....	54
Schiedsstelle gemäß § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).....	55
Schiedsstelle gemäß § 114 SGB V.....	56
Schlichtungsausschuss nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).....	56
DMP Mamma.....	56
Geschäftsstelle der KGMV	56
Zusammenfassung und Ausblick	58

Anlagenteil	61
1. Verzeichnis der Mitglieder der KGMV - Krankenhäuser	63
2. Verzeichnis der Mitglieder der KGMV - Rehabilitationskliniken	64
3. Verzeichnis der Mitgliedsverbände der KGMV.....	64
4. Entwicklung der Mitgliederanzahl und -strukturen der KGMV.....	64
5. Zuweisung von „medizinischen Schwerpunkten“ in Mecklenburg-Vorpommern	65
6. Krankenhausförderung	66
7. Gremienbesetzung der KGMV	67
8. Zahlen/ Fakten/ Statistiken Mecklenburg-Vorpommern.....	73
9. Verträge/ Vereinbarungen auf Landesebene	76
10. Zusammenstellung der Schiedsstellenergebnisse 2010.....	78
11. Dokumentationsrate der externen vergleichenden Qualitätssicherung	79
12. Übersicht Akkreditierung/ Reakkreditierung für das Gütesiegel Reha	80
13. Verzeichnis der Krankenhausinformationen und -sonderinformationen	81
14. Satzung der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.	110
15. KGMV- Mitgliederversammlungen im Überblick.....	116
16. Organisationsplan der KGMV- Geschäftsstelle	117

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,



mit dem Geschäftsbericht des Jahres 2010 will die Krankenhausgesellschaft ihren Mitgliedern, den Beschäftigten in den Krankenhäusern und ihren Partnern in Politik und Selbstverwaltung aufzeigen, welche vielfältigen Aufgaben unsere Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter im vergangenen Jahr zu bewältigen hatten.

Selbstverständlich wird von unseren Krankenhäusern medizinische Spitzenleistung, täglich über 24 Stunden, verlangt. Die Krankenhäuser stellen sich dieser Erwartung. Sie gewährleisten als zuverlässiger Garant die medizinische Versorgung der Bevölkerung und der Gäste unseres Bundeslandes zu jeder Zeit und an jedem Ort. Die notwendigen Anstrengungen aller Mitarbeiter in den Krankenhäusern verschärfen sich, bedingt durch eine bundeszentrale Budgetdeckelung, von Jahr zu Jahr mehr. Dennoch gelingt es uns bis heute, das anerkannt hohe Niveau der Versorgung aufrecht zu erhalten.

Im Berichtsjahr hatten die Krankenhäuser Mecklenburg-Vorpommerns ihre Leistungen auf dem geringsten Preisniveau der gesamten Bundesrepublik zu erbringen. Leider ist dem gegenüber zu verzeichnen, dass die Kosten der Krankenhäuser nicht nur gleich sondern an vielen Stellen höher als der Bundesdurchschnitt sind. Im Jahr 2010 trat die KGMV daher weiterhin konsequent für die Einführung eines bundeseinheitlichen Preissystems ein.

Im Bereich der Krankenhausplanung waren die Auseinandersetzungen in M-V in besonderer Weise von der praktischen Umsetzung eines Psychatriekonzeptes und der Erstellung eines Konzeptes zur geriatrischen Behandlung gekennzeichnet.

Wie bereits im Berichtsjahr wird daher auch im Folgejahr und darüber hinaus eine wesentliche Hauptaufgabe der Krankenhausgesellschaft darin bestehen, für die Krankenhäuser, ihre Mitarbeiter und vor allem ihre Patienten für eine auskömmliche Erstattung der den Krankenhäusern zwangsläufig entstehenden Kosten zu streiten.

Allen Mitarbeitern in den Krankenhäusern ist für ihr hervorragendes Engagement im Interesse unserer Patienten zu danken.

Dr. H.-D. Voigt

Vorsitzender der KGMV

Einleitung



Im Jahr 2010 war, wie bereits in den Vorjahren erkennbar, eine weitere Arbeitsverdichtung in den Gremien der Krankenhausgesellschaft und auch in deren Geschäftsstelle zu verzeichnen. Vorhandene Aufgaben wurden intensiviert und neue Aufgaben kamen hinzu. So war im Jahr 2010 drei Mal ein Landesbasisfallwert zu verhandeln, rückwirkend für das Jahr 2009, für das laufende Jahr 2010 und prospektiv für das Jahr 2011. Nach den Irrungen und Wirrungen der vergangenen Jahre konnte somit die Budgetfindung der Kliniken für das Jahr 2011 – zumindest aus dieser Sicht – auf eine solide Basis gestellt werden.

Im Rahmen der Krankenhausplanung wurden wiederum flächendeckend Anhörungsgespräche des Sozialministeriums mit allen Klinikleitungen geführt, obwohl der bestehende 4. Krankenhausplan nicht durch den 5. Krankenhausplan abgelöst, sondern um ein weiteres Jahr verlängert worden ist. Hierdurch erhielten alle Kliniken die Möglichkeit, den Ist-Zustand und ihre Erwartungen an die Zukunft vor dem Sozialministerium und den Planungsbeteiligten darzulegen. Weiterhin wurde durch dieses Vorgehen eine sehr solide Ausgangsbasis für die Arbeit am 5. Krankenhausplan, welche im Folgejahr zu leisten ist, geschaffen.

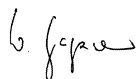
Da im Folgejahr auch ein neues Landeskrankenhausgesetz verabschiedet werden soll, begannen im Berichtsjahr die zahlreichen Vorgespräche innerhalb der Krankenhauslandschaft, mit dem Sozialministerium, mit den Mitgliedern des Landtages in Mecklenburg-Vorpommern und mit anderen Partnern.

Grundsätzlich wurde die Informationspolitik der KGMV zu und mit den politischen Mandatsträgern Mecklenburg-Vorpommerns auf Landes- und Bundesebene erheblich intensiviert. Insbesondere das so genannte GKV-Finanzierungsgesetz wurde intensiv mit den politischen Mandatsträgern erörtert. Unter anderem wurde dabei das Thema „Einheitliche Entgelte“ aus der Sicht der KGMV in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungen gerückt.

Zum Thema Ärztemangel, Patientenakquise und zu weiteren Kooperationsbeziehungen wurden durch die KGMV im Berichtsjahr zahlreiche Arbeitsgespräche auch mit ausländischen Partnern geführt. Diese Aktivitäten, welche sicher keinen sofortigen messbaren Erfolg bringen, werden jedoch wahrscheinlich auf Dauer notwendig sein, um die Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns im Bundesgebiet und in Europa integrativ zu platzieren.

Die Bundespolitik fordert künftig eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Dieser Herausforderung hat sich die Krankenhausgesellschaft längst gestellt und konsequent entsprechende Verhandlungen mit den potentiellen Kooperationspartnern geführt. Organisatorische Vorbereitungen sind in der Krankenhausgesellschaft getroffen. Die praktische Tätigkeit kann bei Schaffung der Voraussetzungen für den Echtbetrieb durch die Bundesebene erfolgen. Über diese und zahlreiche weitere Tätigkeiten der KGMV und die Krankenhäuser berührende Ereignisse wird der vorliegende Geschäftsbericht des Jahres 2010 informieren.

Wie bereits in den vergangenen Jahren wird jedoch in diesem Bericht nicht alles, was geschaffen werden konnte, in ausführlicher Breite beschrieben oder auch nur vollständig aufgezählt werden können.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Gagzow'.

Wolfgang Gagzow

Geschäftsführer der KGMV

Die Leistungspalette der KGMV im Überblick

Erfüllung gesetzlicher Aufgaben

Krankenhausplanung

Die Krankenhausgesellschaft wirkt als unmittelbar Beteiligte bei der Krankenhausplanung, bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes und damit bei der Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung einschließlich der Förderfinanzierung mit.

Verträge/Vereinbarungen

Der Abschluss von Verträgen und Vereinbarungen auf Landesebene zwischen Krankenkassen, Ärztekammer, Vertragsärzten sowie weiteren Partnern und der Krankenhausgesellschaft, insbesondere nach SGB V und KHG, ist gesetzliche Aufgabe der KGMV.

Verhandlung des Landesbasisfallwertes

Seit dem Jahr 2010 wird das Erlösbudget des Krankenhauses über einen von den Vertragsparteien auf Landesebene (Landesverbände der Krankenkassen und KGMV) vereinbarten landeseinheitlichen Basisfallwert realisiert. Entsprechend § 10 Abs. 6 KHEntgG ist eine Vereinbarung eines landeseinheitlichen Basisfallwertes bis zum 31. Oktober jeden Jahres für das darauf folgende Kalenderjahr zu schließen.

Budget- und Pflegesatzvereinbarungen

Die Krankenhausgesellschaft ist gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG an den örtlichen Pflegesatzverhandlungen zu beteiligen.

Einrichtung eines Ausbildungsfonds

Gem. § 17a KHG sollen für die Ausbildung an den Krankenhäusern gem. § 2 Nr. 1a KHG gesonderte Zuschläge erhoben und über einen bei der Krankenhausgesellschaft vorzuhaltenden Ausgleichsfonds den Ausbildungstragenden Einrichtungen zugeteilt werden. Die Landeskrankenhausgesellschaften haben die notwendigen Schritte einzuleiten, um einen derartigen Fonds einzurichten.

Landespflegesatzausschuss

Zur Beratung über Pflegesatzfragen wurde auf Landesebene beim Sozialministerium entsprechend § 23 BPfIV ein Pflegesatzausschuss gebildet. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Krankenhausgesellschaft benannt und durch das Sozialministerium bestellt.

Schiedsstelle nach § 18a KHG

Die Mitglieder werden jeweils durch die Landesverbände der Krankenkassen und durch die KGMV berufen. Die Geschäftsstelle der Schiedsstelle nach § 18 a KHG war vereinbarungsgemäß seit Juni 2005 beim VdAK angesiedelt. Mit Wirkung zum 16.02.2009 wechselte sie wieder zur KGMV.

Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V

Die Mitglieder werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die KGMV sowie die KVMV - für die sog. „erweiterte Schiedsstelle“ - berufen.

Die Geschäftsstelle ist per Landesverordnung bei der KGMV angesiedelt.

Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG

Der § 17c (4) KHG sieht bei Streitigkeiten der Vertragsparteien nach § 18 (2) KHG über die Prüfungsergebnisse des MDK nach § 17c (2) und (3) KHG eine Schlichtung durch einen Schlichtungsausschuss vor.

Die Geschäftsstelle wird auf der Basis des Einvernehmens der Vertragspartner (GKV und KGMV) bei der KGMV geführt.

Externe Qualitätssicherung nach § 112(2) Nr.3 SGB V

Zur Externen Qualitätssicherung nach § 112 (2) Nr. 3 hat die KGMV mit den Partnern der Selbstverwaltung entsprechende Verträge geschlossen. Die Mitglieder des Lenkungsausschusses und der Arbeitsgruppen zur Qualitätssicherung bei DRG`s werden jeweils von den Landesverbänden der Krankenkassen und der KGMV berufen. Entsprechend der geltenden Vertragslage ist das Qualitätssicherungsbüro bei der KGMV angesiedelt.

Für die künftige, vom GBA für verbindlich erklärte, sektoren-übergreifende Qualitätssicherung laufen die notwendigen Verhandlungen mit den potentiellen Partnern in M-V.

Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben

Vertretung der Krankenhausinteressen verbandsintern sowie gegenüber dem Staat und anderen Institutionen

- Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen, Initiativen für Gesetzgebungsverfahren, Gedankenaustausch mit Politikern und öffentlichen Stellen zu krankenhaushausrelevanten Fragen
- Mitwirkung in Gremien anderer Verbände und Institutionen
- Internationale Beziehungen

Information und Dokumentation

Aktuelle, umfassende Unterrichtung der Mitglieder auf dem Gebiet des Krankenhauswesens durch Informationsveranstaltungen, Mitteilungen, Rundbriefe und Dokumentationen sowie durch Nutzung des Internets.

Einzelberatung und Unterstützung

Teilnahme an den Budget- und Pflegesatzverhandlungen sowie Beratung in diversen Einzelfragen der Krankenhausbetriebsführung, wie z. B. Dienst- und Arbeitsrecht, Krankenhausorganisation, Pflegesatzrecht, Personalwesen, Gebührenwesen, Krankenhausbedarfsplanung, Investitionsfinanzierung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Kosten- und Leistungsrechnung, Entgeltformen, EDV, Organisation, Datenschutz, Umweltschutz, usw.

Vertragsrechtliche Rahmenbedingungen

- Beratungs- und Formulierungshilfen für Chefarzt-, Belegarzt- und Konsiliarverträge, für Allgemeine Vertragsbedingungen, für Kooperationsvereinbarungen, etc.
- Landesverträge mit dem Land M-V, den Kostenträgern, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie weiteren Partnern

Zentrale betriebswirtschaftliche Dienste und Empfehlungen

- Erarbeitung von Hinweisen für Budgetverhandlungen

- Einbringung der Sichtweise der Krankenhausseite in den Landespflegesatzausschuss
- Empfehlungen zur Organisation und Struktur des Krankenhauses
- Unterstützung bei der Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen u.ä.

Öffentlichkeitsarbeit

- Durchführung von Pressekonferenzen und -gesprächen
- Mitteilungen an die Presse, Rundfunk und TV
- Kontakte zu Vertretern der Medien, Universitäten, Fachhochschulen und Instituten
- Nutzung des Mediums Internet zur Veröffentlichung der Positionierungen der KGMV

Schulung, Fort- und Weiterbildung

- Durchführung von Schulungen, Seminaren und Fachtagungen zu ausgewählten Fragen des Krankenhausbetriebes
- Mitwirkung in Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere bei den innerhalb der AKMV mit der KGMV zusammenarbeitenden Verbänden

Gesetzliche Aufgaben der KGMV

Krankenhausplanung

Gem. § 6 KHG stellen die Länder Krankenhaus- und Investitionspläne auf. Das Nähere ist in § 23 des Landeskrankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V) geregelt. Maßgeblich für die Krankenhausplanung ist die Deckung des medizinisch notwendigen Bedarfes unter Beachtung der Grundsätze der bürgerlichen und wirtschaftlichen Versorgung.

Der Krankenhausplan ist rechtlich eine verwaltungsinterne Festlegung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit ohne Bindungswirkung nach außen. Verbindlich sind die Feststellungsbescheide, mit denen die Aufnahme und Nicht-Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan festgelegt wird. Bei der Krankenhausplanung hat das Sozialministerium Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar beteiligt sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und die Kommunalen Landesverbände. Mittelbar beteiligt (d. h. mit beratender Stimme) ist die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Mit der 2. Änderung des 4. Krankenhausplanes für das Land Mecklenburg-Vorpommern entsprechend der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales und Gesundheit vom 26. Oktober 2009 wurde die Laufzeit des 4. Krankenhausplanes für das Land Mecklenburg-Vorpommern bis zum 31. Dezember 2010 verlängert. (Anmerkung:

Er wurde bis zum 31.12.2011 weiter verlängert.) Er enthält Thesen und Kriterien für die Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Anzahl der Planbetten je Disziplin, medizinische Schwerpunkte, Standorte und Trägerchaften aus.

Durch den Wegfall des Hochschulbauförderungsgesetzes – HBFG – zum 01.01.2007 haben sich rechtliche Folgeänderungen ergeben, die einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf nach sich zogen. Nach dem in den Jahren 2007 bis einschließlich 2010 zahlreiche Ausnahmeregelungen zum Tragen kamen, stand das Berichtsjahr ganz im Zeichen der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes.

Die KGMV hat sich engagiert in diesen Prozess eingebracht. Parallel zur Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes beabsichtigte das Ministerium für Soziales und Gesundheit den 5. Krankenhausplan für Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten. In Vorbereitung auf die Erarbeitung des 5. Krankenhausplanes, mit der Option, bei nicht rechtzeitiger Verabschiedung des neuen Landeskrankenhausgesetzes, den 4. Krankenhausplan ein weiteres Mal zu verlängern, führte das Ministerium für Soziales und Gesundheit mit allen Krankenhausträgern des Landes Mecklenburg-Vorpommern Anhörungsgespräche durch. Diese Anhörungsgespräche wurden flächendeckend von der KGMV-Geschäftsstelle begleitet. Neben der alljährlich stattfindenden Kapazitätsanpassung der stationären Krankenhausversorgung an die zwi-

schenzeitlich eingetretene und auch an die zu erwartende Entwicklung dienten diese Anhörungsgespräche zur Meinungsbildung über zukunftsweisende Planungsinstrumente und –parameter für die stationäre Versorgung. Dabei wurden die demographischen Veränderungen immer im Auge behalten, um auch zukünftig eine flächendeckende und wirtschaftliche Versorgung sicher zu stellen. Die Krankenhausträger stellten in diesen Anhörungsgesprächen in Abstimmung mit der KGMV ihr komplettes Leistungsgeschehen vor und gingen dabei insbesondere neben dem stationären Bereich auch auf den ambulanten Bereich ein, obwohl dieser krankenhausplanerisch nicht relevant ist. Dem Ministerium wurde damit vermittelt, dass die Krankenhäuser zwischenzeitlich einen erheblichen Anteil an der ambulanten Versorgung erbringen. Beispielhaft wären einige Regionen ohne die ermächtigten Institutsambulanzen in der Pädiatrie kaum noch versorgungswirksam. In hervorragender Weise wurden auch die Kooperationsmodelle der Krankenhäuser untereinander herausgestellt. Auch die zunehmende MRSA-Problematik und deren Lösungsmodelle wurden in den Anhörungsgesprächen erörtert. Hinsichtlich der neu festzule-

genden Betten- und Platzkapazitäten wurden mit 33 von 39 Krankenhäusern einvernehmliche Abstimmungen erzielt.

Abschließend ist festzustellen, dass der 4. Krankenhausplan für das Berichtsjahr 39 Krankenhäuser einschließlich 4 selbstständiger Tageskliniken ausweist. Per 31.12.2010 standen den Krankenhäusern und allen Tageskliniken insgesamt 10.103 Betten und 783 Tagesklinikplätze für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.

Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V

Entsprechend des GKV-WSG sind Krankenhäuser berechtigt, ambulante Leistungen gem. § 116b SGB V bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonders schweren Krankheitsverläufen zu erbringen, sofern sie durch die für die Krankenhausplanung des Landes zuständige Behörde dazu bestimmt werden.

Ausführlich wird hiervon im Abschnitt auf Seite 39 berichtet.

Tabellarisch stellt sich die gesamte bisherige Entwicklung im Akutbereich wie folgt dar:

Stand	Krankenhäuser	Betten	Tagesklinikplätze
01.01.1990	55	18.915	0
01.01.1991	50	17.641	0
01.06.1991	48	15.439	0
01.01.1992	43	15.081	0
31.12.1992	43	14.603	0
31.12.1993	40	13.346	61
31.12.1994	38	13.001	61
31.12.1995	38	12.745	89
31.12.1996	39	12.594	125
31.12.1997	36	12.180	123
31.12.1998	37	11.662	167
31.12.1999	36	11.603	200
31.12.2000	37	11.056	221
31.12.2001	36	11.074	255
31.12.2002	36	10.745	266
31.12.2003	35	10.741	308
31.12.2004	35	10.220	311
31.12.2005	35	9.953	366
31.12.2006	35	9.940	386
31.12.2007	33	9.923	466
31.12.2008	37	10.112	598
31.12.2009	38	10.101	699
31.12.2010	39	10.103	783

Eine aktuelle Übersicht der medizinischen Schwerpunkte in Mecklenburg-Vorpommern ist in Anlage 5 enthalten.

Krankenhausförderung

Pauschalförderung

Nach § 30 Landeskrankenhausgesetz (LKHG M-V) und dem diesem zugrunde liegenden § 9 Abs. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist das Land Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, feste jährliche Pauschalbeträge für

- die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
- die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausrüstungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nr. 1,
- sonstige nach § 29 förderungsfähige Investitionen, wenn die verauslagten Kosten für das einzelne Vorhaben 55.000,00 € ohne MwSt. nicht überschreiten,

zu zahlen.

Das Krankenhaus darf die Kostengrenze von 55.000,00 € im Einzelfall mit Einwilligung des Sozialministeriums überschreiten. Das Sozialministerium hat vor der Einwilligung das Einvernehmen mit den unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten anzustreben.

Die Fördermittel sind nach Maßgabe des KHG und des LKHG M-V so zu bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung des Versorgungsauftrages des jeweiligen Krankenhauses notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit decken. Die Krankenhäuser haben danach einen Rechtsanspruch auf Zuweisung pauschaler Fördermittel in der Höhe, wie sie zur Deckung der in § 30 Abs. 1 LKHG M-V umschriebenen Ausgaben erforderlich sind.

Seit dem Jahr 2005 standen den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern jährlich für die pauschale

Krankenhausförderung insgesamt 22,84 Mio. € zur Verfügung.

Damit wurde der permanenten Forderung der KGMV, die Fördersumme für die pauschale Krankenhausförderung deutlich anzuheben, wiederum nicht entsprochen. Die Krankenhausgesellschaft hat neben dem Sozialministerium auch die Landtagsabgeordneten immer wieder auf diese Problematik hingewiesen. Das Fördervolumen von insgesamt 46,5 Mio. DM (entspricht 23,78 Mio. €) im Jahr 1997 entsprach in etwa dem bedarfsnotwendigen Fördervolumen für die jährliche pauschale Krankenhausförderung aller Krankenhäuser. Im Jahr 1998 erfolgte jedoch eine Absenkung der pauschalen Krankenhausfördermittel auf 40 Mio. DM (entspricht 20,45 Mio. €) und in den Jahren 1999 und 2000 auf jeweils 25 Mio. DM (entspricht 12,78 Mio. €). 2001 erfolgte dann eine marginale Erhöhung auf 26 Mio. DM (entspricht 13,29 Mio. €), im Jahr 2002 auf 13,96 Mio. €, im Jahr 2003 auf 14,62 Mio. € und im Jahr 2004 auf 16,51 Mio. €.

In diesen Jahren ist in der pauschalen Krankenhausförderung ein erheblicher Investitionsstau entstanden. Auch mit der Anhebung ab dem Jahr 2005 auf jährlich 22,84 Mio. € und damit einer Summe, die im Jahr 1997 als realistische jährliche Fördersumme galt, ist dieser keineswegs aufgefangen.

Erschwerend kam hinzu, dass im Jahre 2008 das ohnehin nicht auskömmliche Gesamtfördervolumen durch die Aufnahme weiterer Krankenhäuser in den Krankenhausplan durch mehr Berechtigte zu teilen war. Damit hat sich das Fördervolumen des einzelnen Krankenhauses nochmals deutlich reduziert. Die Krankenhausgesellschaft hat mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass dies vom Gesetzgeber nicht vorgesehen ist und die Krankenhäuser dadurch belastet sind.

Von einer Berücksichtigung des wissenschaftlich-technischen Fortschritts in den hierfür prädestinierten Zentren, den Krankenhäusern, kann seit 1998 nicht mehr ansatzweise die Rede sein.

Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010

Die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 erschien im Gesetz- und Verordnungsblatt für Mecklenburg-Vorpommern am 2. Juni 2010 (Anlage 6). Die Verteilung des Fördervolumens für die pauschale Krankenhausförderung auf die Krankenhäuser wurde durch die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 geregelt und nach der bewährten Form der vergangenen Jahre vorgenommen.

Basis für die Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechneten, bildeten die pflegesatzfähigen Kosten, die unter der lfd. Nummer 9 im Formblatt K5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 der BPfIV ausgewiesen sind.

Die Basis für die Ermittlung der Pauschalfördermittel für die Krankenhäuser, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechneten, bildete das vereinbarte Erlösbudget nach § 4 Abs. 6 Satz 2 des KHEntgG, das unter der lfd. Nummer 26 im Formblatt B2 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 des KHEntgG ausgewiesen ist. Dem waren hinzuzurechnen, der vereinbarte Gesamtbetrag nach § 5 Abs. 3 des KHEntgG für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 des vorgenannten Gesetzes und die Summe für die Vergütung der Entgelte aus dem Jahre 2008 nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend des Formblattes E3 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 des KHEntgG.

Auch im Berichtsjahr wurden die Universitätskliniken nicht gesondert aus-

gewiesen. Diese wurden entsprechend § 30 Abs. 4 des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V), wonach dieses im Ausnahmefall durch Verwaltungsakt einen anderen Pauschalbetrag festsetzen kann, vergütet. Die Universitätskliniken erhielten, wie bereits in den Vorjahren, feste Eurobeträge für jedes Bett sowie für jeden Tagesklinikplatz, die in Übereinstimmung mit den Feststellungen zum Krankenhausplan für die allgemeine stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung standen.

Im Rahmen der Stellungnahme zur Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 hatte die KGMV gefordert, auch die Beträge, die die Grundlage für die Zuschlagstatbestände für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen sowie für die Mehrkosten durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum bilden und auch das über Zuschläge finanzierte Ausbildungsbudget dem Erlösbudget hinzuzurechnen. Das Sozialministerium hat diese Forderungen in der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 wiederum nicht berücksichtigt. Ebenso wurde in dieser Stellungnahme darauf hingewiesen, dass das Fördervolumen für die pauschale Krankenhausförderung bei weitem nicht auskömmlich sei und aufgestockt werden müsse. Eine detaillierte Begründung hierzu war in der Stellungnahme enthalten.

Einzelförderung

Gemäß § 29 LKHG M-V werden Investitionskosten gefördert. Dazu zählt die Einzelförderung für:

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau, Rekonstruktion) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb des Krankenhauses notwendigen Anlagegütern,
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren,

3. die Ergänzung von anderen Anlagegütern soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,
4. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung und Wiederherstellung eines Anlagegutes, ausgenommen Gebrauchsgüter (Verbesserung).

Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln für Maßnahmen nach Abs. 1 ist die Aufnahme in das Krankenhausinvestitionsprogramm und die Sicherstellung der gesamten Finanzierung. Im Berichtsjahr wurden im Rahmen der Investitionsprogramme nach § 26 LKHG M-V und nach Art. 14 GSG für das Jahr 2010 insgesamt 46,7 Mio. € für Einzelfördermaßnahmen ausgegeben.

Art. 14 GSG in der bis zum 31.12.2001 geltenden Fassung ist durch Art. 3 des Solidarpaktfortführungsgesetzes vom 20.12.2001 mit Wirkung vom 1. Januar 2002 grundlegend umgestaltet worden. Geregelt wird in Art. 14 nunmehr nur noch der bisher in Abs. 3 geregelte Investitionszuschlag der Krankenhausbenutzer oder ihrer Kostenträger. Die bisher in Abs. 1 geregelten Finanzhilfen des Bundes für die Krankenhausförderung in Höhe von jährlich 82,1 Mio. DM (entspricht 41,977 Mio. €) wurden zwar bis 2004 weiterhin vom Bund gezahlt, erschienen jedoch nicht mehr ausdrücklich in einer gesetzlichen Vorschrift, sondern waren Bestandteil der allgemeinen Finanzzuweisung im Rahmen des Solidarpaktfortführungsgesetzes.

Beibehalten wurde allerdings die Festlegung, dass die Länder im Einvernehmen mit den im § 18 Abs. 1 des KHG genannten Beteiligten jährlich fortzuschreibende gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme aufstellen.

Vor diesem Hintergrund wurden die beiden Investitionsprogramme, das Investitionsprogramm nach Art. 14 GSG und das Investitionsprogramm

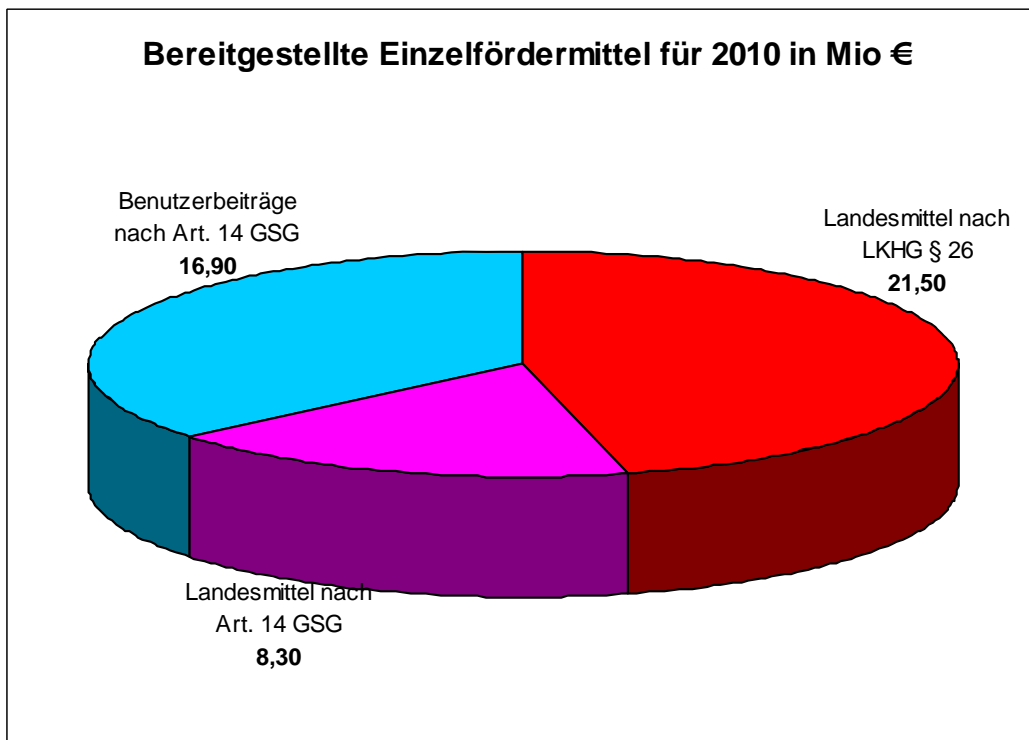
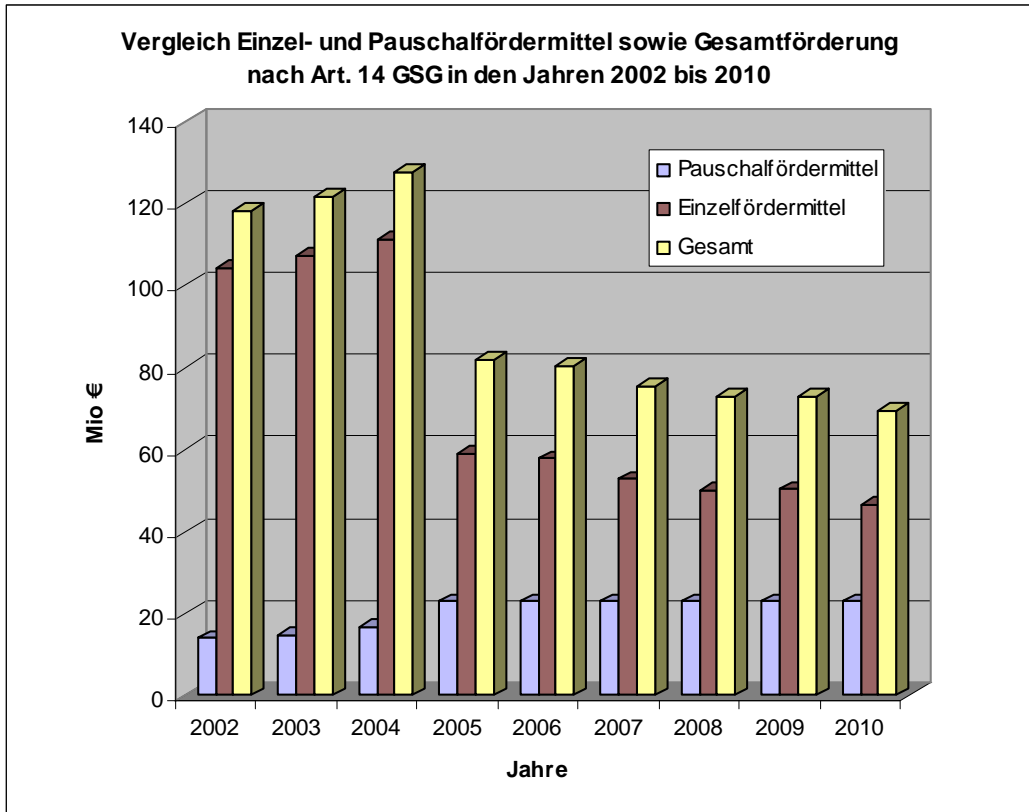
nach § 26 LKHG M-V jeweils weitergeführt. Das letzte nach Art. 14 GSG aufgestellte Investitionsprogramm wurde im Wesentlichen fortgeschrieben und lediglich um Erweiterungen bei beschlossenen Maßnahmen (z.B. Kostensteigerungen, Maßnahmenänderungen) ergänzt. Alle sonstigen Maßnahmen wurden dem Investitionsprogramm nach § 26 LKHG M-V zugeordnet. Von den insgesamt rund 46,7 Mio. €, die das Land Mecklenburg-Vorpommern im Berichtsjahr zur Verfügung stellte, betrug der Anteil der von den Krankenhausbenutzern bzw. ihren Kostenträgern aufgebrachten Mittel im Rahmen des Art. 14 Programms rund 16,9 Mio. €. Damit lag der Anteil des Landes bei lediglich 29,8 Mio. €. Diese Summe war nicht auskömmlich, um den trotz des hohen Anteils von Krankenhausneubauten bzw. sanierten Krankenhäusern im Land Mecklenburg-Vorpommern bestehenden Bedarf zu decken.

Um so erfreulicher war es, dass zwei Plankrankenhäuser im Jahr 2009 zusätzlich Investitionen von insgesamt 48 Mio. € aus dem Kommunal-/Investitionsprogramm (Konjunkturprogramm) erhielten. Die Festlegungen, welche Baumaßnahmen aus dem Konjunkturprogramm gefördert werden, hat letztendlich der Finanzausschuss des Landtages des Landes Mecklenburg-Vorpommern getroffen. Die Nichtaufnahme der Investitionsmaßnahmen dieser beiden Krankenhäuser in das Krankenhausinvestitionsprogramm des Landes wurde in der Vergangenheit damit begründet, dass die Finanzierung über den Landeshaushalt nicht gesichert war. Mit dieser zusätzlichen Finanzierung von insgesamt 48 Mio. € konnte das Krankenhausinvestitionsprogramm deutlich entlastet werden. Auch für den universitären Bereich konnten aus diesem Programm erhebliche Mittel eingesetzt werden.

Seit dem 01.01.2002 ist die „Erste Änderung der Vereinbarung über die Förderung der Krankenhausinvestition in Mecklenburg-Vorpommern“ in Kraft getreten. Aufgrund dieser Änderung

wird seit dem 01.01.2002 nicht nur die Erfassung der Benutzerbeiträge gem. Art. 14 GSG durch die Krankenhausgesellschaft durchgeführt, sondern auch die Verwaltung der Benutzerbeiträge

geleistet. Die „Erste Änderung der Vereinbarung über die Förderung der Krankenhausinvestition in Mecklenburg-Vorpommern“ ist im Anlagenteil (Anlage 9) enthalten.



Verträge/ Vereinbarungen auf Landesebene- aktuelle Entwicklungen im Berichtsjahr

LBFW

Seit dem Jahr 2005 sind in und für Mecklenburg-Vorpommern jährlich die **Vereinbarungen des landesweit geltenden Basisfallwertes nach § 10 Krankenhausentgeltgesetz**

(KHEntgG) zu schließen. Damit wurde der vom Gesetzgeber mit dem KHEntgG eingeführte Weg der Abrechnung von DRG's über einen einheitlichen Bezugspreis realisiert.

Konnte die Vereinbarung trotz erheblicher Differenzen zwischen den Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der KGMV im Jahre 2005 noch ohne die Anrufung der Schiedsstelle nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geeint werden, so war dies in den Folgejahren und auch im Berichtsjahr nicht möglich. Der **Landesbasisfallwert 2009** wurde auf den Antrag der KGMV vom 23.12.2009 durch das Sozialministerium nach deutlicher Überschreitung der Vierwochenfrist des § 14 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG am 10. Februar 2010 im zweiten Anlauf genehmigt.

Nach zahlreichen zähen Verhandlungsterminen auf Landesebene und Dank der direkten personellen Unterstützung aus den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns wurde am 02.06. des Berichtsjahres und damit am ersten Verhandlungstag vor der Schiedsstelle der **Landesbasisfallwert 2010** in Höhe von 2.855 Euro inklusive Ausgleich für das Jahr 2010 als Vergleich von den Parteien vereinbart. Fehlschätzungs-korrekturen wurden hinsichtlich der Summe der Bewertungsrelationen und der Ausgabenentwicklung im Nicht-DRG-Bereich konsentiert. Die laufenden Klageverfahren gegen die Landesbasisfallwerte 2008 und 2009 führen dem Vergleich gemäß nicht zu Berichtigungen, sondern lediglich zu einem einmaligen Ausgleich des Landesbasisfallwertes des künftigen Jahres, wel-

ches auf die bestandskräftige Genehmigung des Landesbasisfallwertes 2008 bzw. 2009 folgt.

Am 02. Juni wurde der Schiedsstellenvergleich durch die Vorsitzende der Schiedsstelle an die Parteien zugestellt. Nachdem die Parteien der Vereinbarung von der Widerrufsmöglichkeit des Vergleichs bis 04.06. keinen Gebrauch gemacht hatten, beantragte die KGMV noch am selben Tag die Genehmigung des vor der Schiedsstelle vereinbarten Landesbasisfallwertes 2010 durch das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern. Diese erfolgte mit Bescheid vom 30.06.2010.

Der Bescheid ist rechtskräftig und wird nicht beklagt.

Ausführlich wird über die LBFWs 2009-2010 im folgenden Abschnitt berichtet.

DMP-Brustkrebs

Bereits im Jahr 2004 wurde das strukturierte Behandlungsprogramm **DMP Brustkrebs in M-V** durch die KGMV, die KVMV sowie kassenartenübergreifend unterzeichnet.

Die zur Umsetzung des DMP Mamma im Jahre 2004 gebildete Gemeinsame Einrichtung gemäß § 28f Abs. 2 Nr. 4 RSAV und die Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V hatten sich bereits im Jahre 2004 konstituiert. Beide Einrichtungen betreiben Geschäftsstellen, deren Sitz im Jahre 2005 von der KGMV zum VdAK wechselte. Im Berichtsjahr amtierten Frau Brandt (vdek) als Vorsitzende und Herr Dr. Wosniak (KVMV) als Stellvertreter.

Personalkosten an Krankenpflege-schulen

Am 15.07.2010 wurde zwischen dem Land Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch das Ministerium für Bil-

derung, Wissenschaft und Kultur, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in M-V und der KGMV eine **Vereinbarung zur gemeinsamen Finanzierung der Personalkosten für die für die hauptberuflichen Lehrkräfte an den mit Krankenhäusern und Kliniken verbundenen beruflichen Schulen** geschlossen, die gleichzeitig die bis dahin zweiseitige Vereinbarung zwischen Bildungsministerium und KGMV aus dem Jahre 2005 ändert. Gegenstand der Vereinbarung ist die schriftliche Fixierung der veränderten Kostenanteile für die Refinanzierung der Fachpraxislehrer durch die Krankenkassen über die Krankenhäuser. Eine Kündigung der Vereinbarung ist nur aus wichtigem Grund möglich oder wenn bundesrechtliche Regelungen dies erfordern. Der bisherige Vertrag wurde bereits im Vorjahr seitens des Bildungsministeriums als änderungsbedürftig angesehen, weil die Anzahl der in der Vereinbarung genannten und über die Krankenhäuser seitens der Krankenkassen refinanzieren Fachpraxislehrer nach entsprechenden Hinweisen durch das Finanzministerium nicht mehr mit der Realität übereinstimmen. Die Krankenkassen müssen nach der neuen, nun dreiseitigen Vereinbarung künftig höhere Kostenanteile finanzieren. Die Beteiligung des Landes an der Ausbildungsfinanzierung durch die auch künftig gesicherte Theorielehrerkostenübernahme bleibt erhalten.

Punktwert Ambulantes Operieren

Der für das letzte Quartal 2005 vereinbarte **Punktwert für das Ambulante Operieren und stationersetzende Maßnahmen gemäß § 115b SGB V** in M-V, welcher einheitlich über alle Krankenkassen konsentiert war und bei Vorliegen des von der KBV zu erstellenden Formblattes 3 hätte in den Folgequartalen korrigiert werden können, hat in Ermangelung eines solchen Formblattes 3 aber auch in diesem Berichtsjahr nicht zu einer Korrektur geführt.

Vergütung psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA)

Für die **Vergütung psychiatrischer Institutsambulanzen gem. § 118 SGB V** wurden am 04. Juli 2002 durch die Schiedsstelle gem. § 18a KHG Entgelte festgesetzt, welche an die bayerische Vergütungsregelung angelehnt sind. Mit Abrechnungsmöglichkeit ab 01.10. des Vorjahres wurden diese mittels der **Übergangsvereinbarung über die Abrechnung und Vergütung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser gemäß § 118 Abs. 1 und 2 SGB V** an die gestiegenen Kosten angepasst. Die Kündigung der Übergangsvereinbarung ist frühestens zum 31.12.2010 möglich. Noch zum Ende des Berichtsjahres sind Verhandlungen über eine Anpassung der Vergütung ab 01.01.2011 begonnen worden. Über die Ergebnisse dieser Verhandlungen wird im Folgejahr zu berichten sein.

Vermarktung stationärer Rehabilitationsleistungen

Am 17. August des Vorjahres wurde in Bad Doberan die **Kooperationsvereinbarung über die Vermarktung stationärer Rehabilitationsleistungen in M-V** vom Landesverband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V., dem Bäderverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der KGMV unterzeichnet. Die Partner des Projekts, das vom Land MV gefördert wird, haben sich das Ziel gesetzt, die Auslastung und Finanzierung der Landesrehabkliniken über MV hinaus zu verbessern. Mittel zur Erreichung dieses Ziels sind unter anderem die Erstellung einer Internetplattform www.rehaverzeichnis.de, angesiedelt bei der KGMV, um Patienten und Leistungserbringern bei der Auswahl einer geeigneten Rehaklinik optimal zur Seite zu stehen, ein durch den Bäderverband neu aufzulegendes Therapiebuch, ein Imagefilm und dergleichen mehr. Das Projekt wird über das Berichtsjahr hinaus weiter geführt.

Förderung Weiterbildung Allgemeinmedizin

Am 03. März des Berichtsjahres wurde die **Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung (Förderungsvereinbarung)** zwischen KVMV und KGMV geschlossen. Gegenstand der Vereinbarung ist insbesondere der Ausbau einer optimalen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch ein gemeinsam getragenes Koordinierungsgremium, welches hinsichtlich seiner Geschäftsstelle bei der KVMV angesiedelt ist.

QS-Neonatologie

Mit der Ärztekammer konnte am 30.06.10 (rückwirkend zum 01.01.2010) eine **Vereinbarung über die Qualitätssicherung in der Neonatologie** getroffen werden. Gemäß GBA-Beschluss ist die QS-Neonatologie in die Systematik der EQS (in M-V durch GKV und KGMV getragen) zu integrieren. Bis dahin wurde die QS-Neonatologie in M-V jedoch durch die Ärztekammer durchgeführt. Durch diese Vereinbarung konnten Synergien hergestellt und Doppelerhebungen vermieden werden.

Eine Übersicht aller Verträge /Vereinbarungen ist in der Anlage 9 enthalten

Schwerpunkte der Verbandsarbeit

Vereinbarung eines Landesbasisfallwertes gemäß § 10 KHEntgG

Gemäß § 10 Abs. 10 KHEntgG ist die Vereinbarung eines landesweit geltenden Basisfallwertes für das darauffolgende Jahr bis zum 31. Oktober jeden Jahres zu schließen.

Ausgangslage

Bis zum 31. Oktober 2009 stellte sich jedoch der Sachstand der Krankenhausfinanzierung in unserem Bundesland wie folgt dar:

1. der Landesbasisfallwert 2008 ist beklagt,
2. der Landesbasisfallwert 2009 war nicht genehmigt,
3. wesentliche Voraussetzungen für die Verhandlung eines Landesbasisfallwertes 2010 fehlten.

Mit Schreiben des Sozialministeriums vom 10.02.2010 wurde schließlich der bereits am 29.05.2009 festgesetzte und in der Schiedsstellenverhandlung am 04.12.2009 bestätigte Landesbasisfallwert 2009 zum 01.03.2010 genehmigt.

Im Genehmigungsbescheid ist

1. der Landesbasisfallwert ohne Ausgleich in Höhe von 2.795,99 € und
2. der Landesbasisfallwert inklusive Ausgleich in Höhe von 2.740,93 € aufgeführt.

Aus Sicht der KGMV, war wie in den Vorjahren bei der Vereinbarung der individuellen Basisfallwerte auch, nach Ablauf des Budgetjahres der Landesbasisfallwert ohne Ausgleich in Höhe von 2.795,99 € abzurechnen. In einem Schreiben vom 25.02.2010 teilten die Landesverbände der Krankenkassen

mit, dass sie diese Auffassung der KGMV nicht teilen. Aus Sicht der Krankenkassen war bis zur Genehmigung des Landesbasisfallwertes 2010 für die Bewertung der Fallpauschalen und deren Abrechnung der Landesbasisfallwert incl. Ausgleich in Höhe von 2.740,93 € heranzuziehen. Demzufolge wurde die Abrechnung der stationären Krankenhausleistungen mit dem Landesbasisfallwert ohne Ausgleich in Höhe von 2.795,99 € von den Krankenkassen nicht akzeptiert. Sämtliche Rechnungen wurden nicht beglichen. Aus Liquiditätsgründen der Krankenhäuser war es wegen zu erwartender mehrjähriger Wartezeit einen Gerichtstermin nicht möglich, den Landesbasisfallwert für alle Leistungen in oben genannter Höhe über eine Klage durchzusetzen. Eine Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser konnte nur durch eine zügige Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2010 erfolgen.

Verhandlung des Landesbasisfallwertes für das Jahr 2010

Trotz dieser schwierigen Situation bei der Verhandlung des Landesbasisfallwertes rief die KGMV die Landesverbände der Krankenkassen zum 06.11.2009 zur ersten Verhandlungsrunde für einen landeseinheitlichen Basisfallwert für das Jahr 2010 auf. Aufgrund der Nichtgenehmigung des Landesbasisfallwertes 2009 wurde der Termin noch einmal auf den 05.02.2010 verschoben. Am 05.02.2010 war dann noch immer nicht abzusehen, ob der Landesbasisfallwert 2009 in beantragter Höhe vom Ministerium für Soziales

und Gesundheit genehmigt werden würde, so dass dieser Termin noch einmal auf den 01.03.2010 verschoben wurde. Beide Parteien bekräftigten jedoch bereits zu Beginn der Verhandlungen für das Jahr 2010, sich im Rahmen einer Vereinbarung auf einen Landesbasisfallwert 2010 zeitnah verständigen zu wollen.

Die KGMV erklärte sich bereit, sich auch im Rahmen einer Paketlösung auf einen Landesbasisfallwert 2010 auf dem Verhandlungsweg verständigen zu wollen.

Das erste Angebot der Krankenkassen zielte darauf ab, dass der von der Schiedsstelle festgesetzte Landesbasisfallwert für das Jahr 2009 in Höhe von 2.795,00 € auch für das Jahr 2010 weiter gelten sollte. In diesem Zusammenhang würde die AOK die Klage zum Landesbasisfallwert 2008 zurücknehmen und auf eine Klage gegen den Landesbasisfallwert 2009 verzichten.

Zusätzlich wäre im Jahr 2011 eine Fehlschätzungsberichtigung inklusive Ausgleich für das Jahr 2010 vorzunehmen. Dieses erste Angebot der Kassenseite wurde von der KGMV abgelehnt. Mit diesem Angebot wäre die im Jahr 2010 gesetzlich vorgesehene schrittweise Angleichung an den auf Bundesebene durch das InEK zu ermittelnden Bundesbasisfallwert in Höhe von 2935,78 € für M/V nicht erfolgt. Das erste pauschale Angebot der Krankenhausgesellschaft belief sich auf 2.850,00 €. Dieses wären 5,00 € weniger als Schleswig-Holstein für das Jahr 2010 vereinbaren konnte. Das Angebot würde jedoch nur gelten bei Zurücknahme der Klage aus dem Jahr 2008 und dem Verzicht einer Klage zum Landesbasisfallwert 2009 sowie bei einem Verzicht auf einen Fehlschätzungsausgleich im Jahr 2011 für das Jahr 2010. Dieses Angebot wurde von den Krankenkassen nicht akzeptiert.

Am 15.03.2010 berieten beide Seiten über folgenden Kompromiss:

LBFW 2010, ohne Kappung und Ausgleiche, inkl. Angleichung an BFW und Einbeziehung AZG:		2.855,00 €
Leistungen 2010:	BWR:	402.000,000
	Fälle:	bisher nicht festgelegt

- Es wird eine Fehlschätzungskorrektur des LBFW 2010 bei der Ermittlung des LBFW 2011 vorgenommen. Die Berücksichtigung der Mehrleistungen erfolgt jeweils insofern und soweit in einem Korridor wie folgt:

DRG-Bereich:

Leistungen (BWR)	
Berichtigung und Ausgleich	zu
von 402.000 bis 403.000	0%
von 403.001 bis 405.000	35%
ab 405.001	50 %

Nicht-DRG-Bereich

Steigerung	
Berichtigung und Ausgleich	zu
bis 4.500.000,00 €	0%
ab 4.500.000,01 €	100%

Bei dem vorgenannten Kompromissvorschlag wollten die Krankenkassen allerdings folgende Punkte aufrecht erhalten:

- Die Klage gegen den LBFW 2008 wird aufrechterhalten.
- Der LBFW 2009 wird von den Kostenträgern ebenfalls beklagt.

Über diese Rahmenbedingungen konnte jedoch aus Sicht der KGMV keinesfalls das Einvernehmen hergestellt werden. Insbesondere die von den Krankenkassen zur Bedingungen erhobene Kumulation bis zu einem irgendwann stattfindenden Gerichtsprozess war aus Sicht der KGMV inakzeptabel, da das dann eintretende Ergebnis durchaus für die eine oder andere Seite ruinös werden könnte.

In der folgenden Verhandlung am 12.04.2010 wurde sodann das Zahlenwerk einer Vereinbarung zum Landesbasisfallwert 2010 mit Ausnahme des Umgangs mit den Klageverfahren zu den Landesbasisfallwerten 2008 und 2009 konsentiert. Aufgrund dieses Ergebnisses war gemäß der Beschlusslage des Vorstandes der KGMV unverzüglich die Schiedsstelle anzurufen.

Trotz mehrerer Einigungsversuche beider Parteien musste die Schiedsstelle am 02.06.2010 hierüber beraten. Im Verlauf dieser Schiedsstellenverhandlung wurde ein Vergleich vor der Schiedsstelle mit folgendem Ergebnis geschlossen:

der Landesbasisfallwert ist auch der Zahlbasisfallwert 2010 und beträgt 2.855,00 €

die Klagen der Krankenkassen gegen die Genehmigung der Landesbasisfallwerte der Jahre 2008 und 2009 werden nicht zurückgezogen.

im Anschluss an beide Klageverfahren und einer bestandskräftigen Regelung zu den Landesbasisfallwerten 2008 und 2009 erfolgt für die anhängigen Klageverfahren gegen die Genehmigung der Landesbasisfallwerte 2008 und 2009 nur ein Ausgleich für diese beiden Jahre; jedoch keine Berichtigung für Folgejahre.

Weiterhin vereinbarten die Parteien gem. § 10 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG eine Fehlschätzungskorrektur (Berichtigung und Ausgleich) des Landesbasisfallwertes 2010 zu folgenden Tatbeständen bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes 2011:

a) zu Grunde gelegte Summe der effektiven Bewertungsrelationen und

b) Ausgabenentwicklung im Nicht-DRG-Bereich gem. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG.

Mit diesem Ergebnis konnte die Unsicherheit über den Ausgang der Klagen der Krankenkassen aus den Jahren 2008 und 2009 erheblich minimiert werden, weil die beiden Verwaltungsrechtsstreitigkeiten voraussichtlich noch Jahre andauern werden, bis es zu einem „bestandskräftigen“ Landesbasisfallwert 2008 und 2009 kommen wird und keine weitere Kumulierung ab 2010 stattfinden kann.

Die Genehmigung des am 02.06.2010 als Vergleich vor der Schiedsstelle vereinbarten landesweit geltenden Basisfallwertes nach § 10 KHEntgG für das Jahr 2010 in Höhe von 2.855,00 € lag der KGMV mit Schreiben vom 30. Juni 2010 vor, so dass die Krankenhäuser unseres Bundeslandes diesen Betrag ab 01.07.2010 endlich in Abrechnung bringen konnten.

Ab dem 2. Halbjahr 2010 stand somit einer termingerechten Vereinbarung eines Landesbasisfallwertes für das Jahr 2011 nichts mehr im Wege.

Im Ergebnis dieser langwierigen und im Schiedsstellenverfahren mündenden Verhandlungen ist festzustellen, dass sich die konsequente Verhandlungsführung in der Vergangenheit bewährt hat. Mit einer Steigerung des Landesbasisfallwertes von 2005 bis 2010 um 10,44 % steht unser Bundesland im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet an zweiter Stelle (s. Anlage 8) hinsichtlich der Steigerung, allerdings hinsichtlich der absoluten Höhe nach wie vor am Ende der Tabelle.

Verhandlung des Landesbasisfallwertes für das Jahr 2011

Am 05.10.2010 fand die erste Verhandlungsrunde zum Landesbasisfallwert 2011 statt. Zur Vorbereitung dieser ersten Verhandlungsrunde wurde eine auf

der Grundlage der bis dahin vorliegenden Leistungszahlen der Mitgliedskrankenhäuser erstellte Forderung der KGMV in Höhe von 2.995,20 € an die Krankenkassen versandt und vorgestellt. Diese erste Verhandlung berücksichtigte bereits die gesetzlichen Veränderungen, die im Referentenentwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) vorgesehen waren. Dieses Gesetz wurde dann gleichlautend am 22.12.2010 veröffentlicht.

Der überwiegende Teil der durch dieses Gesetz eingetretenen Änderungen trat mit Wirkung zum 1. Januar 2011 in Kraft. Das GKV-FinG wirkt sich insbesondere auf das SGB V sowie auf finanzierungsrechtliche Vorschriften wie das KHEntgG und die BPfIV aus. Von Relevanz ist zum Einen das Festhalten an der Grundlohnsummenrate in den Jahren 2011 und 2012 sowie deren Absenkung um 0,25 %-Punkte in 2011 und 0,5 %-Punkte in 2012. In den individuellen Budgets der Krankenhäuser vor Ort ist bei Leistungssteigerungen ein Mehrleistungsabschlag in Höhe von 30 % im Jahr 2011 vorzunehmen. Die Höhe dieses Abschlags wird ab 2012 durch eine Verhandlungslösung ersetzt.

Für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes ist von besonderer Relevanz, dass auch im Jahr 2011 hausindividuelle Vereinbarungen nach § 120 SGB V über einrichtungsbezogene Pauschalen, die erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen angemessen zu vergüten, Ausgaben mindernd zu berücksichtigen sind.

Im Rahmen der 2. Verhandlungsrunde am 11.11.2010 verständigten sich die Vertreter der Krankenkassen und der KGMV nach langem Ringen unter Vorbehalt der jeweiligen Entscheidungsgremien auf folgende Positionen eines zu einigenden Landesbasisfallwertes für das Jahr 2011:

- Die Fehlschätzungsberichtigung für 2010 ist mit der Vereinbarung des LBFW 2011 abgeschlossen.

Während der Verhandlung zum Landesbasisfallwert 2011 wurde die KGMV darüber informiert, dass auch in Mecklenburg-Vorpommern zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen unter Beteiligung des Sozialministeriums Verhandlungen zur Deckung der Finanzierungslücke bei Kinderambulanzen durch Abzüge vom Landesbasisfallwert gem. § 120 Abs. 1a SGB V geführt werden. Verhandlungsabschlüsse lagen jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Zu diesem Sachverhalt schlugen die Krankenkassen vor, den Landesbasisfallwert 2011 pauschal um 5,- bis 8,- € abzusenken. Dieser pauschale Ansatz wurde von der Krankenhausgesellschaft nicht akzeptiert.

Als weiterer Verhandlungsschwerpunkt kristallisierte sich die Berücksichtigung des Umstiegs einer besonderen Einrichtung in das DRG-System bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes 2011 heraus.

Zu diesem Thema trafen sich im Rahmen einer Arbeitsgruppe jeweils 5 Vertreter der Krankenkassen und der KGMV am 05.11.2010 zur Erarbeitung eines Berechnungsmodus für die Eingliederung der besonderen Einrichtungen in das DRG-System. Zu diesem Zeitpunkt stand jedoch noch nicht fest, ob der geplante Umstieg in 2011 tatsächlich in den Krankenhäusern realisiert wird. Im Ergebnis dieses Gespräches verständigten sich die an dieser Beratung teilnehmenden Vertreter der Krankenkassen und der KGMV darauf, dass erst nach Einführung des DRG-Systems, in einer dieser Kliniken ein Berechnungsmodus für die Berücksichtigung im darauffolgenden Landesbasisfallwert z. Bsp. 2012 zu konsentieren ist.

- Die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs.2 SGB V zur Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wurde in Höhe von 0,9 % berücksichtigt.
- Technische Veränderungen sowie Vereinbarungen gemäß § 120 Abs.1a SGB V werden im LBFW mit 0 € berücksichtigt. Diese Berücksichtigungstatbestände werden bei der Ermittlung des LBFW 2012 für das Jahr 2011 ausgeglichen.
- Der LBFW 2011 basiert auf 416.000 BWR. Eine Fehlschätzung für 2011 wird wie folgt vorgenommen:
Für die Fehlschätzungskorrektur nach Abs. 2 erfolgt die Berichtigung der Summe der Bewertungsrelationen mit folgenden gestaffelten prozentualen Anteilen:
 - a) ab 417.000 bis einschließlich 419.000 Bewertungsrelationen mit 65 % (Rechenbeispiel: LBFW x zusätzliche BWR x 65 % = Steigerung auf das Ausgabevolumen; neues Ausgabevolumen dividiert durch neue Summe der Bewertungsrelationen = zu berichtigender LBFW-Betrag im Folgejahr),
 - b) größer als 419.000 Bewertungsrelation mit 50 %.
- Im Nicht-DRG-Bereich wird ein Erlösbudget in Höhe von 117.000.000 € zugrunde gelegt. Eine Fehlschätzung wird wie folgt vorgenommen.
Eine Fehlschätzungsberichtigung des Tatbestandes Ausgabenentwicklung im Nicht-DRG-Bereich erfolgt dann und soweit die Steigerungen des Ausgabevolumens und des Erlösvolumens nach § 2 Buchstabe g) Satz 1 dieser Vereinbarung 4.500.000 EUR übersteigen oder 3.500.000 EUR unterschreiten. Die Berichtigung erfolgt zu 100% der über 4.500.000 EUR oder unter 3.500.000 EUR liegenden Ausgabenveränderungen.
- Die Angleichung an den Bundesbasisfallwert erfolgt.

Im Ergebnis dieser Berücksichtigungstatbestände nach § 10 KHEntgG errechnet sich ein LBFW für 2011 in Höhe von

2.863,00 € inklusive Ausgleiche
2.880,00 € ohne Ausgleiche.

Im Rahmen dieses Ergebnisses wird der leistungsgerechte Landesbasisfallwert des Jahres 2011 durch die Grundlohnsummenrate in Höhe von 0,9 % gekappt. Ein von der KGMV geforderter Morbiditäts- und Hygienezuschlag konnte somit nur im Rahmen der Berechnung eines leistungsgerechten Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden. Eine obergrenzenrelevante Steigerung durch einen Morbiditäts- und Hygienezuschlag konnte nicht durchgesetzt werden.

Auf Grundlage der zu berücksichtigenden gesetzlichen Grundlagen wurde das Verhandlungsergebnis vom 11.11.2010 von beiden Parteien akzeptiert. Mit Schreiben vom 16.12.2010 reichte die Krankenhausgesellschaft den Antrag auf Genehmigung des landesweit geltenden Landesbasisfallwertes

2011 für Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von:

1.) ohne Ausgleiche	2.880,- €
2.) mit Ausgleichen:	2.863,- €

ein.

Auf der Grundlage dieses Verhandlungsergebnisses noch im Jahr 2010 für 2011 erhoffte sich die KGMV die Genehmigung dieses Landesbasisfallwertes zum 01.01.2011.

Anmerkung:

Die Genehmigung erfolgte am 19.01.2011, so dass der Landesbasisfallwert 2011 zum 01.02.2011 fakturiert werden konnte. Hierüber wird konkret im Geschäftsbericht 2011 zu berichten sein.

Budget- und Pflegesatzverhandlungen 2010

Die Budgetverhandlungen der Jahre 2009 und 2010 fanden im Jahr 2010 auf der Grundlage folgender gesetzlicher Regelungen statt:

- Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 10.04.1991, zuletzt geändert durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009,
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23.04.2002, zuletzt geändert durch KHRG,
- Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26.09.1994, zuletzt geändert durch das KHRG vom 17.03.2009 und
- Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2009)

Wie bereits in den Vorjahren wurden durch das KHRG weitere Strafmaßnahmen für den Krankenhausbereich umgesetzt. Im Ergebnis dieser Gesetzgebung wurden folgende Begrenzungsmaßnahmen für die Budgetermittlung des Jahres 2009 im KHRG verankert:

- Halbierung der Konvergenz in 2009,
- Vergütungsabschläge bei prospektiven Mehrleistungen,
- Begrenzung der Tarifhilfen auf tatsächliche Tarifsteigerungen.

Für die Ermittlung der Budgets des Jahres 2010 lagen keine neuen gesetzlichen Regelungen vor.

Budgetverhandlungen nach KHEntgG - Ausgangsbasis

Auf dieser Grundlage fanden einige bei den Verhandlungen des Jahres 2009 zu berücksichtigende Tatbestände im Vereinbarungszeitraum 2010 keine Anwendung mehr.

Folgende Zu- und Abschläge entfallen bei der Budgetermittlung 2010:

- der Zuschlag bei Kappungskrankenhäusern (§ 4 Abs.9 KHEntgG) zur Begrenzung der Budgetverluste,
- der Abschlag für Mehrleistungen (§ 4 Abs.2a Satz 1 KHEntgG),
- der Abschlag zur Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifikostenfinanzierung (§ 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG) und
- der Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs.8 KHEntgG).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere die vollständige Finanzierung von Leistungssteigerungen, zumindest auf krankenspezifischer Ebene, da der Abschlag für Mehrleistungen im Vereinbarungszeitraum 2010 entfällt. Gleichwohl können Leistungssteigerungen auf Landesebene nach den Vorgaben des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG zu einer Absenkung des Landesbasisfallwertes führen. Auch wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen unverändert geblieben sind, hat sich dennoch jedes Krankenhaus jährlich, so auch im Jahr 2010 auf neue Entgeltkataloge und Kodierrichtlinien einzustellen. Diese wurden, wie im Vorjahr, durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart und Ende September 2009 bekannt gegeben. Allerdings kann auch hier festgehalten werden, dass sich der klassifikatorische Umbau des DRG-Kataloges erneut in Grenzen hielt. Aufgrund der oben genannten gesetzlichen Grundlagen ist die Deckelung durch die Grundlohsummenrate im Rahmen der individuellen Budgets ab dem Jahr 2010 endgültig aufgehoben. Die Einhaltung der Beitragssatzstabilität auf der Grundlage der bis zum 15. September jedes Jahres bekannt zugebenden Grundlohsummenrate ist nunmehr auf Landesebene bei der jährlichen Verhandlung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen.

Für die Ermittlung der hausindividuellen Budgets ist es erforderlich, dass die Genehmigung des Landesbasisfallwertes für das entsprechende Budgetjahr vorliegt.

-Im Jahr 2010 lag zum **01.03.2010** die Genehmigung des **Landesbasisfallwertes 2009** vor.

- Die Genehmigung des **Landesbasisfallwertes 2010** lag zum **01.07.2010** vor.

Auf dieser Grundlage konnten im Jahr 2009 nur Vorgespräche für den Abschluss eines Budgets 2009 geführt werden. Der Abschluss eines Budgets für das Jahr 2009 konnte erst im Jahr 2010 erfolgen. Auf der Grundlage der Genehmigung des Landesbasisfallwertes 2010 zum 01.07.2010 konnte nach Abschluss der Verhandlungen 2009 noch im selben Jahr mit der Verhandlung der Budgets 2010 begonnen werden.

Vom 01.01.2010 bis zum 28.02.2010 kamen die hausindividuellen Basisfallwerte des Jahres 2008 zur Abrechnung. Vom 01.03.2010 bis zum 30.06.2010 wurde in den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern der Landesbasisfallwert 2009 in Höhe von 2.740,93 € abgerechnet. Ab dem 01.07.2010 kam dann der Landesbasisfallwert 2010 in Höhe von 2.855,00 € zur Anwendung.

Budgetverhandlungen nach KHEntgG für das Jahr 2009 in 2010

Für die Budgetverhandlungen des Jahres 2009 vor Ort kristallisierte sich im Vorwege bereits heraus, dass es schwer werden würde, sich mit den Kostenträgern über folgende Sachverhalte zu verständigen:

- Halbierung der Konvergenz in 2009,
- Höhe der Vergütungsabschläge bei prospektiven Mehrleistungen,
- Begrenzung der Tarifhilfen auf tatsächliche Tarifsteigerungen,
- Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals.

Zum größten Teil wurden die Budgetverhandlungen durch die Mitarbeiter der KGMV-Geschäftsstelle begleitet. Es stellte sich bereits nach den ersten Verhandlungen heraus, dass die Krankenkassen ihre Verhandlungsstrategie mit der Schiedsstellenentscheidung zum Landesbasisfallwert 2010 in Verbindung brachten. Die Vertreter der Krankenkassen entsprachen größtenteils, wie bereits in den Vorjahren, bereitwilligst den Forderungen zum steigenden Leistungsumfang der Krankenhäuser. Gleichzeitig wurden jedoch von den Kostenträgern Mehrleistungsabschläge gefordert.

Im **Ergebnis dieser Verhandlungen** für die Budgets des Jahres **2009** vor Ort wurden landesweit folgende Ergebnisse erzielt:

-Einen Abschlag zur Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifikostenrefinanzierung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG) mussten im Jahr 2010 drei Krankenhäuser hinnehmen. Dieses machte ein Gesamtvolumen von – **123.743,- €** aus.

-Durch die Verlängerung der Konvergenzphase im Jahr 2009 und somit einer weiteren Angleichung an den Landesbasisfallwert nach § 5 Abs. 6 KHEntgG steigerten sich die Erlöse der Krankenhäuser insgesamt im Land um **1.458.503,33 €**

-Abschläge für Mehrleistungen mussten im Rahmen der Budgetermittlung 2009 **18** Krankenhäuser hinnehmen. Dieser Mehrleistungsabschlag war hausindividuell zu verhandeln. Im Ergebnis der Verhandlungen wurden hier Abschläge zwischen **20 und 50 %** mit den Krankenkassen vereinbart. Dieses machte für unser Bundesland eine **Erlösmin-derung von - 9.185.657,48 €** aus.

-Das Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals nach § 4 Abs. 10 KHEntgG nutzten bei der Ermittlung des Budgets für das Jahr 2009 **19** Krankenhäuser mit einer zusätzlichen Erlössumme von **3.950.295,00 €**

Die vorgenannten Ergebnisse stellten dann im gleichen Jahr die Grundlage für die Budgetverhandlungen des Jahres 2010 dar.

Budgetverhandlungen nach KHEntgG für das Jahr 2010

Ab 2010 waren nur noch folgende Finanzierungstatbestände über Zu- und Abschläge abzurechnen:

Zuschläge:

1. Ausbildungszuschlag (§ 17a KHG)
2. Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
3. Sicherstellungszuschlag (§ 5 Abs. 2 KHEntgG)

Zuschläge, die bereits auf Bundes- bzw. Landesebene vereinbart wurden

4. DRG-Systemzuschlag (0,99 €)
5. Zuschlag G-BA/IQWIG (0,87 €)
6. Zuschlag Qualitätssicherung (0,90 €)
7. Investitionszuschlag (5,62 €).

Durch die Umsetzung des KHRG kommen für das Jahr 2010 folgende Zuschläge dazu:

8. Telematikzuschlag, sofern dieser im Jahr 2009 noch nicht ermittelt wurde (§ 291 Abs. 7a SGB V)
9. Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals (§ 4 Abs. 10 KHEntgG). Dieser Zuschlag konnte bereits im Jahr 2009 gefordert werden, so dass dieser Zuschlag über die Jahre zu kumulieren ist.

Zu- und Abschläge

10. Zu- oder Abschlag für Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
11. Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-System (§ 4 Abs. 7 KHEntgG)

Abschläge:

12. Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 4 Abs. 6 KHEntgG. Dieser Abschlag war auch bereits in Vorjahren umzusetzen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass im Jahr 2010 die Konvergenz an den Landesbasisfallwert abgeschlossen ist und alle Krankenhäuser ab 2010 den Landesbasisfallwert in Rechnung stellen. Der Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wird ab 2010 von den Krankenhäusern nicht mehr erhoben. Dieser wurde landeseinheitlich in den Landesbasisfallwert eingegliedert.

Sofern der Telematikzuschlag im Rahmen der Budgetermittlung des Jahres 2009 noch nicht vereinbart wurde ist dieses bei der Budgetermittlung 2010 nachzuholen. Der Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals kann auch im Jahr 2010 mit den Krankenkassen verhandelt werden.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere die vollständige Finanzierung von Leistungssteigerungen, zumindest auf krankenhausesindividueller Ebene. Aufgrund dieser gesetzlichen Regelungen für das Jahr 2010 steht in den Budgetverhandlungen die Leistungsmengenplanung auf der Grundlage des derzeit gültigen Krankenhausplanes im Vordergrund.

Durch die hiermit verbundene Zwangsabsenkung des Landesbasisfallwertes sind die Krankenhäuser auch bei hausindividueller Finanzierung die Verlierer des Systems!

Aufgrund dieser Situation konnten trotz der Genehmigung des Landesbasisfallwertes 2010 zum 01.07.2010 17 Budgetvereinbarungen getroffen werden, die auch bis zum 31.12.2010 genehmigt wurden.

Budgetverhandlungen nach BPfIV

Wir bereits im Jahr 2009 waren auch im Jahr 2010 weitere Leistungssteigerungen im psychiatrischen Bereich zu verzeichnen. Diese Entwicklung mit ständig steigenden Leistungszahlen auch im Jahr 2010 führte auf der Grundlage eines Landespsychiatriekonzeptes dazu, dass sich die Entwicklung zur Neuaufnahme von zusätzlichen Tageskliniken in den Krankenhausplan 2010 fortsetzen. Die Entwicklung der tagesklinischen Plätze stellt sich von 2007 bis 2010 wie folgt dar:

Plätze in der	2010	2009	2008	2007
Kinder- und Jugendpsychiatrie	131	128	117	83
Erwachsenenpsychiatrie	412	330	315	216
Gerontopsychiatrie	20	20	0	0

Die planerischen Änderungen zu den Kapazitäten in den Tageskliniken wurden größtenteils unterjährig eingestellt. Aufgrund dieser zu berücksichtigenden unterjährigen Kapazitätserweiterungen im psychiatrischen Bereich sowie der schwierigen Verhandlungssituation im somatischen Bereich wurden die Budgetverhandlungen in unserem Bundesland für das Jahr 2009 im Jahr 2009 begonnen und im Jahr 2010 zu Ende geführt. Im gleichen Jahr fanden dann auch größtenteils die Verhandlungen für das Budgetjahr 2010 statt.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben sich bis zum Jahr 2008 nur punktuell verändert. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 sind jedoch auch einige bedeutsame Änderungen in die BPfIV vorgenommen worden, die letztlich auch eine bessere Finanzierung dieser Einrichtungen bewirken sollten. In diesem Zusammenhang ist der neu eingefügte § 6 Abs. 4 BPfIV hervorzuheben, mit dem die Personalkosten für die sich nach der PsychPV ergebenden Personalstellen im Ge-

samtbetrag berücksichtigt werden sollen. In der Verhandlungspraxis, auch in Mecklenburg-Vorpommern, zeigt sich jedoch, dass diese Vorschriften nicht hinreichend präzise formuliert wurden und daher auch eine vom Willen des Gesetzgebers abweichende Auslegung durch die Krankenkassen ermöglicht.

In den Verhandlungen der psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen Mecklenburg-Vorpommerns stellt sich dieses Problem wie folgt dar:

Seit Beginn der Deckelung der Krankenhausbudgets im Jahre 1992 finanzieren die Kostenträger in Mecklenburg-Vorpommern größtenteils nur einseitig ermittelte Durchschnittspersonalkosten, die über die Jahre höchstens mit der Grundlohnsummenrate gesteigert wurden, die jedoch in keinem Krankenhaus die Personalkosten für das psychiatrische Fachpersonal decken.

Die Zahl der Personalstellen, die sich aus der Berechnung der Psych-PV ergibt, konnte auch in Vorjahren bereits größtenteils mit den Krankenkassen verhandelt werden. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Regelungen, die im § 6 Abs. 4 BPfIV mit der Veröffentlichung des KHRG formuliert wurden, im individuellen Budget der Krankenhäuser erfüllt wurden.

Für das Budgetjahr 2009 war die auf Bundesebene vereinbarte Berichtigungsrate für das Jahr 2008 in Höhe von 0,55 % zu berücksichtigen. Bei der Budgetermittlung des Jahres 2010 war analog der Budgetermittlung im Krankenhausentgeltbereich die auf Bundesebene vereinbarte Tarifierhöhungsrates entsprechend des Personalkostenanteils im psychiatrischen Bereich in Höhe von 2,5 % umzusetzen.

Nicht immer wurden in der Praxis beide Raten zum Ansatz gebracht. Durch eine umfangreiche Beratung durch die Krankenhausgesellschaft sowie durch landeseinheitliche Absprachen mit den Krankenkassen konnten dennoch in einigen Krankenhäusern diese auf

Bundesebene vereinbarten Berichtungsraten umgesetzt werden. Die Ergebnisse sind als Anlage 8 beigefügt.

Der Gesetzgeber hat mit dem KHRG auch die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgegeben (§ 17d KHG). Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG tangiert derzeit noch nicht die Pflegesatzverhandlungen. Nach den gesetzlichen Vorgaben soll das neue Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt werden. Die vom DRG-System ausgenommenen Krankenhäuser und Fachabteilungen verhandeln daher in Analogie zu den Vorjahren weiterhin einen Gesamtbetrag nach den Vorgaben des § 6 Abs. 1 BPIfV. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Daten, die in Verbindung mit der Einführung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems erhoben werden, keinen Einfluss auf die nach der BPIfV durchzuführenden Pflegesatzverhandlungen ausüben dürfen. Die KGMV wird die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen bei der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems umfangreich beraten und unterstützen

Verhandlung der Ausbildungsbudgets nach § 17 a KHG

Grundlage für die Verhandlung der Ausbildungsbudgets 2010 war, wie bereits in den Jahren 2009 und 2008, eine auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG geschlossene Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG vom 20.12.2007. Gegenstand dieser Vereinbarung ist ein festgelegtes Kalkulationsschema. Diese Vereinbarung auf Bundesebene stellt klar, dass die bei der Ausbildung der Krankenpflegeberufe entsprechend § 2 KHG entstehenden IST-Kosten bei wirtschaftlicher Be-

triebsführung in vollem Umfang von den Kostenträgern zu finanzieren sind.

Ab dem Jahr 2009 wird dieses auf Bundesebene erstellte Kalkulationsschema im Einvernehmen mit den Krankenkassen auch in Mecklenburg-Vorpommern bei der Ermittlung der entsprechenden Ausbildungsbudgets angewandt.

Dennoch werden im Ergebnis der Verhandlungen anhand dieses Kalkulationsschemas nicht immer die von den Krankenhäusern aufgeführten IST-Kosten von den Krankenkassen akzeptiert. Die Krankenkassen versuchen auch weiterhin, die Ausbildungsbudgets im Bereich der theoretischen Ausbildung durch die Grundlohnsummenrate zu deckeln. Die Höhe der Ausbildungsvergütungen für die Auszubildenden in den Krankenhäusern werden grundsätzlich von den Krankenkassen akzeptiert und finanziert.

Bei der Finanzierung für die Praxisanleiter berufen sich die Krankenkassen, wie in den Vorjahren, auf eine Empfehlung des Sozialministeriums, in der festgehalten ist, dass die Praxisanleitung für jeden Schüler in Höhe von 2 Stunden/Woche erfolgen sollte. Diese Anhaltzahlen scheinen jedoch aus heutiger Sicht unter Berücksichtigung der Vorgaben des Krankenpflegegesetzes für nicht mehr zeitgemäß. Aufgrund dieses Sachverhaltes kommt es in den Ausbildungsbudgetverhandlungen immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen den Verhandlungspartnern. Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen nach § 17a KHG sind die IST-Kosten für die Ausbildung der in § 2 KHG aufgeführten Ausbildungsberufe von den Krankenkassen zu finanzieren. Eine Landesempfehlung kann somit nicht die Grundlage für die Berechnung der Kosten für die Praxisanleitung darstellen, sofern andere Kosten von den Krankenhäusern nachgewiesen werden.

Im Rahmen der am 15.07.2010 zwischen dem Land Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch das Mi-

nisterium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, den Landesverbänden der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern und der Krankenhausgesellschaft wurde die anteilige Finanzierung der Personalkosten für die hauptberuflichen Lehrkräfte an den mit Krankenhäusern und Kliniken verbundenen Berufsschulen getroffene Vereinbarung (siehe Anlage 9) neu geregelt. Auch in der Vergangenheit wurden die Personalkosten für die hauptamtlichen Lehrkräfte für die theoretische Ausbildung vom Land getragen. Alle anderen Kosten für die Ausbildungsvergütung, für die Praxisanleitung und Praxisbegleitung u.s.w. werden von den Krankenkassen getragen. Die Kostenerstattung

für die Praxisbegleitung durch die Krankenkassen wurde ab 2010 in o. g. Vereinbarung neu geregelt. Die Berechnung dieses Kostenblockes erfolgt u. a. auf der Grundlage nach amtlicher Schulstatistik ermittelten Schülerzahlen.

Auch mit dieser Vereinbarung auf Landesebene gab es im Rahmen dieser geänderten dualen Finanzierung der Ausbildung in den Krankenhäusern im Jahr 2010 keine Probleme. Zu o. g. Veränderungen bei der Verhandlung der Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG für das Jahr 2010 wurden die Krankenhäuser über eine schriftliche Information sowie im Rahmen eines Workshops umfangreich informiert.

Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Zur Sicherung des Bedarfs an Allgemeinmedizinern in der hausärztlichen Versorgung haben die GKV-Spitzenverbände und die DKG im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bereits 1999 dem gesetzlichen Auftrag entsprechend ein Förderprogramm für den stationären Bereich ins Leben gerufen. Mit Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 i.V.m. Art. 10 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom 22. Dezember 1999 hatte der Gesetzgeber finanzielle Anreize zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gesetzt. Das entsprechende Förderprogramm für den stationären Bereich bestand gemäß der Vereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverbänden und der DKG im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung seit dem 1. Januar 1999. Die finanzielle Förderung sollte gewährleisten, dass die stationären Einrichtungen im ausreichenden Maße Stellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bereitstellen. Die Förderung im Krankenhauswesen ist notwendig, weil der mit der Weiterbildung von Allgemeinmedizinern verbundene Ressourceneinsatz hoch ist und die Ausbildung für fremden Bedarf

erfolgt. Die fünfjährigen Weiterbildungsordnungen für Allgemeinmediziner – von der bis zu 3 ½ Jahre in stationären Einrichtungen absolviert werden können, sehen einen häufigen Abteilungswechsel im Krankenhaus vor, der in hohem Maße interne Kapazitäten bindet und hohe organisatorische Anforderungen stellt.

Um in das Förderprogramm aufgenommen zu werden, muss die Institution nach § 108 SGB V ein zugelassenes Krankenhaus oder nach § 111 SGB V eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag sein. Bei der Abteilung muss es sich um eine nach Landesrecht anerkannte Weiterbildungsstätte handeln und der leitende Arzt muss über eine den Weiterbildungszeitraum des weiterzubildenden Arztes abdeckende Weiterbildungsbefugnis verfügen.

Nahezu alle Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern beteiligten sich an diesem Förderprogramm. Überwiegend wurden Stellen in der Inneren Medizin, aber auch in der Chirurgie, der Pädiatrie, der Psychiatrie, der Gynäkologie, der Orthopädie und der Anästhesiologie umgewandelt.

Im Jahr 2009 konnte sich die DKG mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband über eine gemeinsame Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten und stationären Bereich einigen. Die Vereinbarung trat zum 1. Januar 2010 in Kraft und ersetzte die vorgenannte Vereinbarung zwischen der DKG und den GKV-Spitzenverbänden. Hintergrund der neuen Vereinbarung war die Änderung der gesetzlichen Grundlage des Förderprogramms im Zuge des GKV-OrgWG, die nunmehr u. a. den Abschluss einer dreiseitigen Vereinbarung vorsah. Die neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin enthält für die Krankenhäuser neben der bisherigen Förderung für Weiterbildungsabschnitte im Fachgebiet Innere Medizin in Höhe von 1.020 €/Monat und Vollzeitstelle eine Förderung der Weiterbildungsabschnitte in anderen Gebieten wie Chirurgie, Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin etc. in Höhe von 1.750 € pro Monat und Vollzeitstelle. Das bisherige Antragsverfahren bleibt im Grundsatz erhalten; Anträge und Nachweise sind weiterhin bei der Registrierstelle der DKG einzureichen. Auch die Auszahlung der Förderbeträge an die Krankenhäuser erfolgt über die DKG.

Die neue dreiseitige Vereinbarung sieht die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene vor. Aufgabe dieser Koordinierungsstellen sollen die Organisation und Koordination der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf regionaler bzw. überregionaler Ebene sein. Dazu zählen insbesondere:

- die Organisation von Informationsveranstaltungen und Bereitstellung von Informationsmaterialien
- Initiierung und konkrete Unterstützung von Weiterbildungsverbänden
- Etablierung von Weiterbildungsstellen
- Beratung für Wiedereinsteiger/Umsteigende
- Einbindung weiterer regionaler und lokaler Stellen in die Förderung der hausärztlichen Versorgung
- Information der jeweiligen Förderstelle über das Vorliegen eines Weiterbil-

dungsplanes des Arztes in Weiterbildung

- Gewinnung von Tutoren/Mentoren zur fachlichen/kollegialen Begleitung eines Arztes in Weiterbildung sowie für die Vermittlung in Konfliktfällen zwischen dem Arzt in Weiterbildung und dem Weiterbildungsbefugten
- Evaluation der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie der Qualität der Weiterbildungsstätten.

Die Koordinierungsstelle für das Land Mecklenburg-Vorpommern wurde im März 2010 eingerichtet. Im Rahmen einer zweiseitigen Landesvereinbarung zwischen KGMV und KVMV wurden die landesspezifischen Aufgaben der Koordinierungsstelle geregelt. Die Koordinierungsstelle hat ihren Sitz bei der KVMV. Ziel dieses Koordinierungsgremiums ist die Ausbildung des notwendigen allgemeinmedizinischen Nachwuchses insbesondere durch die Gewährleistung einer reibungslosen, an den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Arztes ausgerichteten Weiterbildung und der Verknüpfung der ambulanten und der stationären Weiterbildungsabschnitte auf der Grundlage der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung. Vorhandene Weiterbildungsangebote sollen möglichst optimal verbunden und zukünftig sinnvoll ausgebaut werden. Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle in Mecklenburg-Vorpommern gehören:

- die Erfassung der landesweit vorhandenen ambulanten und stationären Weiterbildungsangebote
- für jeden Arzt zu Beginn seiner allgemeinmedizinischen Weiterbildung einen individuellen Rotationsplan für den gesamten Weiterbildungsverlauf zu erstellen und die notwendigen Verbindungen zu den stationären und ambulanten Weiterbildungsstellen herzustellen
- im Kontakt zu den ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten auf eine Erweiterung und Verbesserung des Weiterbildungsangebotes hinzuwirken
- zu Beginn der Weiterbildung die zum Erhalt der Förderungsmittel notwendige

sogenannte Identifikationsnummer zu vergeben

- als Vermittlungsstelle für alle in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner befindlichen Ärzte und ambulanten und stationären Weiterbildungsstellen zur Verfügung zu stehen

- regelmäßige Fortbildungsveranstaltung der Ärzte in Weiterbildung zum Erwerb umfassender Kenntnisse und Erfahrungen in Vorbereitung auf die zukünftige Tätigkeit als Hausarzt zu organisieren

- eine enge Zusammenarbeit mit den im Land vorhandenen allgemeinmedizinischen Lehrstühlen zu pflegen und mittels Veranstaltungen und Informationsmaterialien für eine Tätigkeit als Hausarzt in Mecklenburg-Vorpommern zu werben

- bei Konflikten im Bereich der Weiterbildung ggf. unter Einschaltung der zuständigen Stellen zu vermitteln und

- dem Koordinierungsgremium schriftlich und mündlich einmal jährlich über die Tätigkeit zu berichten.

Ausbildungsfonds nach § 17a KHG

Entsprechend § 17a KHG ist die KGMV durch den Gesetzgeber beauftragt, einen Ausbildungsfonds einzurichten, um die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser nicht durch unterschiedliche Ausbildungszuschläge zu gefährden.

Zwischen der KGMV und den Landesverbänden der Krankenkassen fanden bereits im Jahr 2004 Verhandlungen zur Einrichtung eines Ausbildungsfonds statt. Ein Entwurf einer Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung eines Ausbildungsfonds nach § 17a Abs. 5 S. 1 Nr. 1 bis 3 KHG liegt in Mecklenburg-Vorpommern vor. Die praktische Umsetzung der Einführung eines Ausbildungsfonds nach § 17a KHG scheiterte bislang dennoch. Ein großes Problem bei der Errichtung eines Ausbildungsfonds stellt die immer noch nicht gesicherte Anschubfinanzierung dieses Fonds dar.

In anderen Bundesländern wurde eine entsprechende Anschubfinanzierung von Seiten der Länder bzw. der Kostenträger realisiert.

Von der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern wird nicht nur das Problem der Anschubfinanzierung gesehen. Sie kann auch bei Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen der Errichtung eines Ausbildungsfonds nach § 17a KHG in unserem Bundes-

land keine Vorteile für die Krankenhäuser erkennen. Auch nach Einführung des Fonds wird es zu unterschiedlichen Ausbildungszuschlägen in den einzelnen Krankenhäusern kommen, weil eine Verrechnung zwischen den Ausbildungsbudgets der einzelnen Krankenhäuser und den auf Landesebene ermittelten Zuschlägen erfolgen wird. Aus Sicht der Krankenhäuser steht somit der bürokratische Aufwand bei der Finanzierung der Ausbildungsstätten mit Hilfe eines Ausbildungsfonds in keinem Verhältnis zum Nutzen dieser Einrichtung.

Deshalb beschloss die Mitgliederversammlung am 29. November 2007 in Übereinstimmung mit dem Tendenzbeschluss der letzten Mitgliederversammlung der KGMV im Jahr 2006, auf die Etablierung eines Fonds nicht aktiv zuzugehen und die entsprechenden Gespräche und Verhandlungen einstweilen ruhen zu lassen.

Auch im Jahr 2010 wurde kein anderslautender Beschluss gefasst.

Die Geschäftsführung wurde beauftragt darauf zu achten, dass bei einer etwaigen Gefahr einer Ersatzvornahme die Gespräche zielstrebig wieder aufgenommen werden, um schadensbegrenzend einwirken zu können.

Qualitätssicherung

Externe stationäre Qualitätssicherung

Das wachsende Bedürfnis nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen geht einher mit stetig steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung. Dabei steht insbesondere die externe stationäre Qualitätssicherung im Fokus unserer Verbandsarbeit.

Gemäß § 135a SGB V sind zugelassene Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Im Geschäftsjahr 2010 erstreckte sich die Dokumentationsverpflichtung auf 20 indirekte Leistungsbereiche. Indirekte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen unter Einbeziehung der Landesebene. Neu hinzugekommen sind die Neonatologie und die Implantation, der Wechsel und die Revision von Defibrillatoren. Die zu dokumentierenden Leistungsbereiche werden wie alle Vorgaben zur Umsetzung der externen stationären Qualitätssicherung durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt und in der Richtlinie gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V (QSKH-RL) geregelt. Die Umsetzung auf Landesebene erfolgt nach dem Vertrag zur Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V i.V.m. § 112 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 3 SGB V und obliegt dem Lenkungsausschuss, der sich hierzu dreimal im Geschäftsjahr 2010 zu gemeinsamen Beratungen traf. Der Lenkungsausschuss setzt sich aus Vertretern der Verbände der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft zusammen. (Anlage 7) Zusätzlich nehmen Vertreter des Deutschen Pflegerats und des MDK mit beratender Stimme als ständige Gäste an den Sitzungen teil.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen dem Lenkungsausschuss fachgebietspezifische Arbeitsgruppen und das Qualitätsbüro bei der Krankenhausge-

sellschaft als zuständiger Landesgeschäftsstelle für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Seite. Im Geschäftsjahr 2010 waren die Arbeitsgruppen Chirurgie/ Gefäßchirurgie, Gynäkologie/ Geburtshilfe/ Mammachirurgie, Kardiologie/ Radiologie, Orthopädie/ Unfallchirurgie, Pflege und Pneumologie aktiv. Darüber hinaus wurde die Arbeitsgruppe Neonatologie neu berufen. Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus einem Vertreter vom MDK und den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommission Neonatologie der Ärztekammer. Die Zusammenarbeit wurde zwischen der KGMV und der Ärztekammer schriftlich vereinbart. Für die Umsetzung der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist das Qualitätsbüro zuständig. Hierzu gehört neben der Information und Beratung der beteiligten Krankenhäuser insbesondere die Annahme der Datensätze aus den Krankenhäusern und Weiterleitung an die auf der Bundesebene dafür benannte Stelle – das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH“ (AQUA). Mit der Datenannahme und -weiterleitung ist das BQS-Institut beauftragt.

Die Dokumentationsrate aller Krankenhäuser beträgt 99 Prozent.

Nach Abschluss des Erfassungsjahres wird durch das Qualitätsbüro eine Dokumentationsrate ermittelt. Die Ermittlung erfolgt retrospektiv, d.h. am Anfang des Geschäftsjahres werden die gelieferten Datensätze mit den zu dokumentierenden Datensätzen für das vorangegangene Jahr abgeglichen (Soll-Ist-Abgleich). Die hierfür notwendigen QS-Filter-Sollstatistiken wurden von den Krankenhäusern für das Erfassungsjahr 2010 fristgemäß an das Qualitätsbüro übermittelt. Die Dokumentationsrate aller Krankenhäuser beträgt 99,28 Prozent, so dass keine Sanktionen erforderlich wurden (Anlage 11).

Zum Kerngeschäft des Qualitätsbüros gehörten im Geschäftsjahr 2010 die Erstellung von Jahresauswertungen und die Durchführung des Strukturierten Dialoges für das Erfassungsjahr 2009. Die Auswertungsergebnisse werden in anonymisierter Form durch die Arbeitsgruppen auf Landesebene bewertet und beurteilt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen trafen sich hierzu bis zu 2mal im Jahr 2010, um mit Unterstützung des Qualitätsbüros auf auffällige Auswertungsergebnisse hinzuweisen, Qualitätsdefizite festzustellen und Vorschläge zu deren Beseitigung zu erarbeiten. Bei diesem so genannten Strukturierten Dialog geht es darum, den Krankenhäusern Verbesserungspotentiale aufzuzeigen, und so die Behandlungsqualität auf höchstem Niveau anzugleichen.

In 26 Prozent der Fälle führten Falschdokumentationen zu rechnerischen Auffälligkeiten.

Im Rahmen der Jahresauswertung für 2009 wurde der Strukturierte Dialog insgesamt 348-mal ausgelöst, wobei 278 Anfragen mit der Bitte um Stellungnahme und 70 Hinweise zu den Ergebnissen an die Krankenhäuser verschickt wurden. Bei 125 rechnerischen Auffälligkeiten wurde von einer Auslösung des Strukturierten Dialogs abgesehen, da es sich hierbei um Einzelfälle, veränderte Referenzbereiche und/oder niedrige Fallzahlen gehandelt hat. In den meisten Fällen führten begründete Einzelfälle (46 Prozent) und eine falsche Dokumentation (26 Prozent) zu den auffälligen Auswertungsergebnissen. In ca. 12 Prozent der Fälle konnte jedoch das Vorliegen eines Qualitätsdefizits nicht ausgeschlossen werden, so dass diese als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurden. In kollegialen Gesprächen mit den betreffenden Abteilungen wurden gemeinsame Qualitätsziele erarbeitet und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart. Hier bleiben die Ergebnisse der Jahresauswertung für 2010 abzuwarten. Darüber hinaus wurden ca. 12 Prozent der Fälle als dokumentationsauf-

fällig eingestuft. Hier gilt es zukünftig eine verbesserte Dokumentation zu erreichen, um die Reliabilität und die Validität der Ergebnisse sicherzustellen.

Zu den weiteren Aufgaben gehört die Durchführung des Datenvalidierungsverfahrens. Es besteht aus zwei Komponenten – der Stichprobenprüfung und der statistische Basisprüfung. Im Rahmen der Datenvalidierung für 2009 wurden 4 Stichprobenprüfungen (2mal Gynäkologische Operationen und 2mal Ambulant erworbene Pneumonie) durchgeführt. Die Stichprobenprüfung erfolgte durch Herrn Dr. Holzhausen/Rostock und mit Unterstützung durch das Qualitätsbüro.

Die Stichprobenüberprüfung ergab keine gravierenden Dokumentationsdefizite.

Grundsätzlich konnte eine gute personelle Vorbereitung auf die Stichprobenprüfung durch die Krankenhäuser festgestellt werden. In der Regel wurden kompetente Auskunftspersonen vorgefunden bzw. kurzfristig hinzugezogen. Insgesamt liegen die Validitätsquoten der durchgeführten Stichprobenprüfung zwischen 80 und 88 Prozent. Trotz der unterschiedlichen Ergebnisse auch innerhalb der Leistungsbereiche waren jedoch keine gravierenden Dokumentationsdefizite zu vermuten. In einzelnen Datenfeldern erwiesen sich die primären Daten als nicht regelhaft zuverlässig. Daraufhin wurden alle Krankenhäuser in einer EQS-Information für eine korrekte Dokumentation der problembehafteten Datenfelder sensibilisiert und auf die Konsequenzen von invaliden Daten hingewiesen.

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung wurden zusammen mit der Jahresauswertung in den Arbeitsgruppen besprochen und beurteilt. Insgesamt wurden auch hier keine Auffälligkeiten festgestellt.

Die externe stationäre Qualitätssicherung hat im abgelaufenen Geschäftsjahr 2010 den Wechsel der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

(BQS) zum AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH weitestgehend unbeschadet überstanden. Dies ist umso wichtiger, da mit dem Wechsel ein Einbruch bei der Verfahrensbetreuung auf Bundesebene zu befürchten war. Doch mit Unterstützung der Bundesebene durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung – für Mecklenburg-Vorpommern das Qualitätsbüro bei der KGMV - wurden die Probleme und Fragen aus den Krankenhäusern zu den indirekten Verfahren beantwortet. Insgesamt wurden die Vorgaben umgesetzt und die Fristen eingehalten, so dass AQUA bereits an einer Weiterentwicklung der externen stationären Qualitätssicherung arbeitet.

Externe ambulante Qualitätssicherung (AOP)

Gemäß der Vereinbarung nach § 115b SGB V zur Erbringung ambulanter Operationen (AOP) sind niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser zur Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet. Mit dem neuen Vertrag für die Erbringung ambulanter Operationen und stationsersetzender Leistungen nach § 115b Abs. 1 SGB V ist ab dem Jahr 2010 eine Neuregelung zur Qualitätssicherung verbunden. Demzufolge unterliegt nunmehr auch dieser Bereich den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V und nach § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Der geplante Einsatz einer Bundeskommission zur näheren Ausgestaltung der Qualitätssicherung in diesem Bereich ist damit hinfällig geworden. Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen diese Änderung hat. Bisher sind keine konkreten Beschlussvorlagen seitens des gemeinsamen Bundesausschusses bekannt

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung wurde im Geschäftsjahr 2010 endlich die Richtlinie gemäß § 92

Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V i.V. mit § 137 Absatz 1 Nr. 1 SGB V (kurz: Que-sü-RL) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Trotz Beanstandungen durch das Bundesministerium für Gesundheit konnte so mit der Schaffung der erforderlichen Strukturen auf Landesebene begonnen werden. Die KGMV hatte sich hierzu bereits frühzeitig mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern zusammengesetzt und mit der Erarbeitung eines Vertragsentwurfes begonnen. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung wurde ebenfalls eingebunden. Schnell zeigte sich, dass die sektorenübergreifende Qualitätssicherung anders zu strukturieren ist als die externe stationäre Qualitätssicherung. Dennoch wurde die Nutzung vorhandener Ressourcen angestrebt, um Synergieeffekte zwischen den beiden Qualitätssicherungsverfahren zu erzielen. Hilfreich bei den Vertragsgesprächen war die Absichtserklärung der potentiellen Vertragspartner zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung aus dem Jahr 2008, wo bereits grobe Strukturen vereinbart waren. Auf dieser Basis und aufgrund der großen Kompromissbereitschaft aller Beteiligten konnte bereits Ende 2010 der Vertragsentwurf weitestgehend konsentiert werden, so dass Mecklenburg-Vorpommern bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt. Für 2011 ist die Vertragsunterzeichnung vorgesehen. Daneben sind eine Geschäftsordnung für das zu bildende Lenkungsgremium und die zu bildenden Fachkommissionen zu erstellen.

Das AQUA-Institut als zuständige Institution für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung hat zwischenzeitlich mit der Entwicklung der ersten Verfahren

- Kataraktoperationen,
 - Konisation,
 - Perkutane Koronare Angioplastie (PTCA) und
 - Kolorektales Karzinom (Darmkrebs)
- begonnen. Bereits Ende 2010 wurden die Konzepte zur Entwicklung der Indikatoren, Instrumente und notwendigen

Dokumentation für die Kataraktoperationen und Konisation vom G-BA abgenommen. Hierzu wurden unabhängige Fachexperten-Panels gebildet, die auch durch Experten aus dem Krankenhausbereich besetzt wurden. Die KGMV hat über die Gremien der DKG aktiv an der Konzeptbewertung mitgewirkt. Für 2012 ist mit dem ersten Probebetrieb zu rechnen, so dass die Strukturen für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf Landesebene dann existent sein müssen.

Qualitätssicherungsstelle bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Das Qualitätsbüro beteiligte sich an den Beratungen der „Gemeinsamen Qualitätssicherungsstelle“ unter dem Dach der Ärztekammer, bei der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammer und der KGMV ihre Erfahrungen aus ihren jeweiligen Qualitätssicherungsprojekten austauschen. Im Rahmen dieser Beratungen wurden u.a. folgende Projekte und In-

halte thematisiert: Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, QS Hämotherapie, QS Gynäkologische Zytodiagnostik, Ringversuche Mikrobiologie und Immunhämatologie und Neonatalerhebung in Mecklenburg-Vorpommern. Besonders die Überführung der Neonatalerhebung von einem landesweiten Qualitätssicherungsverfahren in ein bundeseinheitliches Verfahren stand hierbei im Mittelpunkt. Nach dem Abschluss einer Vereinbarung zwischen der Ärztekammer und der KGMV konnte die Arbeitsgruppe für die stationäre Qualitätssicherung im Leistungsbereich Neonatologie zusammengestellt werden. Neben einem Vertreter des MDK werden die anderen Mitglieder durch die Qualitätssicherungskommission Neonatologie bei der Ärztekammer gestellt. In Vorbereitung der zukünftigen Tätigkeit in der Arbeitsgruppe hat die Qualitätssicherungskommission das Qualitätsbüro zu einer gemeinsamen Beratung eingeladen. Hier wurde seitens des Qualitätsbüros über die Organisation und Verfahrensabläufe in der externen stationären Qualitätssicherung informiert.

Qualitätssiegel medizinische Rehabilitation

Seit 2002 wird durch die Krankenhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Bäderverband und dem Landesverband der Privatkliniken in Mecklenburg-Vorpommern das „Qualitätssiegel Medizinische Rehabilitation“ verliehen. Dieses Akkreditierungsverfahren wurde entwickelt, um die Rehabilitationskliniken in ihrer Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement zu unterstützen. Anhand eines 20 Kriterien umfassenden Kataloges weisen die Rehabilitationskliniken die Wirksamkeit ihres bestehenden internen Qualitätsmanagements in einem Audit vor Ort nach. Die Klinik erhält im Anschluss einen Feedback-Bericht, in dem Stärken und Verbesserungspotentiale aufgezeigt wer-

den. Das Qualitätssiegel wird für einen Zeitraum von drei Jahren vergeben und soll als Entscheidungshilfe für Patienten, Ärzte und Kostenträger dienen. Um diesem Ansinnen Nachdruck zu verleihen, hat die Sozialministerin die Schirmherrschaft über dieses Verfahren übernommen. Im Ergebnis haben bisher sechs Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern das Qualitätssiegel erworben (Anlage 12).

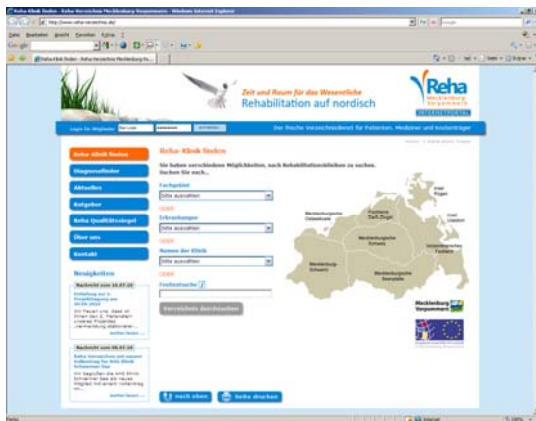
Nachdem nunmehr die BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) beschlossen hat, dass ausschließlich zugelassene Zertifizierungsverfahren von den Kostenträgern anerkannt werden, war zu überlegen, ob für das Qualitätssiegel eine Zulassung angestrebt werden soll. Aufgrund der Vielzahl von zugelassenen Zer-

tifizierungsverfahren, die auch zu großen Teilen bereits von den Reha-Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern erworben wurden, und der relativ kurzen Frist, um eine Zulassung durch die BAR zu erhalten, haben die drei tragenden Verbände

vereinbart, keine Zulassung anzustreben, sondern stattdessen das Qualitätssiegel als Marketinginstrument umzugestalten und damit zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Weitere Gespräche hierzu werden geführt. Bis dahin wird das Qualitätssiegel in gewohnter Weise fortgeführt.

Vermarktung der Reha-Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern

Im Rahmen des Projektes zur Vermarktung stationärer Rehabilitationsleitungen zwischen der KGMV, dem Landesverband der Privatkliniken und dem Bäderverband in Mecklenburg-Vorpommern stand im Geschäftsjahr 2010 die Umsetzungen weiterer Projektschritte im Vordergrund. Auf der Kick-off-Veranstaltung im Februar 2010 wurde den Reha-Kliniken, Kostenträgern und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen das Internetportal www.reha-verzeichnis.de vorgestellt.



Das Internetportal ist ein Verzeichnisdienst mit Informationen zur Organisation, zum medizinischen Angebot und zur Ausstattung der Rehabilitationskliniken in elektronischer Form. Profile aller Kliniken gestatten einen umfassenden und differenzierten Überblick über die verfügbaren Rehabilitationsmöglichkeiten in Mecklenburg-Vorpommern. Die Profilpflege obliegt jeder Einrichtung selbst. Über einen internen Zugang können so die Daten tagesaktuell gehalten werden. Zum

Starttermin waren 20 Reha-Kliniken mit einem Volleintrag vertreten. Im Laufe des Geschäftsjahres konnten weitere 7 Kliniken für einen Volleintrag gewonnen werden.

27 Kliniken im Reha-Verzeichnis vollumfänglich eingetragen

Ebenfalls auf der Kick-off-Veranstaltung wurde die Marketinganalyse der Firmen projektM und keck medical vorgestellt. Die Analyse kommt zu dem Schluss, dass der erste Gesundheitsmarkt weitestgehend ausgeschöpft ist, so dass der Fokus verstärkt auf den zweiten Gesundheitsmarkt zu richten ist. Den Reha-Kliniken wurde hierfür ein Leitfaden zur Verfügung gestellt.

Auf der 2. Projekttagung im September 2010 wurde durch den Bäderverband das neu gestaltete Therapiebuch vorgestellt sowie die Umsetzung des Teilprojektes „Infotelefon“ diskutiert. In einer Befragung der Reha-Kliniken hatte sich die Mehrheit gegen die Einrichtung eines Infotelefons ausgesprochen. Alternativ wurde durch die Projektpartner die Erstellung eines Imagefilms vorgeschlagen. Nach Rücksprache mit dem Wirtschafts- und Sozialministerium wurde im Herbst 2010 eine Änderung des Projektes beim Landesförderinstitut eingereicht, so dass Ende 2010 die Erstellung des Imagefilms ausgeschrieben werden konnte. In einer ersten Ausschreibungsrunde wurden keine adäquaten Angebote abgegeben, so dass eine zweite Ausschreibungsrunde

stattfind. Mit dem Ergebnis wird Anfang 2011 zu rechnen sein. Daneben sind weitere Maßnahmen zur Vermarktung der Marketinginstrumente Internetportal, Therapiebuch und Imagefilm

geplant. Dafür wurden auf Empfehlung der Marketinganalyse die Regionen Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin als Zielgebiete definiert.

Zentrale Auswertung der Klinischen Krebsregister in Mecklenburg-Vorpommern

Im Oktober 2010 konfrontierte das Sozialministerium die Krankenhausgesellschaft mit dem gesundheitspolitischen Interesse des Landes Mecklenburg-Vorpommern an einer landesweiten Auswertung der Krebsregisterdaten und deren Nutzung für die Qualitätssicherung. Nach den Vorstellungen des Sozialministeriums sollte hierzu eine gemeinsame Datenauswertestelle für die regionalen Klinischen Krebsregister errichtet und durch eine Vereinbarung auf eine verbindliche Grundlage gestellt werden.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es vier regionale Klinische Krebsregister an den onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern Greifswald, Neubrandenburg, Rostock und Schwerin. Diese werden durch die Krankenkassen nach § 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) über Zuschläge finanziert. Die Klinischen Krebsregister tragen regionalbezogen zu einer verlaufsbegleitenden Dokumentation zur Darstellung der onkologischen Versorgungsqualität, zur Qualitätsberichterstattung sowie zur Schaffung von Qualitätstransparenz in der onkologischen Versorgung bei. Dies entspricht der Zielsetzung des Nationalen Krebsplanes. Für Mecklenburg-Vorpommern ist dieses Ziel jedoch im landesweiten Kontext zu sehen, da aufgrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 mit einer Zunahme von Krebserkrankungen um mehr als 22 % gegenüber 2005 zu rechnen ist und die onkologische Behandlung zugleich einer der größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen darstellt.

Derzeit kann der Anspruch einer landesweiten Darstellung der Versorgungsqualität, der Qualitätsberichterstattung und Herstellung von Versorgungstransparenz durch die Klinischen Krebsregister nicht erfüllt werden, da die Daten der regionalen Klinischen Krebsregister inhomogen sind und nicht vollständig erfasst werden. Zudem fehlt eine rechtliche Grundlage für die Einbindung der medizinisch relevanten Meldungen der Pathologen und es erfolgt keine systematische und umfassende landesweite Auswertung. Deshalb ist eine einheitliche Erfassung der Daten, eine Vernetzung der regionalen Krebsregister und eine landesweite Auswertung durch eine zentrale Einrichtung erforderlich. Überdies haben die Krankenkassen die künftige Finanzierung der regionalen Krebsregister an eine zentrale Datenzusammenführung und -auswertung gebunden.

Die Krankenhausgesellschaft schlägt Zusammenführung von Krebsregistrierung und Qualitätssicherung vor.

Die Krankenhausgesellschaft hat daraufhin in einer weiteren Beratung im Dezember 2011 dem Sozialministerium vorgeschlagen, die zentrale Datenauswertung der Klinischen Krebsregister als ein landesweites Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu implementieren. Nach Auffassung der Krankenhausgesellschaft können so Synergieeffekte zwischen den Klinischen Krebsregistern und den bestehenden Verfahren der stationären und vor allem den zukünftigen Verfahren

der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung optimal genutzt werden. Dies entspricht auch der Forderung des Nationalen Krebsplanes unter dem Ziel 8 (Krebsregister), möglichst Doppeldokumentationen und doppelte Verfahrensstrukturen zu vermeiden.

Die Krankenkassenverbände in Mecklenburg-Vorpommern zeigten sich aufgeschlossen gegenüber dem Vorschlag der Krankenhausgesellschaft. Daraufhin fand noch im Dezember 2010 eine außerordentliche Sitzung des Lenkungsausschuss nach § 5 des Vertra-

ges zur Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V i.V.m. § 112 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 3 SGB V statt. Hier wurde der Vorschlag beraten und ein Nachfolgetermin im Januar 2012 vereinbart. Parallel dazu hatte das Sozialministerium zugesagt, den Vorschlag ergebnisoffen zu prüfen. Wie die weitere Entwicklung gezeigt hat, wurde durch das Sozialministerium jedoch ein Klinisches Krebsregistergesetz auf den Weg gebracht mit der Zielsetzung einer abschließenden Lesung des Landtages im Juni 2011. Hierüber wird im nächsten Geschäftsjahr zu berichten sein.

Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V

Die KGMV unterstützte die Mitgliedskrankenhäuser bei der Antragsstellung sowie im Genehmigungsverfahren. Im September 2009 wurde zur Erleichterung des Abrechnungsverfahrens eine Vereinbarung über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V zwischen der KGMV und den Kostenträgern verabschiedet.

Zum Ende des Berichtsjahres hatten sieben Krankenhäuser insgesamt 12 Zulassungsbescheide auf Erbringung

von Leistungen gem. § 116b SGB V durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit erteilt bekommen. Für alle 12 Genehmigungsbescheide hat die Kassenärztliche Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern Klage beim Sozialgericht eingereicht. Den Mitgliedskrankenhäusern wurde daher von der KGMV ein Musterschreiben zur Verfügung gestellt, wonach diese den sofortigen Vollzug beim Ministerium für Soziales und Gesundheit beantragen können.

Geriatric in Mecklenburg-Vorpommern

Mit der Entscheidung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit, im Rahmen der Fortschreibung des 4. Krankenhausplanes, geriatric Kapazitäten nicht gesondert auszuweisen, erhielt die KGMV aus dem Mitgliedsbereich bereits im Jahr 2008 den Auftrag, die Grundsätze zur Versorgung geriatric Patienten in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen eines Geriatrickonzeptes zu regeln. Die KGMV hatte sich dieser Aufgabe gestellt und eine

Arbeitsgruppe „Geriatric“ einberufen, in der erfahrene Geriatric aus den Akutkrankenhäusern und aus den Rehabilitationskliniken sowohl separat als auch gemeinsam mit großem Engagement gearbeitet haben. Im Ergebnis war ein Konzept entstanden, in dem die Geriatric unter medizinischen Gesichtspunkten fachlich kompetent für den stationären Bereich definiert wurde. Dieses Konzept ist geeignet, den Medizinern in den Krankenhäusern und Rehabilitati-

onskliniken als Leitlinie für die Versorgung geriatrischer Patienten zu dienen. Die Übergabe dieses Geriatriekonzeptes an die Ministerin für Soziales und Gesundheit erfolgte am 10. Februar 2009. Ebenso wurde das Konzept im Rahmen einer Landespressekonferenz der Öffentlichkeit bekannt gegeben.

Das Geriatriekonzept der KGMV fand nicht nur große Akzeptanz bei den Akut- und Rehabilitationskliniken, sondern auch bei der Ärztekammer und den Krankenkassen des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Die KGMV hat sich bei Übergabe des Geriatriekonzeptes an das Ministerium für Soziales und Gesundheit dafür ausgesprochen, dass dieses als spezieller Teil der Leistungserbringer in den Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern eingearbeitet wird.

Da zu einem Konzept der Leistungserbringer neben dem stationären Bereich auch der ambulante Bereich gehört, hat sich die KGMV bereit erklärt, auf die Kassenärztlichen Vereinigung des Landes Mecklenburg-Vorpommern zuzugehen und den Vorschlag zu unterbreiten, das Geriatriekonzept der KGMV um den ambulanten Bereich zu erweitern. Die zum Ende des Jahres 2009 aufgenommenen Gespräche wandelten sich im Berichtsjahr zu intensiven Beratungen der KGMV und KVMV. Am 6. Mai 2010 übergaben KGMV und KVMV

ein gemeinsames Geriatriekonzept an die Ministerin für Soziales und Gesundheit. Mit diesem Konzept unterbreiteten die Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Vereinigung namens der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und niedergelassenen Ärzten allen Partnern in der Versorgung geriatrischer Patienten ein Angebot zur Bewältigung der vorstehenden Aufgaben bei der komplexen und qualifizierten Behandlung und Betreuung der Patienten.

Da das Ministerium für Soziales und Gesundheit dem Wunsch der Leistungserbringer nicht gefolgt war, das vorgelegte Geriatriekonzept als eigenständigen Teil der Leistungserbringer in den Geriatrieplan aufzunehmen, wurden KGMV und KVMV aufgefordert, das Geriatriekonzept in den Entwurf des Geriatrieplanes für das Land Mecklenburg-Vorpommern einzuarbeiten. Auch dieser Aufgabe haben sich KGMV und KVMV gestellt und am 22.12. des Berichtsjahres den Entwurf eines Geriatrieplanes für das Land Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen eines abschließenden Gespräches an das Ministerium für Soziales und Gesundheit übergeben.

Anmerkung: Am 24. Juni 2011 stellte das Sozialministerium den fertig gestellten Geriatrieplan der Öffentlichkeit vor.

Versorgung adipöser Patienten in Mecklenburg-Vorpommern

Im Juli 2010 fand ein Runder Tisch zur flächendeckenden Versorgung adipöser Patienten in Mecklenburg-Vorpommern statt. Der Initiator dieser Veranstaltung war die Selbsthilfegruppe (SHG) Lichtblick trotz Übergewicht. Dies ist eine SHG für konservative und operative Adipositas therapie in Rostock und Mecklenburg-Vorpommern. Eingeladen zu dem Runden Tisch waren zahlreiche Krankenhäuser, die Krankenkassen, der MDK, das Sozialministerium, die

KGMV, die KVMV, verschiedene Vereine und Netzwerke aus diesem Versorgungsbereich und Betroffene.

Ziel des runden Tisches ist es, eine konzertierte Aktion der Akteure im Gesundheitswesen für eine verbesserte Versorgung der an Adipositas leidenden Menschen zu initiieren. Die Teilnehmer bekräftigten die Notwendigkeit eines einheitlichen Konzeptes für Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wurde

deutlich, dass es eine enge Verknüpfung zwischen der konservativen und der chirurgischen Adipositas­therapie gibt. Im Ergebnis dieser Gesprächsrunde wurden daher zwei Arbeitsgruppen für die Konzeptentwicklung gebildet; eine für die konservative und eine für die operative Adipositas­therapie. Die KGMV hat auf Anfrage angeboten, diese Arbeitsgruppen moderierend zu unterstützen.

Krankenhausgesellschaft übernimmt Leitung der Arbeitsgruppen für die Konzepterstellung.

Bereits im September 2010 fanden die ersten konstituierenden Sitzungen beider Arbeitsgruppen unter Moderation der Krankenhausgesellschaft statt. Im Mittelpunkt der Arbeitsgruppe chirurgische Adipositas­therapie stand die Frage, welches Krankenhaus zukünftig bariatrische Operationen durchführen soll. Hierzu gibt es differente Auffassungen zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen, so dass als Minimalkonsens die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie konsentiert wurde. Überdies stehen verschiedene Zentrenbildungen an. Ebenso wurde die Zulassung von Tageskliniken beantragt, so dass die Arbeitsgruppe ihre Tätigkeit zunächst ruhen lässt.

Die Arbeitsgruppe konservative Therapie steht vor der Herausforderung, bisher fehlende Versorgungsstrukturen zu definieren und Therapieinhalte zu kon-

sentieren. Dies macht es erforderlich, die Krankenkassen bereits in die Konzeptentwicklung mit einzubeziehen, um letztendlich eine Finanzierung zu gewährleisten. Als wichtiger Baustein gilt hierbei die Auswahl eines geeigneten Patientenschulungsprogramms. Im Rahmen des Runden Tisches wurde das Patientenschulungsprogramm Doc Weight© vorgestellt, welches aktuell durch den MDS hinsichtlich einer Anerkennung als ergänzende Leistung zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V geprüft wird. In diesem Programm werden Patienten mit Adipositas durch ein Team von Ärzten, Psychologen, Ernährungstherapeuten und Sportlehrern ein Jahr lang ambulant versorgt. Diese Multiprofessionalität ist Grundvoraussetzung für die Versorgung adipöser Patienten und wird daher in erster Linie in Krankenhäusern zu finden sein. Daneben ist der vertragsärztliche Versorgungsbereich einzubinden, da den Hausärzten im Rahmen der Konzeption eine wichtige Steuerungsfunktion zugeordnet ist.

Für Januar 2011 ist der nächste Runde Tisch geplant, an dem u.a. über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe für die Versorgung von adipösen Kindern- und Jugendlichen beraten wird. Darüber hinaus wird es die Aufgabe der Runden Tisches und der Arbeitsgruppen sein, gemeinsam dafür Sorge zu tragen, zeitnah adäquate Versorgungsstrukturen zu etablieren

Auslandsaktivitäten der KGMV

Zur Unterstützung der Marketingaktivitäten der Mitgliedskrankenhäuser hat die KGMV ihre Aktivitäten, wie bereits in der Vergangenheit, auch im Berichtsjahr im Ausland fortgeführt und weiterentwickelt. Diese Aktivitäten dienen insbesondere dem Erfahrungsaustausch und der arbeitsteiligen Kooperation mit Fachleuten in anderen Ländern und Regionen. Sie dienen ebenfalls der

Unterstützung der Kliniken bei der Akquisition von Mitarbeitern und auch von Patienten.

Vom 29. bis 30. Januar 2010 beteiligte sich der Geschäftsführer der KGMV auf Einladung der Österreichischen Ärztekammer an dem Österreichischen Ärztekongress, der regelmäßig Ende Januar jährlich in Wien stattfindet. Ge-

meinsam mit Herrn Kahl von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern konnte der Geschäftsführer der KGMV über das Thema „Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin in Mecklenburg-Vorpommern“ referieren und mit den Kollegen aus Österreich und Teilnehmern aus anderen deutschen Bundesländern diskutieren.

Vom 8. bis 10. April beteiligte sich der Geschäftsführer der KGMV an einer Studienreise der Deutschen Krankenhausgesellschaft in die polnischen Woiwodschaften Lebus (Lubuskie) und Niederschlesien (Dolnoslaskie). Gesprächspartner waren die Geschäftsführungen der Kliniken in Grünberg (Zielona Gora), Breslau (Wroclaw) und Hirschberg (Jelenia Gora). Beratungsgegenstände waren neben dem Austausch der Erfahrungen im Finanzierungssystem (GKV bzw. nationaler Gesundheitsfonds) und auch die Themen Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal und Entwicklung der Möglichkeiten der Telemedizin.

Die Geschäftsstelle der KGMV beteiligte sich vom 6. bis 9. Juni 2010 mit mehreren Mitgliedskrankenhäusern auf Einladung der Österreichischen Ärztekammer an einer Jobbörse an den Universitätsstandorten in Österreich, um Medizinstudenten die Möglichkeit einer Weiterbildung zum Facharzt in Mecklenburg-Vorpommern als Option vorzustellen.

Gemeinsam mit der Ministerin für Soziales und Gesundheit, Frau Manuela Schwesig, besuchte der Geschäftsführer der KGMV vom 19. bis 21. Oktober 2010 das Königreich Schweden, um

dort mit Vertretern der Regierung und der kommunalen Selbstverwaltung, welche Trägerin der Finanzierung der medizinischen Leistungen ist, über die Möglichkeiten der Kooperation zu beraten. Auch hier standen, wie bereits bei den polnischen Nachbarn die Themen Aus- und Weiterbildung, Telemedizin und Behandlung von Patienten im jeweils anderen Land im Mittelpunkt der Beratungen.

Vom 29. bis 30. Oktober des Berichtsjahres beteiligte sich die Geschäftsstelle der KGMV an einer Jobbörse für Mediziner in Prag.



Zahlreiche Ärzte aus Tschechien, aber auch aus der Slowakei und Ungarn, informierten sich auf diesem Kongress, der gleichzeitig Fachtagung und Jobbörse war, über die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und Weiterbildung in der Tschechischen Republik und Deutschland. Auch hier konnte der Geschäftsführer der KGMV mit einem Fachvortrag über die spezifischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Weiterbildung und Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern informieren.

Veranstaltungen/ Meetings

Wie in den Vorjahren wurden auch im Jahr 2010 Seminare, Workshops und Informationsveranstaltungen in eigener Trägerschaft oder gemeinsam mit anderen Verbänden durchgeführt.

Die Themen betrafen in diesem Jahr insbesondere:

- die Vorbereitung der Budgetverhandlungen
- die zähen Verhandlungen zum LBFW 2010
- die Änderungen bei den psychiatrischen Krankenhäusern

Überblick:

Datum	Thema	Veranstalter	Ort
19./20.01.	EBM-Seminar	KGMV	Tri-Hotel Rostock
09./10./11.02.	Workshop zur Auswirkungen des LBFW 2009 auf die Budgets	KGMV	KGMV-GST
24.03.	Info-Veranstaltung zur Vorbereitung der Job-Börse in Österreich	KGMV / KG Brandenburg	KG Brandenburg
13.04.	Info-Veranstaltung zur Prozedurenverschlüsselung und Kodierrichtlinien in der Psychiatrie	KGMV / KG Brandenburg	Inselhotel Potsdam Hermannswerder
03.05.	Info-Veranstaltung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	KGMV	Tri-Hotel Rostock
12.05.	7. KHS-Umwelttag M-V	KGMV	Alfried Krupp Kolleg Greifswald
29.06.	Auswirkungen des Vergleichs zum LBFW 2010 auf die Budgetverhandlungen 2010	KGMV	Tri-Hotel Rostock
01./02./06.07.	Workshop zur Umsetzung LBFW 2010	KGMV	KGMV-GST
08.07.	Informationsveranstaltung für psychiatrische Krankenhäuser	KGMV	InterCity Hotel Schwerin
12.10.	KH-Tag / 20-Jahre KGMV und Mitgliederversammlung	KGMV	Crowne Plaza Hotel Schwerin
09.11.	Info-Veranstaltung zum Krankenhausrecht	KGMV	Tri-Hotel Rostock
06.12.	Info-Veranstaltung zu den Ambulanten Kodierrichtlinien	KGMV	Tri-Hotel Rostock
09.12.	Workshop für MedizinController	KGMV	Tri-Hotel Rostock

Öffentlichkeitsarbeit

Die **Homepage der KGMV** wurde auch im Jahr 2010 weiter überarbeitet. Hierbei wurde auf professionelle Unterstützung von Marketingfirmen gesetzt. Für weitere Anregungen aus dem Mitgliederbereich, die die Arbeit mit diesem Informationsmedium verbessert, sind wir dankbar.

Auf der Homepage der KGMV befindet sich ein Überblick über alle Mitgliedskrankenhäuser, welcher inhaltlich mit dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) verlinkt ist. Wir möchten auch an dieser Stelle darauf verweisen, dass für die Pflege der dort enthaltenen Datensätze **jedes Krankenhaus selbst verantwortlich ist.**

Bereits zum Jahresende 2008 ist die aktuelle Pflege dieses Verzeichnisses **online gestellt** worden. D.h., die Pflege erfolgt mit dem Erfassungstool IPQ auf der Homepage der DKTIG, mit dem der Qualitätsbericht bereits erstellt oder auch einfach nur importiert werden kann. Die Inhalte des Qualitätsberichtes werden hierbei übernommen, und weitere Inhalte können darüber hinaus ergänzt werden.

Die Beseitigung des Ärztemangels war auch im Jahr 2010 wieder ein aktuelles Thema. Die Krankenhausgesellschaft hat deshalb zum fünften Mal, als eine Möglichkeit der Akquirierung von Ärzten, an der **Job-Börse in Österreich vom 07. bis 09. Juni**, an den Universitätsstandorten Innsbruck, Graz und Wien teilgenommen.



Mehr Informationen zur Job-Börse finden Sie auf unserer Homepage in der Rubrik „Auslandsaktivitäten“.

In diesem Jahr hat sich die KGMV wiederholt aktiv an der Jobfactory 2010 **am 22. September in Rostock**, einer Nachwuchsmesse für alle Branchen, gemeinsam mit einigen Krankenhäusern, beteiligt. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung sollte schon jetzt u.a. auch für den Pflegebereich auf den Arbeitsplatz „Krankenhaus“ aufmerksam gemacht werden.



Zur Werbung für unsere Mitgliedskrankenhäuser und -rehabilitationskliniken steht eine **Imagebroschüre** zur Verfügung. In dieser Broschüre wird ein Kurzportrait des jeweiligen Krankenhauses bzw. der Reha-Klinik dargestellt, sowie für das Leben und Arbeiten in Mecklenburg-Vorpommern geworben. Auch diese Broschüre finden Sie in der Rubrik „Auslandsaktivitäten“ unserer Homepage.

Speziell für die Vermarktung der Rehabilitationskliniken wurde auf der Homepage der KGMV ein so genanntes Reha-Verzeichnis (**Reha-VZ**) integriert, um die Leistungen der Rehabilitationskliniken unseres Bundeslandes noch weiter im gesamten Bundesgebiet bekannt zu machen.



Alle Rehabilitationskliniken sind mit einem Basiseintrag enthalten. Interessierte Einrichtungen erhalten einen Volleintrag. Einzelheiten hierzu sind mit der Geschäftsstelle der KGMV abzustimmen.

Neben zahlreichen Pressemitteilungen, Interviews und Statements ist u.a. auf die **Veröffentlichung des Geriatriekonzeptes** der Leistungserbringer im Rahmen der Landespressekonferenz am 25. Mai 2010 zu verweisen.

Schließlich fand am 05.10.2010 eine **Landespressekonferenz in Schwerin mit dem zentralen Thema „Krankenhaus“** statt. Frau Wegner und der GF der KGMV konnten hier der Öffentlichkeit die Auswirkungen der erneuten Sparpolitik des Bundes erläutern.



Am Vorabend des **20. Gründungsjubiläums der KGMV am 11. Oktober 2010**, gab der Vorstand der KGMV einen Empfang, der sowohl der Öffentlichkeitsarbeit wie auch der politischen Verbandsarbeit diene.



Den Festvortrag hielt Herr Prof. Dr. Dr. Fritz Beske (IGSF in Kiel) zum Thema „Gesundheitspolitik von heute für die Gesundheitsversorgung von morgen“.



In seinem Vortrag zeigte Herr Prof. Beske, für seine mahnenden und klaren Worte bekannt, die mit Sicherheit eintretende Entwicklung und daraus abzuleitende Handlungslinien auf.

Durch die große Beteiligung der Vertreter der Krankenhäuser, der Vertreter aller demokratischer Parteien des Landes Mecklenburg-Vorpommern, zahlreicher mit der KGMV kooperierender Verbände und Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger und insbesondere der Landesregierung sowie der Vertreter der öffentlichen Medien konnten sowohl zielführend über die Thematik des Festvortrages diskutiert als auch zahlreiche bi- und multilaterale Themen am Rande der Festveranstaltung beraten werden.

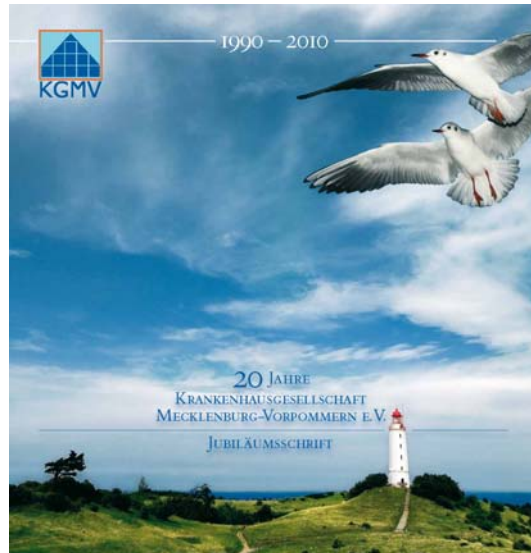


Als Saldo dieser abendlichen Fach- und Festveranstaltung bleibt bestehen, dass die KGMV sich in den 20 Jahren ihrer bisherigen Existenz einen beachtlichen und beachteten Ruf als ernstzunehmender, streitbarer und zielorientierter

Partner in Mecklenburg-Vorpommern und darüber hinaus erworben hat.



In einer ansprechenden und informativen Festbroschüre gibt die KGMV Einblicke in die bisherigen 20 Jahre ihres Wirkens.



Allen Teilnehmern an dem Empfang der KGMV aus Anlass ihres 20-jährigen Bestehens sei sehr herzlich für diese eindrucksvolle Bekundung ihres Interesses an unserer Arbeit gedankt.

Arbeitskreis „Umweltschutz im Krankenhaus“

Das Berichtsjahr war durch einen überaus erfolgreichen Krankenhausumwelttag, welcher am 12. Mai im Hörsaal der Stiftung des Alfred-Krupp-Kolleg in Greifswald stattfand, geprägt.

Die Schirmherrschaft für diesen Umwelttag hatte der Minister für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Herr Jürgen Seidel, übernommen.



Mit weiteren Fachreferaten waren das Ministerium für Soziales und Gesundheit, das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) und das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz des Landes Mecklenburg-Vorpommern vertreten. Die Sprecher der Arbeitsgruppen „Abfallentsorgung“ und „Wasserversorgung/Abwassertechnik/Energie“ hatten in Vorbereitung auf den Krankenhausumwelttag eine Abfrage im Mitgliedsbereich durchgeführt und in Form eines Benchmarking Vorträge für den 7. Krankenhausumwelttag vorbereitet. Dabei wurde das Gesamtabfallaufkommen der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern analysiert, die Zuordnung der Abfälle nach Abfallschlüssel entsprechend der LAGA-Richtlinie vorgenommen, ökologisch relevante Betriebsdaten erfasst, transparente Betriebsabläufe dargestellt, auf

betriebliche Schwachstellen sowie auf die Nutzung von Optimierungspotentialen in eigenen Einrichtungen hingewiesen. Des Weiteren wurden der Stromverbrauch, der Wasserverbrauch und der Wärmeverbrauch der Krankenhäuser ins Verhältnis zu den Kosten gesetzt. Bei den vorgenannten Benchmarking wurden die Krankenhäuser in Kategorien eingeteilt. Unterstützt wurde der 7. Krankenhausumwelttag der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern durch fünf Fachfirmen, die ihre Technologien und Produkte in hervorragender Weise präsentierten und zwei Firmen zusätzlich Fachreferate hielten.



Auch der BUND engagierte sich bei dieser Fachtagung. Insgesamt zählte der 7. Krankenhausumwelttag 54 Teilnehmer.



Neben den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken aus Mecklenburg-Vorpommern konnten auch Gäste aus den Krankenhäusern der Bundesländer Schleswig-Holstein und Hamburg begrüßt werden.

Sämtliche Referate des Krankenhausumwelttages wurden in einem Tagungsband zusammengefasst und auf die Homepage der KGMV gestellt.

Mitwirkung in Gremien außerhalb der KGMV

Im Berichtszeitraum wirkten Vertreter der KGMV als Mitglieder in verschiedenen Arbeits- und Beschlussgremien (Fachausschüsse, Kommissionen, Arbeitsgruppen) - insbesondere im Bereich der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit (Anlage 7).

Zu den Gremien und „Bänken“ der **DKG**, in denen Vertreter der KGMV mitwirken, gehören:

- Mitgliederversammlung
- Vorstand
- Präsidium
- Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung
- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Fachausschuss Recht und Verträge
- Kommission „Daten-Information und Kommunikation“
- Kommission „Krankenhaus Psychiatrie“
- Kommission „Leistungsentgelte“
- Kommission „Qualitätssicherung“
- Arbeitsgruppe „Europa und internationales Krankenhauswesen“
- Satzungskommission
- Arbeitsgruppe "Bildungsplanung für Krankenpflegeberufe"
- Arbeitsgruppe „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“
- Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG
- Gemeinsamer Bundesausschuss in der Besetzung nach § 91 (7) SGB V

Für unsere Arbeit ist neben der Mitwirkung in Beratungs- und Beschlussgremien der DKG die Zusammenarbeit der Landeskrankenhausgesellschaften untereinander sehr wichtig. Durch bilaterale, regionale und bundesweite Arbeitstagen und Konferenzen können landesübergreifende Informationen ausgetauscht und Vorgehensweisen abgestimmt werden.

Hierzu zählen u.a.

- Arbeitstagen der Geschäftsführer aller Landeskrankenhausgesellschaften,
- Bildung von Arbeitsgemeinschaften aller LKG'n zu spezifischen Aufgabenkomplexen, zum Beispiel:
- „Ausbildung am KHS“
- AG „Landesbasisfallwert“
- Beratungen der ostdeutschen Landeskrankenhausgesellschaften zu spezifischen regionalen Fachproblemen.

In weiteren **Gremien, Organisationen und Verbänden in Mecklenburg-Vorpommern** sowie auf überregionaler Ebene, von denen einige im Abschnitt „Arbeits- und Beschlussgremien“ bzw. „Bänke“ der KGMV näher erläutert werden, ist die KGMV aktiv vertreten:

- Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus Mecklenburg-Vorpommern (AKMV), das ist der Zusammenschluss folgender Verbände:
 - Verband der Krankenhausedirektoren (VKD)
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen (BALK), Landesgruppe M-V
 - Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK)
 - Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV)
- Arbeitsgruppe der Krankenhausplanungsbeteiligten
- VKD-Vorstand
- Landesbeirat Rettungswesen
- Beirat Telemedizin beim SM
- Landespsychiatriebeirat
- Kommunaler Arbeitgeberverband
- Schiedsstelle nach § 18 a KHG

- Schiedsstelle nach § 114 SGB V
- Schlichtungskommission nach § 17 c KHG
- Landespflegesatzausschuss
- Arbeitsgruppe Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen
- Externe vergleichende Qualitätssicherung, Lenkungsausschuss (Krankenkassen, MDK, Pflege und KGMV)
- Kommission Ambulantes Operieren (KVMV, Krankenkassen, KGMV) *(zurzeit ruhend)*
- Qualitätssicherungsstelle der ÄKMV (KGMV und KV MV als kooptierte Mitglieder)
- BioCon Valley
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V (LVG)
- Fachbeirat Nordost der DSO – Deutsche Stiftung für Organtransplantation
- DMP-Brustkrebs (Gemeinsame Einrichtung/ArGe)
- Kuratorium für Gesundheitswirtschaft M-V
- Gütesiegel Rehabilitation - Clearingstelle bei der KGMV
- LAG- Psych
- LAG- Geriatrie
- AG Vermarktung der Reha-Kliniken

Weiterhin unterstützt die KGMV die gemeinsamen Interessen der Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit zahlreichen anderen Institutionen, Verbänden und Partnern.

Auch in den kommenden Jahren wird es darauf ankommen, die Interessen der KGMV in diesen Gremien aktiv zu vertreten, Erfahrungen einzubringen und damit die gegebenen Chancen für die Krankenhäuser und Krankenträger und somit letztendlich für die Patienten bestmöglich zu nutzen. Besondere Tätigkeiten ausgewählter Gremien werden in den entsprechenden Abschnitten dargestellt.

Eine Übersicht der Mitglieder dieser Gremien ist im Anlagenteil (Anlage 7) und ständig aktualisiert auf der Homepage der KGMV zu finden.

Arbeits- und Beschlussgremien sowie „Bänke“ der KGMV

Mitgliederversammlung / Krankenhaustag

In der Mitgliederversammlung der KGMV haben die Mitgliedskrankenhäuser und deren Landesverbände Sitz und Stimme.

Alle **Akut-Krankenhäuser** des Landes Mecklenburg-Vorpommern sind Mitglied unserer Gesellschaft.

Weiterhin gehören aktuell folgende **Rehabilitationskliniken**

- Klinik Graal-Müritz GmbH
- Parkklinik Greifswald GmbH
- Fachklinik Gristower Wiek Greifswald
- Tessinum GmbH

und als selbständige **Tageskliniken**

- Psych. TKL Rostock, Standort: Clara-Zetkin Straße
- Psych. TKL Rostock, Standort: Gehlsheimer Straße
- Kinder- und Jugendpsych. TKL Rostock sowie
- die Gerontopsychiatrie Rostock GmbH

als Mitglieder der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. an (Anlage 1 und 2).

Als **Landesverbände** haben

- der Evangelische Krankenhausverband,
- der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern,
- der DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern,
- der Landesverband der Privatkliniken Mecklenburg-Vorpommern,
- der Verband der Universitätsklinika und
- der Städte- und Gemeindetag

die Mitgliedschaft in der KGMV erworben (Anlage 3).

Die **27. Mitgliederversammlung** wurde am **12. Oktober 2010** im Crowne Plaza Hotel in Schwerin im Anschluss an den 9. Krankenhaustag durchgeführt. Eine chronologische Auflistung der bisherigen Mitgliederversammlungen ist in der Anlage 15 aufgeführt.

Am Vorabend des Krankenhaustages hat ein **Empfang der KGMV zum 20. Jahrestag am 11.10.2010** stattgefunden. Inhaltlich wird hierüber im Bereich „Öffentlichkeitsarbeit“ näher berichtet.

Am Vormittag des 12. Oktober 2010 fand von 10.00 Uhr bis 12.30 Uhr der **9. Krankenhaustag Mecklenburg-Vorpommern** verbunden mit dem Jubiläum zum **20-jährigen Bestehen der Krankenhausgesellschaft**, statt. Das Generalthema des diesjährigen Krankenhaustages lautet: „Personalgewinnung und Personalpolitik – Strategische Aufgaben der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern“.



Der Vorsitzende der AKMV, Herr Wolfgang Gagzow, begrüßt die anwesenden Mitglieder und Gäste.



Frau Angelika Gramkow, Oberbürgermeisterin der Landeshauptstadt Schwerin richtet herzliche Grüße aus und hebt die Besonderheiten der schönen Landeshauptstadt hervor. In Bezug auf die Personalproblematik in den Krankenhäusern betont Frau Gramkow die Notwendigkeit der Schaffung struktureller Voraussetzungen, damit ideale Lebens- und Arbeitsbedingungen in Schwerin und im ganzen Bundesland geschaffen werden können.

Hier sei beispielhaft der Ausbau der Infrastruktur durch die Bereitstellung von genügend Kindertagesstätten, die Erweiterung bereits bestehender kultureller Angebote und eine bessere Anbindung an die großen Metropolen wie Hamburg und Berlin, zu nennen.



Die Ministerin für Soziales und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern, Frau Manuela Schwesig, gibt einen Überblick über den Personalbedarf und die Personalentwicklung im Krankenhausbereich aus Sicht des Sozialministeriums.

Um mehr Mediziner im Land für ein Medizinstudium gewinnen zu können, unterstützt die Ministerin die Bestrebungen zur Herabsetzung des Numerus Clausus und wirbt für eine bessere Kooperation zwischen Theorie und Praxis.

Auch die demographische Entwicklung hat Auswirkungen auf die Personalpolitik, so die Ministerin. Sie führt zu Leistungssteigerungen in bestimmten Fachgebieten, wie zum Beispiel in der Geriatrie, Orthopädie und Alterspsychiatrie. Hierauf muss sich die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen rechtzeitig einstellen.



Herr Prof. Dr. Hans Fred Weiser, Präsident des Verbandes Leitender Krankenhausärzte Deutschland e.V. referiert über die Personalsituation im ärztlichen Bereich. Anhand von Statistiken weist Prof. Weiser auf das geleistete Arbeitsvolumen der Ärzte hin und zeigt den scheinbaren Widerspruch zwischen zunehmenden Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen auf.

Der medizinische Fortschritt, das Arbeitszeitgesetz und der demographische Wandel verschärfen diese Situation. Eine Überwindung der sektoralen fachärztlichen Versorgung und die Öffnung der ambulanten Versorgung sind unumgänglich.

Mit einer Podiumsdiskussion und der Zusammenfassung durch den Vorsitzenden der AKMV, Wolfgang Gagzow, endet diese Tagung.

Von 13.30 Uhr bis ca. 16.00 Uhr fand der „nichtöffentliche“ Teil der Mitgliederversammlung statt.

Folgende Beschlüsse wurden in der 27. Mitgliederversammlung am 12.10.2010 gefasst:

- Genehmigung der Niederschrift über die 26. Mitgliederversammlung am 13.11.2009 in Rostock-Warnemünde
- Entgegennahme des Jahresberichtes 2009 des GF der KGMV

- Entgegennahme des Prüfberichtes über die Jahresrechnung 2009 und Erteilung der Entlastung für den Vorstand und die Geschäftsführung
- Wahl der Prüfer der Jahresrechnung 2010
- Beschluss über den Wirtschaftsplan 2011 und die Mitgliedsbeiträge 2011

Ferner nahm die Mitgliederversammlung den aktuellen Sachstandsbericht des Vorsitzenden und des GF der KGMV zur Kenntnis.

Blick ins Auditorium der 27. Mitgliederversammlung der KGMV



Vorstand der KGMV

Die Zusammensetzung des Vorstandes befindet sich in der Anlage 7 und ausführlich aktuell auf der Homepage der KGMV.

Der Vorstand hat im Berichtsjahr sechs reguläre und zwei außerordentliche Arbeitsberatungen durchgeführt.

Zusätzlich fanden vier Beschlussfassungen auf dem Schriftwege zu den Themen Zahlungssinkasso, LBFW 2010, Vergleich LBFW 2010 und Vereinbarung LBFW 2011 statt.

Die Arbeitsberatungen befassten sich mit folgenden Themen:

Gesetzliche Aufgaben

- Landesbasisfallwert LBFW
- Strukturierter QS-Bericht
- Krankenpflegeausbildung, Landesvereinbarung
- Kooperation amb./stat.
- QS Neonatologie
- Zuzahlung nach § 43b SGB V
- Landesvereinbarung gem. § 140d SGB V
- Krankenhausfinanzierung (Einzel- und Pauschalfördermittel)
- Krankenhausinvestitionsprogramm
- Verordnung über die pauschale KHS-Förderung
- externe Qualitätssicherung, QS-sektorenübergreifend
- ambulantes Operieren (Vergütung)
- Krankenhausplanung
- Geriatriekonzept, Erweiterung um den KV-Bereich
- Ambulante Behandlung nach § 116 SGB V
- Rettungsdienst
 - Leitstellen
 - Intensivtransport
 - Kompetenznetzwerk
- Landeskrankenhausgesetz LKHG M-V
- ambulante Behandlung nach § 118 SGB V (PIA)
- „Clearingstellen“ zur Koop zw. Krankenhaus u. KV-Arzt
- Krebsregister

- Förderung Allgemeinmedizin
- Adipositas sektorenübergreifend (Installation von 2 Arbeitsgruppen)

Zusammenarbeit mit anderen Organisationen

- AKMV
- Kooperation mit anderen LKG'n u. der DKG
- Parlamentarischer Abend (MdB's)
- ÄK-QS-Leitlinie KHK
- TK-Spitzenmedizin in M-V
- Schiedsstelle nach § 18 a KHG
- Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern
- Lenkungsausschuss EQS
- Gremien der DKG
- DKTIG
- Dt. Stiftung für Organtransplantation
- LAG Psychiatrischer Krankenhäuser
- Ärzte aus Österreich / Job-Börse
- Jobbörse Prag
- Deutsches Krankenhausverzeichnis
- Jobfactory 2010 – HanseMesse HRO
- Landesverband der Privatkliniken und Bäderverband M-V

Innerverbandliche Arbeit / Satzungsaufgaben

- Telemedizin
- QS-Arbeit
- Mitgliederversammlungen
- Seminare der KGMV
- Mitgliedsbeiträge
- Budgetverhandlungen
- Prüfung der Jahresrechnungen 2010 und 2011 (mit und ohne Art. 14-Programm)
- Wirtschaftspläne 2010 und 2011
- Geschäftsbericht 2009
- Weiterbildung Allgemeinmediziner
- Internetpräsentation der Krankenhäuser und der KGMV
- Gremienarbeit der KGMV
- Vermarktung der Reha-Kliniken
- Qualitätssiegel Rehabilitation
- Satzung/Mitgliederplichten
- Vorbereitung der 20-Jahr-Feier KGMV

Fachgremien der KGMV

Zur Verbesserung der Kontinuität der Beratungen der KGMV mit externen Partnern (Sozialministerium, Krankenkassen etc.) hat der Vorstand Fachausschüsse eingerichtet. Diese Fachausschüsse haben die Aufgabe, Entscheidungen des Vorstandes - ggf. der Mitgliederversammlung - vorzubereiten und Verhandlungen mit externen Partnern durchzuführen.

Bisher gibt es Fachausschüsse für:

- Planungsangelegenheiten
- Budgetangelegenheiten
- Vertragsangelegenheiten
- Satzungsangelegenheiten
- Qualitätssicherung
- Haushalt

Hierdurch erübrigt sich eine Teilnahme jeweils des gesamten Vorstandes an Verhandlungen und vorbereitenden internen Beratungen.

Darüber hinaus gibt es **Kommissionen zur Verhandlung** spezifischer Sachverhalte mit externen Partnern:

- Verhandlungskommission LBFW
- Verhandlungskommission Ausbildungsbudget
- Verhandlungskommission PIA

Weiterhin sind Selbstverwaltungsgremien zu nennen, bei denen die KGMV eine **„Bank“** zu benennen hat:

- Schiedsstelle nach § 18a KHG
- Schiedsstelle nach § 114 SGB V
- Pflegesatzausschuss nach § 23 BPfIV

- Lenkungsausschuss „Externe Qualitätssicherung“
- 3-seitige Kommission „Ambulantes Operieren“
- Landesbeirat für das Rettungswesen
- Landespsychiatriebeirat
- ARGE und Gemeinsame Einrichtung/AG DMP Brustkrebs

Weiterhin zu nennen sind als KGMV-interne Gremien die

Arbeitskreise

- AK „Rehabilitation“
- AK „Umweltschutz“
- AK „Geriatric“
- AK „Telemedizin“

Darüber wurde zur weiteren Unterstützung der Kommission LBFW eine Arbeitsgruppe LBFW gebildet, um spezifische Themen zu beraten.

Schließlich gibt es fachspezifische Arbeitsgruppen für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Unterstützung des Lenkungsausschusses EQS.

Die Kooperationsgemeinschaft für den Einkauf von medizinischen Ver- und Gebrauchsgütern hat ihre Tätigkeit zum 01.03.2005 bis auf Weiteres eingestellt.

Die Mitglieder der Gremien der KGMV sind im Anlagenteil (Anlage 7) auf unserer Homepage www.kgm.de in der Rubrik KGMV-Struktur/Gremien namentlich benannt.

Landesbeirat für das Rettungswesen

Der Landesbeirat für das Rettungswesen wurde im Berichtsjahr zu zwei Beratungen einberufen. Die Themen „Verlegung unter intensivmedizinischen Bedingungen“ und „Kompetenznetzwerk“ tangierten die Krankenhäuser unmittelbar.

Die Krankenhausgesellschaft war daher zu beiden Themen in den vorbereiteten Arbeitsgruppenberatungen aktiv vertreten. Zusätzlich war die Krankenhausgesellschaft in der im Berichtsjahr neu gegründeten Arbeitsgruppe „Massenanfall von Verletzten“ vertreten.

Verlegung unter intensivmedizinischen Bedingungen

Die zunehmende Zahl medizinisch notwendiger Verlegungen von Patienten innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns und über die Landesgrenzen hinaus, veranlasste den Landesbeirat für das Rettungswesen, neue, landesweit einheitliche Organisationsformen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie Effizienz und Wirtschaftlichkeit garantieren, zu diskutieren.

Im Jahr 2009 wurde das Konzept des Landesbeirates „Verlegungen unter besonderen medizinischen Bedingungen in Mecklenburg-Vorpommern“ verabschiedet. Dieses Konzept sieht die Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle für Sekundärverlegungen mit Hubschraubern und arztbegleitete bodengebundene Patiententransporte vor.

Im Berichtsjahr fand nun das Interessenbekundungsverfahren für die Aufgabe der zentralen Koordinierung durch eine Leitstelle statt. Die Vergabe der Koordinierung erfolgte an die Leitstelle West-Mecklenburg in Schwerin. Die Gruppe der beratenden Ärzte dieser Leitstelle hat sich ebenfalls im Berichtsjahr konstituiert und einen Sprecher benannt. Es haben erste Gespräche mit den Trägern des Rettungsdienstes mit dem bodengebundenen Intensivtransport stattgefunden. Ebenso wurde über die Dokumentationsvorbereitung beraten und die Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen. Für die Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen wurde vorbereitend die Aufgabenbeschreibung der beratenden Ärzte definiert. Zur Vorbereitung der Evaluation wird festgelegt, dass ein Mitarbeiter der Leitstelle West-Mecklenburg im Rahmen seiner Bachelorarbeit die organisatorisch/einsatztaktischen und wirtschaftli-

chen Aspekte des Projektes untersucht. Die medizinischen Aspekte sollen im Rahmen einer Promotionsarbeit untersucht werden. Der Beginn der zentralen Koordinierung wurde für das 2. Quartal 2011 vorgesehen.

Kompetenznetzwerk

Im Jahr 2009 hatte die Arbeitsgruppe zu prüfen, ob die Angliederung der Notdienstpraxen des Kassenärztlichen Dienstes an Krankenhäusern für alle Leistungserbringer effektiv sein könne. Das dazu gefundene Modell unter Einbeziehung des Rettungsdienstes scheiterte jedoch. Die Gespräche mit der KVMV zur Errichtung von Notfallpraxen des Kassenärztlichen Notdienstes an Krankenhäusern wurden jedoch fortgesetzt. Eine endgültige Lösung soll dem Jahr 2011 vorbehalten sein.

Massenanfall von Verletzten

Der Massenanfall liegt zwischen Normalrettungsdienst und Katastrophenrettungsdienst. Um ein Konzept zu erarbeiten, wurden zunächst bestehende Konzepte anderer Länder analysiert. Zur Beteiligung der Krankenhäuser hat das Sozialministerium eine Umfrage im Krankenhausbereich durchgeführt. Im Dezember des Berichtsjahres wurde die Arbeit der Arbeitsgruppe beim Landesbeirat für das Rettungswesen als beendet erklärt, weil vorhergehende Abstimmungen zunächst in einer interministeriellen Arbeitsgruppe erfolgen müssen.

Weitere Themen im Landesbeirat für das Rettungswesen waren die Aufgaben und Stellung des ärztlichen Leiters Rettungsdienst unter Berücksichtigung der Kreisgebietsstrukturreform, die gemeinsame Beschaffung von Rettungsmitteln und die Novellierung des Rettungsassistentengesetzes.

Landespflegesatzausschuss

Der Landespflegesatzausschuss nach § 23 BPfIV hat im Jahr 2010 keine

Tagung durchgeführt.

Schiedsstelle gemäß § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Im Berichtsjahr wurden drei Anträge an die Schiedsstelle gerichtet.

Der erste Antrag wurde von der KGMV an die Schiedsstelle gerichtet und betraf die Festsetzung des **Landesbasisfallwertes 2010**.

Die Parteien verhandelten streitig am 02.06.2010.

Im Ergebnis einigten sich die Parteien vor der Schiedsstelle und verglichen sich auf einen Landesbasisfallwert 2010 für Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.855,00 Euro inklusive Ausgleich. Das Sozialministerium hat den Vergleich vor der Schiedsstelle mit Bescheid vom 30.06.2010 genehmigt. Der Bescheid ist rechtskräftig.

Über folgende Verfahrensgegenstände wurde eine Einigung erzielt:

- Der Ausgangsbasis beträgt 2.795,99 Euro.
- Die Eingliederung des Zuschlages zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wurde berücksichtigt.
- Gleichermaßen Berücksichtigung gefunden haben die Veränderungsrate, die Technischen Änderungen, der Katalogeffekt und die allgemeinen Kostenentwicklungen.
- Die Überschreitung der Veränderungsrate im Nicht-DRG-Bereich ist mit zusätzlichen 4 Millionen Euro bewertet worden und unterliegt der Fehlschätzungskorrektur im Folgejahr.
- Für die Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen wurde eine Steigerung auf 402.000 Bewertungsrelationen bei 385.000 Fällen konsentiert, die ebenfalls einer Berichtigung im Folgejahr unterliegt.
- Der Angleichungsbetrag an den Bundesbasisfallwertkorridor und die letzte Stufe der Ost-West-Anpassung der höheren Gehaltsgruppen fanden

ebenfalls Eingang in das Verhandlungsergebnis.

- Das neue DRG-Ausgabevolumen beträgt in 2010 somit 1.147.710.000,00 Euro.
- Die Klagen gegen die Landesbasisfallwerte 2008 und 2009 werden nicht mit einem Basisberichtigungs- sondern nur mit einem Erlösausgleichsbetrag in dem Landesbasisfallwert gegebenenfalls zu einer Korrektur führen, der auf das Jahr der bestandskräftigen Genehmigung des LBFW 2008 bzw. 2009 folgt.

Der zweite Antrag an die Schiedsstelle wurde von einem Krankenhaus auf Festsetzung des Erlösbudgets gemäß §§ 4, 11 KHEntgG für die Leistungen eines **DRG-Krankenhauses** gestellt und nach intensiven Verhandlungen der Parteien außerhalb der Schiedsstelle vom Krankenhaus zurück genommen. Die Parteien einigten sich.

Der dritte im Berichtsjahr verhandelte Antrag eines Krankenhauses war bereits im Vorjahr an die Schiedsstelle gerichtet worden und betrifft die Festsetzung eines **DRG-Budgets für das Jahr 2009**. Es wurde streitig am 22.04. verhandelt.

Über die Verfahrensgegenstände wurde wie folgt entschieden:

- Die streitigen Mehrleistungen wurden in Höhe der tatsächlich erbrachten Ist-Leistungen festgesetzt.
- Eine Schonung von Kappungskrankenhäusern durch Nichtanwendung der Abschlagsvorschrift des § 4 Abs. 2a KHEntgG wird abgelehnt.
- Der Abschlag für Mehrleistungen wird mit 20 % festgesetzt.
- Der Tarifabschlag wurde mit Null festgesetzt. Grund hierfür ist die Vorlage der von der Schiedsstelle zum Nachweis geforderten verbindlichen

Erklärung der Geschäftsführung und die Bestätigung der Arbeitnehmervertretung. Allein aus der Vorlage der Tarifverträge sind die linearen Steigerungen nicht erkennbar. Mithin hat die Schiedsstelle die Vorlage der Tarifver-

träge als nicht zum Beweis geeignet angesehen.

Gegen den Genehmigungsbescheid des Sozialministeriums hat das Krankenhaus Klage eingelegt. Das Gerichtsverfahren dauert an.

Schiedsstelle gemäß § 114 SGB V

Im Berichtsjahr wurde diese Schiedsstelle weder angerufen,

noch fand ein Schiedsverfahren statt.

Schlichtungsausschuss nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Im Berichtsjahr wurde der Schlichtungsausschuss weder angerufen,

noch fand ein Schlichtungsverfahren statt.

DMP Mamma

Im Berichtsjahr sind 12 Krankenhäuser im DMP Mamma in Mecklenburg-

Vorpommern akkreditiert.

Geschäftsstelle der KGMV

Die Facharbeit erreichte eine weitere Profilierung und Stabilisierung in den Arbeitsfeldern Politik, Planung und Förderung, Budget und Entgelte, Rechtsfragen, Krankenhausorganisations- und Personalfragen, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung und Marketing. Die Mitgliedskrankenhäuser haben in der Geschäftsstelle der KGMV engagierte und kompetente Ansprechpartner gefunden.

Die Aktivitäten der Geschäftsstelle erstreckten sich sowohl auf die Beziehungen zu externen Partnern in Bezug auf Vertragsverhandlungen, Abstimmungsgespräche u.ä. als auch auf die Verbandsarbeit insgesamt durch die Durchführung von Tagungen, Seminaren, Weitergabe von schriftlichen Informationen und schließlich auf die Beratung einzelner Mitglieder bei Budgetverhandlungen, Planungsgesprächen

und den unterschiedlichsten weiteren Themen.

Die wachsende Inanspruchnahme der Mitarbeiter der KGMV durch einzelne Verbandsmitglieder belegt den engen Kontakt zwischen den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern und ihrem Landesverband. Künftig wird vermehrt zu beobachten sein, dass die Geschäftsstelle der KGMV durchaus auch Aufgaben erfüllen kann, die nur einen Teil der Mitgliedshäuser betreffen, je nach dem fachlichen Inhalt dieser Aufgaben.

Mehr als bisher ist deshalb die Effizienz der KGMV und ihrer Geschäftsstelle von der Solidarität aller Mitglieder abhängig!

Neben der innerverbandlichen Akzeptanz konnte die Geschäftsstelle wie bisher die Beziehung guter Kooperationspartnerschaften mit verschiedenen anderen Verbänden und Institutionen, wie Ärztekammer, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Verbände der Apotheker in Krankenhäusern und in Niederlassungen, dem KAV sowie mit vielen weiteren und insbesondere mit den mit uns in der Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus kooperierenden Verbänden (Leitende Ärzte, Leitende Pflegepersonen und Krankenhausdirektoren) pflegen und intensivieren.

Allgemein ist eine verstärkte interaktive Zusammenarbeit aller Mitarbeiter der KGMV-Geschäftsstelle zu verzeichnen. Ursächlich hierfür ist eine zunehmend komplexer werdende Aufgabenstellung, bei der ökonomische, juristische, medizinische, qualitative und weitere Fragestellungen immer stärker ineinander greifen.

Hinsichtlich der räumlichen Situation befindet sich die Geschäftsstelle der KGMV seit 2008 in dem Gebäude Wismarschen Str. 175 in Schwerin. Im Jahr 2010 gab es keine Veränderungen in der Personalstruktur der KGMV-Geschäftsstelle. Die bereits im Jahr 2008 eingestellten Mitarbeiter kompletieren in sehr guter Weise die Geschäftsstelle und stellen eine gute Ergänzung der bereits vorhandenen Kompetenzen dar. So konnten wir neu hinzu gewachsene Aufgaben gemeinsam mit allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle in Angriff nehmen und bewältigen.

Allerdings ist festzustellen, dass die Flut der zu bewältigenden neuen Aufgaben:

- QS-Neonatologie
- Weiterbildung Allgemeinmedizin
- Geriatriekonzept
- Zuzahlung nach § 43b SGB V
- Ärztegewinnung
- Telemedizin
- Vermarktung der Reha-Kliniken, etc.

aber auch die sich vertiefende Arbeit schon vorhandener Problemkreise:

- LBFW
- sektorenübergreifende QS
- amb. Behandlung nach § 116b
- amb. Behandlung nach § 115b,
- Entgelte für PIA
- Öffentlichkeitsarbeit
- Auseinandersetzung mit der Gesetzgebung auf Bundes- und Landesebene, etc.

uns ständig neu zu Höchstleistungen im Interesse der Krankenhäuser und Patienten heraus fordert.

Die aktuelle Arbeitsstruktur der Geschäftsstelle wird in einem Organigramm (Stand: 30.09.2011) sowie im Internet unter www.kgmv.de dargestellt. (siehe Anlage 16)

Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem vorliegenden Bericht über die Aktivitäten der KGMV, ihrer Mitglieder und Organe sowie ihrer haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter, konnte wie immer nicht die gesamte Vielfalt, sondern nur ein Teil der Ereignisse, die die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern im Berichtsjahr berührten und beschäftigten, beleuchtet werden. Wiederum geht wie alljährlich aus diesem Bericht hervor, dass für das kommende Jahr und weit darüber hinaus genug Aufgaben auf ihre Bewältigung durch die Mitarbeiter in den Krankenhäusern und in der Krankenhausgesellschaft warten.

Nach der verbindlichen Einführung der DRG's im Jahre 2004 erfolgte seit dem Jahr 2005 die so genannte Konvergenzphase, d.h. die schrittweise Heranführung der hausindividuellen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert. Bei einer Streuung von ungefähr 2.000 bis hin zu 3.000 Euro innerhalb der Krankenhauslandschaft Mecklenburg-Vorpommerns beim Einstieg in diese Konvergenz bedeutete das erhebliche Einschnitte in das Budget einer Reihe von Krankenhäusern bei konstanter Leistungsverpflichtung und permanent steigenden Kosten. Im Berichtsjahr kam statt hausindividuellen Basisfallwerten nur noch der LBFW als Abrechnungsbasis zur Anwendung.

Ab dem Jahr 2010 ist der Weg zu einem bundesweiten Basisfallwert eröffnet. Der weitere Verlauf ist derzeit jedoch nicht abzusehen. Aus Sicht der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern ist eine bundeseinheitliche Vergütung auf angemessenem Niveau nur gerecht. Für das Jahr 2010 bleibt jedoch zu konstatieren, dass nach über 15-jähriger Deckelungspha-

se mit gesetzlich einbetonierten Budgets bei explodierenden Kosten die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenhäuser ständig größer wird. Nach der wachsenden Belastung für die Krankenhäuser und deren Mitarbeiter wird in der Zukunft auch eine Belastung für die Patienten und damit auch für alle Bürger bei Fortführung dieser grundverkehrten Politik nicht zu vermeiden sein. Nicht unerwähnt bleiben darf dabei die betriebs- und volkswirtschaftlich katastrophale Fehlsteuerung durch die 15-jährige Budgetierung der Einnahmen aller deutschen Krankenhäuser auf der Basis der zufälligen Budgetlage des Jahres 1992, welche in der Regel 1991 (!) verhandelt wurde.

Die Zeit ist reif für vernünftige Veränderungen. Die Krankenhäuser sind für neue Aufgaben hervorragend aufgestellt. Wir benötigen klare und faire Rahmenvorgaben, um die Versorgung der Patienten über die noch vorhandenen Versorgungsbereiche hinweg auf hohem Niveau sicher zu stellen. Mit gleichberechtigtem Status in Organisation und Vergütung werden wir mit kooperationswilligen und –fähigen Bündnispartnern alle Herausforderungen der Zukunft zum Wohle der Patienten meistern.

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den Krankenhäusern wird auch in der Zukunft viel abverlangt. Sie sind es, die trotz vieler Veränderungen und Neuerungen und trotz der ständig steigenden Bürokratie im Krankenhausbereich die hohe Qualität der Patientenversorgung in den Kliniken gewährleisten – Tag für Tag, rund um die Uhr. Dafür gebührt ihnen unser Dank!

Der Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik verändert auch die KGMV als Dachverband der Krankenhäuser in M-V. Der sich stetig vollziehende Wechsel weg von einem gemeinsamen und einheitlichen Handeln hin zu einem stärker wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem wirkt sich auch auf die Integrationskraft der KGMV aus, die zunehmend mehr Kraft aufwenden muss, den gemeinsamen Nenner der Interessen aller Mitgliedskrankenhäuser stets neu auszutariieren. Es wäre zweifellos falsch, im Wettbewerb das allein bestimmende Element des zukünftigen Gesundheitssystems zu sehen. Denn der Gesetzgeber zwingt die Krankenhäuser nicht allein zu mehr Wettbewerb. Er zwingt sie ebenfalls, die nach wie vor in großem Umfang vorhandenen gemeinsamen Interessen auch im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung wahrzunehmen!

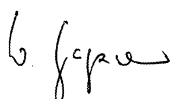
Wettbewerb kann nur bedeuten, die eigenen Stärken zu entwickeln und herauszustellen. Es wäre gefährlich, eklatant gegen die Interessen anderer Mitgliedskrankenhäuser zu verstoßen und damit die Plattform für die gemeinsame Arbeit zu gefährden.

Im Hinblick auf die ständige Fortentwicklung der Rahmenbedingungen der Krankenhäuser unterziehen sich die Krankenhäuser Mecklenburg-Vorpommerns gemeinsam mit der KGMV ständig einer grundsätzlichen Standortbetrachtung. Sie nutzen permanent alle Möglichkeiten der Konsolidierung aber auch der Neuorientierung. Strategische Partnerschaften zwischen Krankenhäusern sind entstanden bzw. fortentwickelt worden, alternative Be-

handlungsmöglichkeiten wurden gesucht und sind trotz teilweise erheblicher Widerstände anderer Partner, die sich um ihre Aufgabenprofile sorgen, gefunden worden.

Die erheblichen Herausforderungen an das Gesundheitswesen durch die demographische Entwicklung mit einer rasant überalternden Bevölkerung bei gleichzeitigem Wegbrechen der erwerbsfähigen Einzahler in das Solidarsystem werden nur von allen Leistungserbringern gemeinsam zu bewältigen sein. Die Krankenhäuser und die Rehabilitationskliniken müssen und werden sich allen strategischen Herausforderungen gemeinsam erfolgreich stellen. Die KGMV bietet allen kooperationswilligen Partnern in der Politik und in der Selbstverwaltung jederzeit die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zur bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten in Mecklenburg-Vorpommern an.

Für das vergangene Jahr bleibt mir an dieser Stelle, Ihnen allen, den Mitgliedern, dem Vorstand, meinen Mitarbeitern in der Geschäftsstelle sowie allen Partnern der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern sehr herzlich für das Engagement und das konstruktive Zusammenwirken im Jahr 2010 zu danken und uns allen gemeinsam eine förderliche Kooperation zum Wohle der Patienten und der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, auch für die folgenden Jahre zu wünschen.



Wolfgang Gagzow

Geschäftsführer der KGMV

Schwerin, den 30. September 2011

Anlagenteil

1. Verzeichnis der Mitglieder der KGMV - Krankenhäuser

Krankenhäuser	Betten und Tagesklinikplätze 31.12.2006		Betten und Tagesklinikplätze 31.12.2007		Betten und Tagesklinikplätze 31.12.2008		Betten und Tagesklinikplätze 31.12.2009		Betten und Tagesklinikplätze 31.12.2010		Trägergruppe
	Betten	Plätze	Betten	Plätze	Betten	Plätze	Betten	Plätze	Betten	Plätze	
	Bad Doberan	144		144		144		131		131	
Bergen	249		240		240		240		240		privat
Boizenburg	46		46		46		46		46		privat
Bützow	73		73		73		73		73		fgn
Crivitz	87		87		87		73		73		privat
Demmin	207	6	207	6	207	6	207	9	207	9	Kreis
Greifswald Bethanien	128	25	148	25	148	35	158	55	158	55	fgn
Greifswald Uni.	778		778		778	20	850	20	850	20	Bildungsmin.
Greifswald BDH Klinik	54		54		54		60		60		fgn
Greifswald Short-Care-Klinik	0		0		7		7		7		privat
Grevesmühlen	118		118		118		118		118		fgn
Grimmen	104		104		104		98		98		fgn
Güstrow	377	15	386	20	399	35	409	35	409	35	privat
Hagenow	172		172		172		166		166		Kreis
Karlsburg	216		216		216		216		216		privat
Leezen	0		0		180		180		180		privat
Ludwigslust	184		170		170		165		165		fgn
Malchin (ab 07 Nbg.)	120		0		0		0		0		fgn
Neubrandenburg	959	42	1079	42	1079	42	1024	58	1026	58	fgn
Neustrelitz	166		166		166		164		164		fgn
Parchim	149		149		149		140		140		privat
Pasewalk	325		325	10	325	10	318	10	318	20	privat
Plau am See	210		200		200		200		200		privat
Ribnitz - Damgarten	157		163		163		160		160		Kreis
Rostock Uni.	1047	16	1047	16	1029	23	1056	24	1056	24	Bildungsmin.
Rostock Südstadt	379	34	404	36	404	40	415	42	415	42	Stadt
Schwaan	0		0		50		50		50		privat
Schwerin/ Klinikum	1067	8	1067	8	1037	8	1059	11	1059	11	privat
Schwerin/ C.F. Flemming Klinik	290	32	290	41	278	78	278	110	278	110	privat
Stralsund	576	84	574	104	574	104	600	107	600	137	privat
Teterow	103		103		103		103		103		fgn
Ueckermünde/Anklam	367	3	352	3	347	13	332	13	332	13	privat
Waren Amsee	82		82		82		52		52		privat
Waren Müritzklinikum	373	27	338	37	342	46	312	51	312	42	privat
Wismar	453	22	461	34	461	34	461	44	461	44	privat
Wolgast	180		180		180		180		180		Kreis
Psychiatr. Tk. Rost. Clara-Zetkin-Str.		42		48		48		26		36	fgn
Psychiatr. Tk. Rost. Gehlsheimer Str.								22		20	fgn
Psychiatr. Tk. für K.+J. Rost.		30		36		36		42		42	fgn
Psychiatr. Tk. Geronto Rost.		0		0		20		20		20	fgn
Summe	9.940	386	9.923	466	10.112	598	10.101	699	10.103	783	

2. Verzeichnis der Mitglieder der KGMV - Rehabilitationskliniken

Rehabilitationskliniken	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	Trägergruppe
	Betten	Betten	Betten	Betten	Betten	
Greifswalder Wiek	0	0	40	40	40	freigemeinnützig
Klinik Graal-Müritz	73	73	73	73	73	privat
Tessinum	70	70	70	70	70	privat
Parkklinik Greifswald	0	0	64	64	64	privat
Waldeck/Centrum f. med. Reha.	210	210	0	0	0	privat (siehe Akut)
Summe	353	353	247	247	247	

Anmerkung: Sofern bei Reha-Kliniken eine "0" eingetragen ist, sind sie in dem jeweiligen Zeitraum nicht Mitglied in der KGMV.

3. Verzeichnis der Mitgliedsverbände der KGMV

Verbände	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Landkreistag	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ev. Krankenhausverband	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verband privater Krankenhäuser		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verband der Universitätskliniken							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DRK-Verband		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Städte- und Gemeindetag										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4. Entwicklung der Mitgliederanzahl und -strukturen der KGMV

Krankenhäuser/ Rehakliniken/ Tageskliniken	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
öffentl.-rechtl. Krankenhäuser																				
Kreiskrankenhäuser	34	21	16	10	9	9	9	7	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Stadtkrankenhäuser	8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	2	2	1	1	1	1	1
Sozialministerium	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bildungsministerium	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
freigemeinnützige Krankenhäuser																				
Konfessionelle Träger	3	6	10	7	7	7	6	6	7	7	7	7	6	4	4	4	3	3	3	3
Deutsches Rotes Kreuz		3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Arbeiterwohlfahrt				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
eingetragener Verein							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
gemeinnützige Tageskliniken							1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4	4
gemeinnützige Rehakliniken																		1	1	1
private Krankenhaus-träger		2	3	9	10	10	8	11	11	12	12	12	12	14	14	15	15	18	18	18
private Rehabilitations-kliniken				2	1	2	3	7	10	10	9	9	7	6	3	3	3	3	3	3
Summe	50	41	40	40	39	41	40	45	47	47	45	45	43	40	37	37	36	41	42	42

5. Zuweisung von „medizinischen Schwerpunkten“ in Mecklenburg-Vorpommern

Tuberkuloseeinrichtung für das Land Interdisziplinäres Therapiezentrum für Pneumologie, Allergologie und Dermatologie:

- Klinik Amsee in Waren

Schwerpunkt „Onkologisches Zentrum“

- Universitätsmedizin Greifswald
- Universitätsklinikum Rostock
- HELIOS Kliniken Schwerin
- Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg

Schwerpunkt „Perinatalmedizinisches Zentrum“

- Universitätsmedizin Greifswald
- Universitäts-Frauenklinik Rostock am Standort Klinikum Südstadt Rostock
- HELIOS Kliniken Schwerin

Schwerpunkt „ Neonatologisches Zentrum“

- HANSE-Klinikum Stralsund
- Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg
- HANSE-Klinikum Wismar

Schwerpunkt „Schlaganfallversorgung (Stroke - Units)“

- Universitätsmedizin Greifswald
- Universitätsklinikum Rostock
- MediClin Krankenhaus Plau am See
- HELIOS Kliniken Schwerin
- Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg

Schwerpunkt „Frührehabilitation von schweren Schädel-Hirn Schädigungen“

- BDH Klinik Greifswald
- MediClin Krankenhaus Plau am See

Schwerpunkt „Frührehabilitation von Querschnittslähmungen“

- BDH Klinik Greifswald
- MediClin Krankenhaus Plau am See

Schwerpunkt „Transplantationszentrum“

- Universitätsklinikum Rostock

Schwerpunkt „Geriatrisches Konsil“

- Universitätsmedizin Greifswald
- Klinikum Südstadt Rostock
- HELIOS Kliniken Schwerin
- HANSE-Klinikum Stralsund
- Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg

6. Krankenhausförderung

Investitionsförderung in Mecklenburg - Vorpommern in den Jahren 2002 bis 2010

Jahr	Pauschal- fördermittel in Mio. Euro	Einzelfördermittel				Summe Pauschal- und Einzelförderung in Mio. Euro
		nach LKHG in Mio. Euro	nach Art. 14 GSG Land in Mio. Euro	nach Art. 14 GSG Bund in Mio. Euro	nach Art. 14 GSG Benutzerbeiträge in Mio. Euro	
2002	13,96	5,11	38,93	41,98	18,30	118,28
2003	14,62	4,98	42,69	41,98	17,72	121,99
2004	16,51	15,33	36,50	41,98	17,47	127,79
2005	22,84	20,49	21,20	0,00	17,47	82,00
2006	22,84	22,52	17,80	0,00	17,45	80,61
2007	22,84	23,37	11,90	0,00	17,46	75,57
2008	22,84	21,25	11,31	0,00	17,60	73,00
2009	22,84	16,37	15,85	0,00	18,09	73,15
2010	22,84	21,50	8,30	0,00	16,90	69,54

Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 (PauschKHFVO M-V 2010) Vom 2. Juni 2010

Aufgrund des § 30 Absatz 3 Nummer 1 des Landeskrankenhausgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2002 (GVOBl. M-V S. 262), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Oktober 2008 (GVOBl. M-V S. 374) geändert worden ist, verordnet das Ministerium für Soziales und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Finanzministerium nach Anhörung der unmittelbar Beteiligten:

§ 1

Der jährliche Pauschalbetrag für die Krankenhausförderung nach § 30 Absatz 1 des Landeskrankenhausgesetzes beträgt im Jahr 2010

- bei den Krankenhäusern oder Fachabteilungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, abrechnen, 2,2797 Prozent der pflegesatzfähigen Kosten. Die pflegesatzfähigen Kosten sind unter der laufenden Nummer 9 im Formblatt K 5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung ausgewiesen. Grundlage dafür ist eine von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar 2010 geschlossene Pflegesatzvereinbarung nach § 17 der Bundespflegesatzverordnung oder, soweit eine solche nicht zu Stande gekommen ist, eine verkündete Schiedsstellenentscheidung. Dies ist unabhängig davon, ob die Pflegesatzvereinbarung eine Vorbehaltsklausel enthält oder die Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung vorläufig oder beklagt ist,
- bei den Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, abrechnen, 2,2797 Prozent vom vereinbarten Erlösbudget nach § 4 Absatz 6 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April

2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), der zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert worden ist. Das Erlösbudget ist unter der laufenden Nummer 26 im Formblatt B 2 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesen. Dem sind hinzuzurechnen der vereinbarte Gesamtbetrag nach § 5 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Nr. 4 dieses Gesetzes und die Summen für die Vergütung der Entgelte aus dem Jahr 2008 nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist, entsprechend dem Formblatt E 3 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. Grundlage dafür ist eine von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar 2010 geschlossene Entgeltvereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder, soweit eine solche nicht zu Stande gekommen ist, eine verkündete Schiedsstellenentscheidung. Dies ist unabhängig davon, ob die Entgeltvereinbarung eine Vorbehaltsklausel enthält oder die Entgeltvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung vorläufig oder beklagt ist.

§ 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft und am 31. Dezember 2010 außer Kraft.

Schwerin, den 2. Juni 2010

Der Minister für Soziales und Gesundheit
Manuela Schwesig

7. Gremienbesetzung der KGMV

KGMV- Vorstand (13.11.2009 – 31.12.2012)

gewählte Mitglieder

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	
Herr Mußfeldt	Herr Dr. Marin	Administration
Herr Prof. Dr. Birth	Herr Dr. Göhre (bis 02/11) N.N. (seit 02/11)	Medizin
Frau Kreibeck	Frau Waterstradt	Pflege

entsandte Mitglieder

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	
Frau Paetsch	Frau Lucas (12.11.09 – 31.12.10) Frau Topfstedt (seit 01.01.11)	Landkreistag
Herr Deiters	Herr Scholze	Städte- und Gemeindetag
Herr Dr. Voigt	Frau Wegner	Ev. Krankenhausverband
Herr Björk	N.N.	DRK-Landesverband
Herr Goertz	Herr Grimm	Verband der Privatkliniken
Herr Gemmel	Herr Horn	Verband der Privatkliniken
Frau Irmischer	Herr Gotal	Verband der Universitätskliniken

Vorsitz (16.12.2009 – 31.12.2012)

Herr Dr. Voigt, Vorsitzender
Frau Kreibeck, Stellvertreterin
Herr Goertz, Stellvertreter

Fachausschüsse der KGMV (unbefristet)

FA für Planungsangelegenheiten

Mitglied
Herr Björk
Herr Gagzow
Herr Goertz
Herr Mußfeldt
Frau Petau
Herr Dr. Voigt

FA für Budgetangelegenheiten

Mitglied
Frau Dähn
Frau Rademske
Herr Gagzow
Herr Dr. Marin
Herr Mußfeldt
Herr Dr. Voigt

FA für Vertragsangelegenheiten

Mitglied
Herr Gagzow
Frau Kreibeck
Frau Rademske
Herr Scholze
Herr Mußfeldt
Frau Irmischer (seit 07.09.11)
Frau Edel (bis 07.09.11)

FA für Satzungsangelegenheiten

Mitglied
Herr Dr. Marin
Herr Goertz
Herr Gagzow
Frau Rademske
Herr Dr. Voigt
Herr Gotal
Herr Deiters

FA für Qualitätssicherung

Mitglied

Herr Prof. Dr. Birth
Herr Gagzow
Frau Kreibeck
Herr Frahm
Frau Rademske
Herr Dr. Marin
Herr Dr. Göhre (bis 02/11)
Herr Dr. Müllejans (seit 25.01.11)

FA Haushalt

Mitglied

Herr Dr. Voigt
Frau Kreibeck
Herr Dr. Marin
Frau Dähn
Frau Rademske
Herr Gagzow

Verhandlungskommissionen der KGMV

Verhandlungskommission „LBFW“

Mitglied

Herr Gotal
Frau Wegner
Herr Weyer
Herr Fischer
Herr Gemmel
Herr Miłski
Frau Dähn
Frau Rademske
Herr Gagzow
sowie Mitglieder der von Vorstand und
Geschäftsführung aktuell berufenen
Arbeitsgruppe und deren Stellvertreter

Verhandlungskommission „Ausbil- dungsbudget“

Mitglied

Herr Wolfram
Frau Spörl
Frau Miede
Frau Engelbrecht
Frau Winkel
Frau Kreibeck
Frau Waterstradt
Herr Horn
Frau Dähn
Frau Rademske
Frau Petau
Herr Gagzow

Verhandlungskommission „PIA“ (unbefristet)

Mitglied

Herr Dr. Sponheim
Frau Winkel
Frau Dr. Ilg
Herr Dr. Voigt
Herr Dr. Göhre (bis 02/2011)
Frau Temp (seit 07.09.11)
Frau Dähn
Frau Rademske
Herr Gagzow
Frau Klemm
Herr Haase
Herr Dr. Flachsmeyer
Herr Gemmel
Frau Wegner
Herr Fischer
Frau Breitsprecher
Herr Dr. Marin

Verhandlungskommission „Kran- kenhausapotheke“ (seit 15.07.2009)

Mitglied

Frau Braun
Herr Horn
Frau Dahms
Herr Balschat
Herr Eggers

Bänke der KGMV

Schiedsstelle nach § 18 a KHG (16.06.2009 – 15.06.2013)

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	<u>2. Stellvertreter</u>
Herr Dr. Marin	Herr Mußfeldt	Frau Dähn
Frau Wegner	Frau Fieber	Herr Mantzel
Frau Rademske	Herr Fischer	Frau Sacher
Herr Goertz	Herr Björk	Herr Horn
Herr Gagzow	Herr Dr. Voigt	Herr Milski

Neutraler Vorsitz:

Frau Prof. Dr. Mönch-Kalina

Stellvertretung:

N.N. (seit 17.06.09)

Schiedsstelle nach § 114 SGB V (01.01-2008 – 31.12.2011)

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	<u>2. Stellvertreter</u>
Herr Gemmel	Herr Staack	Herr Gotal
Frau Rademske	Frau Irmischer	Herr Vollrath
Herr Dr. Voigt	Herr Goertz	Herr Scholze
Herr Gagzow	Frau Wegner	Herr Weyer
Frau Fieber	Herr Mantzel	Frau Edel (bis 07.09.11) Herr Mußfeldt (seit 07.09.11)
Frau Kreibeck	Herr Björk	Herr Dr. Marin

Neutraler Vorsitz:

Herr Prof. Manssen

Stellvertretung:

Herr Prof. Wiegand-Hoffmeister

Neutrale Beisitzer:

Herr Dr. Gollert

Herr Prof. Fleßa

N.N.

N.N.

Pflegesatzausschuss nach § 23 BPfIV 1995 (unbefristet)

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	<u>2. Stellvertreter</u>
Frau Edel (bis 07.09.11) Frau Wegner (seit 07.09.11)	Frau Fieber	Herr Gotal
Herr Dr. Marin	Frau Wegner (bis 07.09.11) Herr Frank (seit 07.09.11)	Herr Dr. Voigt
Herr Björk	Herr Goertz	Herr Gemmel (bis 07.09.11) Herr Borchmann (seit 07.09.11)
Frau Dähn	Herr Staack	Frau Irmischer
Herr Fischer	Frau Rademske	Frau Winkel
Herr Gagzow	Herr Mußfeldt	Herr Horn

Lenkungsausschuss „Externe Qualitätssicherung“ (unbefristet)

<u>Mitglied</u>	<u>Stellvertreter</u>
Herr Gagzow	Frau Rademske
Herr Prof. Dr. Birth	Frau Dähn
Herr Dr. Witt	Herr Gässler
Herr Dr. Marin	Herr Fischer

3-seitige Kommission „Ambulantes Operieren“ (unbefristet)

<u>Mitglied</u>	<u>Stellvertreter</u>
Herr Gagzow	Herr Goertz
Herr Frahm	Frau Rademske
Herr Prof. Dr. Birth	Frau Petau

Landesbeirat für das Rettungswesen (02.04.2007 – 31.03.2011)

<u>Mitglied</u>	<u>Stellvertreter</u>
Herr Gagzow	Frau Petau

Landespsychiatriebeirat (unbefristet)

<u>Mitglied</u>	<u>Stellvertreter</u>
Herr Dr. Voigt	Frau Dähn

Gemeinsame Einrichtung/Disease-Management-Programm Brustkrebs (unbefristet)

<u>Mitglied</u>	<u>1. Stellvertreter</u>	<u>2. Stellvertreter</u>
Herr Gagzow	Frau Rademske	Herr Gotal
Herr Prof. Petri	Herr Prof. Freund	Frau Dähn

Arbeitskreise der KGMV

Arbeitskreis Rehabilitation

<u>Mitglied</u>	
(aus dem Vorstand)	
Herr Goertz	Herr Mußfeldt
Herr Dr. Marin	Frau Edel (bis 07.09.11)
(aus den Kliniken)	
Frau von Lieven	Herr Fischer (bis 15.11.10)
Frau Schäfer	Herr Möller
Herr Acker	Herr Prof. Frank
Herr Dr. Hoettger	Herr Niemann
(aus der Geschäftsstelle)	
Herr Gagzow	Frau Rademske
Herr Frahm	Frau Knaak

Arbeitskreis Umweltschutz (unbefristet), Vorsitz und Sprecher

Herr Wiese
Herr Gagzow
Frau Kwast (*Vorsitzende seit 27.06.11*)
Herr Olbert
Frau Petau
Herr Dr. Rudolph (*Vorsitzender bis 24.06.11*)
Herr Juch

Arbeitskreis Geriatrie

Bereich Akut-Krankenhäuser:

Herr Dr. Drach	HELIOS-Kliniken Schwerin
Herr Dr. Keller	HANSE-Klinikum Wismar
Frau Dr. Linder	HANSE-Klinikum Wismar
Herr Dr. Platz	BDH Greifswald
Herr Dr. Keil	D. Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg
Herr Dr. Schmidt	Müritz-Klinikum Waren

Bereich Reha-Kliniken:

Frau Dr. Dannenberg	Tessinum
Frau Dr. Kloth	Tessinum
Herr Möller	D. Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Bethesda-Klinik)
Frau Dr. Bauer	D. Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Bethesda-Klinik)
Frau Enderlein	Parkklinik Greifswald
Frau Dr. Salchow-Gille	Parkklinik Greifswald

KGMV-Geschäftsstelle

Frau Petau
Herr Gagzow

Arbeitskreis Telemedizin

Herr Borchmann	Krankenhaus Bad Doberan
Herr Gemmel (<i>bis 07.09.11</i>)	HANSE-Klinikum Stralsund
Herr Hollnecker (<i>seit 07.09.11</i>)	HANSE-Klinikum Stralsund
Herr Drews	HANSE-Klinikum Stralsund
Herr Dr. Bittner	Kreiskrankenhaus Wolgast
Herr Gehrke	HELIOS -Kliniken Schwerin
Herr Dr. Schließer	DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz
Herr Prof. Dr. Hosten	Universitätsmedizin Greifswald
Frau Schäfer	MediClin-Klinikum Plau
Herr Dr. Stöckigt	MediClin-Müritz Klinikum
Herr Horn	AMEOS-Kliniken
Herr Mußfeldt	Ev. Krankenhaus Stift Bethlehem
Frau Schulz	Südstadtklinikum Rostock
Herr Gagzow	KGMV-Geschäftsstelle
Herr Petzka	KGMV-Geschäftsstelle

Koordinierungsausschuss der Kooperationsgemeinschaft für den Einkauf von medizinischen Ver- und Gebrauchsgütern

Zum 01.03.2005 wurde die Geschäftstätigkeit der Kooperationsgemeinschaft bis auf Weiteres eingestellt.

EQS- Arbeitsgruppen

Chirurgie/ Gefäßchirurgie

Herr PD Dr. med. habil. Wilhelm	Kreiskrankenhaus Demmin
Herr Dipl.-Med. Vorwerk	HANSE-Klinikum Stralsund GmbH
Herr Dr. med. Bitter	Krankenhaus Bad Doberan GmbH
Herr Dr. med. Facklam	HELIOS Klinik Schwerin
Herr Dr. med. Schwanitz	Klinikum Südstadt Rostock
Herr PD Dr. med. habil. Thomas	HANSE-Klinikum Wismar GmbH

Gynäkologie/ Geburtshilfe/ Mammachirurgie

Herr Dr. med. Winterroth	HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Herr Dr. med. Bredow	Universitätsmedizin Greifswald
Herr Dr. med. Kunze	HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Herr Dr. med. Mett	HELIOS Kliniken Schwerin
Herr PD Dr. med. Reimer	Universitätsfrauenklinik und Poliklinik am Klinikum Südstadt
Herr Prof. Dr. med. Briese	Universitätsfrauenklinik und Poliklinik am Klinikum Südstadt
Herr Prof. Dr. med. Büttner	ehemals HANSE-Klinikum Wismar GmbH Universitätsfrauenklinik und Poliklinik am Klinikum Südstadt
Herr Prof. Dr. med. Gerber	Klinikum Südstadt
Herr Prof. Dr. med. Petri	Universitätsmedizin Greifswald

Kardiologie/ Radiologie

Herr PD Dr. med. habil. Graf	HELIOS Kliniken Schwerin
Herr Prof. Dr. med. Staudt	Universitätsmedizin Greifswald
Herr Dr. med. Bohlscheid	Dietrich-Bonhoffer-Klinikum Neubrandenburg
Herr Dr. med. Kröger	Universitätsklinikum Rostock (AÖR)
Herr Dr. med. Westphal	Universitätsklinikum Rostock (AÖR)
Herr Körber, Thomas (seit 06.09.10)	Klinikum Südstadt Rostock

Orthopädie/ Unfallchirurgie

Frau Dr. med. Panser-Schulz	Universitätsklinikum Rostock (AÖR)
Herr Dr. Kasch	Universitätsmedizin Greifswald
Herr Dr. med. Fischer	KMG Klinikum Güstrow GmbH
Herr Dr. med. Ganzer	Dietrich-Bonhoffer-Klinikum Neubrandenburg
Herr Dr. med. Schnorr	HELIOS Kliniken Schwerin
Herr Dr. med. Thiede	HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Herr Prof. Dr. med. Merk	Universitätsmedizin Greifswald

Pflege

Frau Dunkelmann	HANSE-Klinikum Wismar GmbH
Frau Hannemann	MediClin Krankenhaus Plau am See
Frau Hilmer	HELIOS Kliniken Schwerin
Frau Pätow	KMG Klinikum Güstrow GmbH
Frau Dipl. Pflegewirtin (FH) Smarsly	Müritz-Klinikum GmbH Waren

Pneumologie

Herr Dr. med. Frank	Klinik Amsee GmbH
Herr Dr. med. Barleben	HELIOS Kliniken Schwerin
Herr Dr. med. Lange	HANSE-Klinikum Stralsund GmbH
Herr Prof. Dr. med. Ewert	Universitätsmedizin Greifswald

Gremien der DKG

Beschlussgremien der DKG (unbefristet)

- DKG-Mitgliederversammlung Herr Dr. Voigt/Herr Gagzow
- DKG-Vorstand Herr Dr. Voigt/Herr Gagzow
- DKG-Präsidium Herr Dr. Voigt

Arbeitsgremien der DKG (01.07.2010 – 31.12.2012)

- Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung Herr Gagzow
- Fachausschuss für Personalwesen und KHS-Organisation Frau Petau
- Fachausschuss „Recht- und Verträge“ Frau Rademske
- Fachausschuss „Daten-Information und Kommunikation“ Frau Dähn
- Kommission „Krankenhaus-Psychiatrie“ Herr Dr. Voigt
- Kommission „Leistungsentgelte“ Frau Dähn
- Kommission „Qualitätssicherung“ Herr Frahm
- Kommission „Europa- und internationales KHS-Wesen“ Herr Gagzow
- Kommission „Krankenhausvergleich“ Frau Dähn
- Kommission „Hygiene“ Herr Gagzow
- Kommission „Organspende“ Herr Dr. Feyerherd
- Satzungskommission Herr Gagzow/
Herr Dr. Voigt
- Arbeitsgruppe „Bildungsplanung“ Frau Kreibeck
- Arbeitsgruppe „Mustersatzung“ Frau Rademske
- Arbeitsgruppe „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ Frau Krüger/
Herr Gagzow

Bänke der DKG

- Bundesschiedsstelle nach § 18a (6) KHG-DKG-Bank Herr Gagzow
- Lenkungsgruppe „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ Herr Gagzow
- GBA - sektorenübergreifende Versorgung Herr Gagzow

8. Zahlen/ Fakten/ Statistiken Mecklenburg-Vorpommern

Steigerung der LBFWe in den Bundesländern von 2005 zu 2010

	2005	2010	Steigerung 2005-2010
Brandenburg	2.612,00 €	2.893,00 €	10,76%
Mecklenburg-Vorpommern	2.585,00 €	2.855,00 €	10,44%
Hessen	2.694,75 €	2.968,56 €	10,16%
Sachsen-Anhalt	2.620,30 €	2.884,00 €	10,06%
Bayern	2.710,50 €	2.982,60 €	10,04%
Thüringen	2.624,98 €	2.867,40 €	9,24%
Schleswig-Holstein	2.619,63 €	2.855,49 €	9,00%
Nordrhein-Westfalen	2.679,80 €	2.895,00 €	8,03%
Sachsen	2.654,68 €	2.864,00 €	7,88%
Baden-Württemberg	2.774,57 €	2.977,75 €	7,32%
Niedersachsen	2.735,79 €	2.923,03 €	6,84%
Rheinland-Pfalz	2.923,85 €	3.120,00 €	6,71%
Saarland	2.923,02 €	3.068,66 €	4,98%
Bremen	2.886,00 €	2.991,00 €	3,64%
Hamburg	2.920,41 €	2.975,00 €	1,87%
Berlin	2.999,81 €	2.927,50 €	-2,41%
BBFW		2.937,38 €	

Entwicklung des CMI (ohne Ü) in den Jahren 2004 bis 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010
Gruppe 1	1,0749	1,1009	1,1342	1,1291	1,1437	1,1433	1,1685
Gruppe 2	0,8715	0,8889	0,8714	0,8996	0,9228	0,9437	0,9439
Gruppe 3	0,9200	0,9295	0,9287	0,9034	0,9083	0,9214	0,9258
Gruppe 4	0,8820	0,8370	0,8515	0,8254	0,8199	0,8122	0,8254
Gesamt	0,9678	0,9806	0,9897	0,9895	1,0030	1,0116	1,0255

Entwicklung des CMI (mit Ü) in den Jahren 2004 bis 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010
Gruppe 1	1,0749	1,0883	1,1590	1,1505	1,1697	1,1704	1,1972
Gruppe 2	0,8715	0,8786	0,8766	0,9111	0,9351	0,9586	0,9563
Gruppe 3	0,9200	0,9185	0,9387	0,9176	0,9231	0,9312	0,9343
Gruppe 4	0,8820	0,8264	0,8541	0,8348	0,8317	0,8225	0,8360
Gesamt	0,9678	0,9806	1,0038	1,0057	1,0220	1,0297	1,0434

*Abweichende Werte zum Geschäftsbericht 2009 resultieren aus zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für 2009 in 2010.

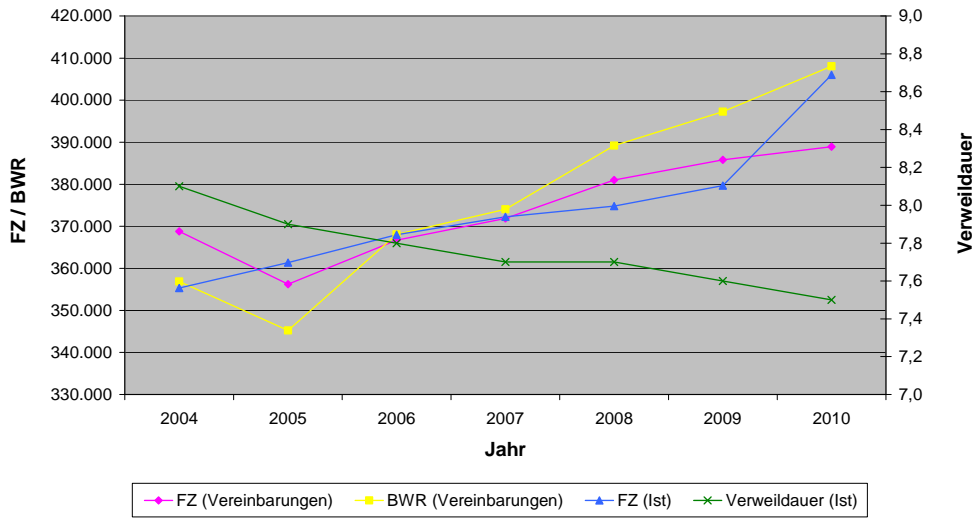
Entwicklung der Bewertungsrelationen in den Jahren 2005 bis 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
30000 - 55000	38.291,308	41.542,577	43.561,261	45.882,360	46.293,262	48.224,799
12000 - 30000	14.142,132	15.008,300	17.166,517	16.859,451	17.654,546	17.759,627
6000 - 12000	7.499,076	7.891,096	7.916,386	7.728,119	7.817,888	7.781,884
2000 - 6000	2.984,447	3.033,856	2.899,228	2.977,950	3.033,369	3.018,865

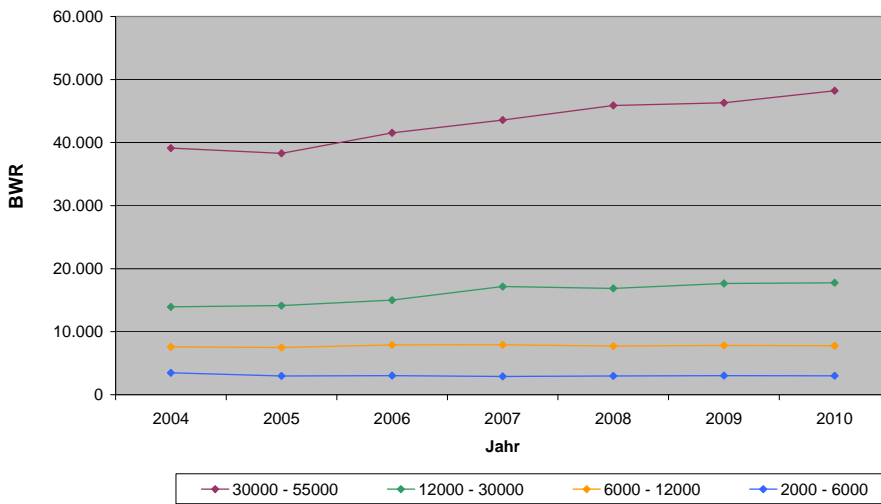
Pflegesätze Psychiatrien (Mittelwerte)

			Basispflegesatz (ohne Ausgl.) + Abteilungspflegesatz	
			vollstationär	teilstationär
2008	Erwachsenen	Mittelwert	219,77 €	138,77 €
	Kind und Jugend	Mittelwert	279,38 €	174,01 €
2009	Erwachsenen	Mittelwert	224,87 €	136,92 €
	Kind und Jugend	Mittelwert	318,02 €	201,54 €
2010	Erwachsenen	Mittelwert	230,16 €	138,34 €
	Kind und Jugend	Mittelwert	326,15 €	201,71 €

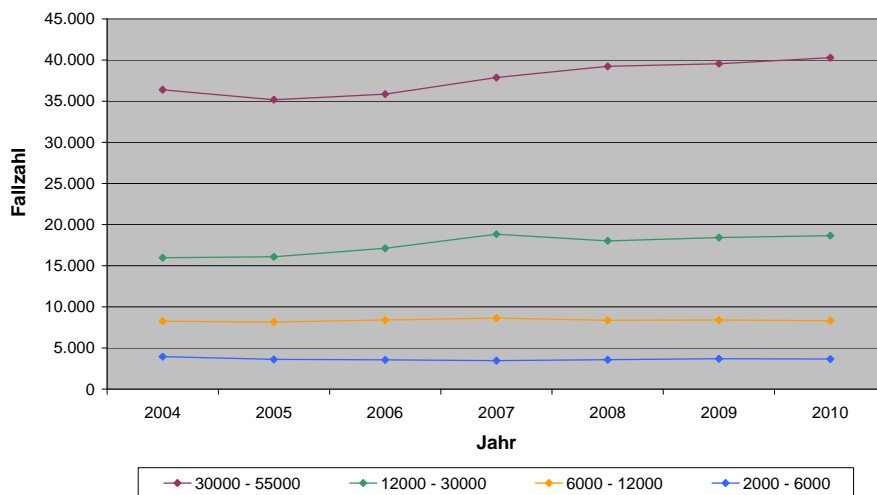
Darstellung der Gesamtfallzahl (Vereinbarung und Ist) und -BWR (Vereinbarung) sowie der Verweildauer



Entwicklung der durchschnittlichen vereinbarten BWR je FZ-Gruppe



Entwicklung der durchschnittlichen vereinbarten Fallzahl je FZ-Gruppe



9. Verträge/ Vereinbarungen auf Landesebene

Verträge / Vereinbarungen auf Landesebene

(Inhalte siehe KGMV-Homepage www.kgmv.de (Arbeitsgebiete/ Verträge/Vereinbarungen))

I. Vereinbarungen der KGMV mit dem Land

- Vereinbarung des Landes M-V (Ministerium für Bildung), den Krankenkassen und der KGMV zur **Finanzierung der Personalkosten für die für die hauptberuflichen Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen** (in Kraft: 15.07.2010)
- Vereinbarung zur Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Abs. 3 SGB V zwischen AOK Mecklenburg-Vorpommern, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), IKK-Landesverband Nord, BKK-Landesverband NORD und der KGMV vom 15.12.2009
- Memorandum der Verständigung zwischen der Syrischen Arabischen Republik, dem Land M-V, der Universitätsklinik Rostock, der Universitätsklinik Greifswald und der KGMV (in Kraft: 04.10.2004)
- **Änderung der Vereinbarung über die Förderung der Krankenhausinvestitionen** in Mecklenburg-Vorpommern gem. Art. 14 GSG (in Kraft: 17.12.2001)
- Vereinbarung über die **Förderung der Krankenhausinvestitionen in M-V** gem. Art. 14 GSG (in Kraft: 13.04.1994)

II. 2-seitige Verträge nach § 112 SGB V

- Übergangsvereinbarung über die Abrechnung und **Vergütung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen** der Krankenhäuser gemäß § 118 Abs. 1 und 2 SGB V (in Kraft: rückwirkend zum 01.10.2009)
- Vertrag nach § 112 Abs. 1 und 2 Nr. 1 SGB V
„**Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung**“,
(festgesetzt durch die Schiedsstelle nach § 114 SGB V am 04.05.2004)
- Vertrag nach § 112 Abs. 1 und 2 Nr. 2 SGB V
„**Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der KHS-Behandlung**“ (in Kraft: 07.04.1999)
- Vertrag nach § 112 Abs. 1 und 2 Nr. 3 SGB V
„**zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung**“ i.V.m. § 137 SGB V (in Kraft: 22.06.1995)
- Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V
„**Soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus**“ (in Kraft: Mai 1991)
- Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V
„**Nahtloser Übergang von der KHS-Behandlung zur Rehabilitation**“ (in Kraft: Mai 1991)

III. 3-seitige Verträge nach §§ 115, 115a, 115b SGB V

- Vereinbarung **über die Vergütung amb. Operationen und stationersetzender Eingriffe im Krankenhaus** gem. § 115b SGB V
(in Kraft: 01.04.2005)

- Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V
zur gegenseitigen Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenhausunterlagen (in Kraft: 06.12.2001)
- Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V
„Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus“ (in Kraft: 01.11.1997)
- Vereinbarung nach § 115 b Abs.1 SGB V
zur Bildung einer Kommission Ambulantes Operieren auf der Basis der Bundesvereinbarung von QS-Maßnahmen beim ambulanten Operieren (in Kraft: 01.01.1997)

IV. sonstige

- **Kooperationsvereinbarung** zwischen dem Verband der Privatkliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V., der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und dem Bäderverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. zum gemeinsamen Projekt **„Vermarktung stationärer Rehabilitationsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern“** vom 17.08.2010
- Vereinbarung zur Förderung der **Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** in der ambulanten und stationären Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (in Kraft: 03.03.2010)
- Vereinbarung zur **Qualitätssicherung in der Neonatologie** zwischen der Ärztekammer M-V und der KGMV
- **Vereinbarung über die Schiedsstelle gem. § 18 a KHG in Mecklenburg-Vorpommern** (in Kraft: 01.01.2008)
- Vereinbarung nach § 137 f SGB V **zur Förderung der Übermittlung elektronischer Dokumentationsdaten nach den Verträgen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms** für die Diagnosen Brustkrebs, Diabetes Typ 1, Diabetes Typ 2, Koronare Herzkrankheiten, Asthma und COPD (in Kraft: 25.09.07)
- Vertrag nach **§ 3 Landespflegegesetz** (LPflegeG M-V (in Kraft: 21.07.2006))
- Vertrag nach § 137 SGB V **zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms – Brustkrebs – (DMP)** (in Kraft: 25.10.2004)
- Vertrag zwischen der KVMV und der KGMV
„Datenerfassung und –auswertung von auf Datenträgern eingereichten Datenerhebungsbögen für das ambulante Operieren“ (in Kraft: 31.12.1998)
- Vereinbarung nach § 303 Abs. 1 SGB V **zur Datenübermittlung** (in Kraft: 01.01.1997)
- Datenstellenvertrag nach § 137 f SGB V **über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten für die Diagnosen, Brustkrebs, Diabetes Typ 1, Diabetes Typ 2 und Koronare Herzkrankheiten, Asthmabronchiale, COPD**

10. Zusammenstellung der Schiedsstellenergebnisse 2010

Reg.-Nr.	Antragsteller	Ergebnis/Vergleichsvorschlag
04/09	Klinik 1	<p>DRG-Budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortsetzung der Verhandlung aus dem Vorjahr - Die streitigen Mehrleistungen wurden in Höhe der tatsächlich erbrachten Ist-Leistungen festgesetzt. - Eine Schonung von Kappungskrankenhäusern durch Nichtanwendung der Abschlagsvorschrift des § 4 Abs. 2a KHEntgG wird abgelehnt. - Der Abschlag für Mehrleistungen wird mit 20 % festgesetzt. - Der Tarifabschlag wurde mit Null festgesetzt. Grund hierfür ist die Vorlage der von der Schiedsstelle zum Nachweis geforderten verbindlichen Erklärung der Geschäftsführung und die Bestätigung der Arbeitnehmervertretung. Allein aus der Vorlage der Tarifverträge sind die linearen Steigerungen nicht erkennbar. Mithin hat die Schiedsstelle die Vorlage der Tarifverträge als nicht zum Beweis geeignet angesehen. - Gegen den Genehmigungsbescheid des Sozialministeriums hat das Krankenhaus Klage eingelegt. Das Gerichtsverfahren dauert an.
01/10	KGMV e.V.	<p>LBFW 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Ausgangsbasis beträgt 2.795,99 Euro. - Die Eingliederung des Zuschlages zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wurde berücksichtigt. - Gleichermaßen Berücksichtigung gefunden haben die Veränderungsrate, die Technischen Änderungen, der Katalogeffekt und die allgemeinen Kostentwicklungen. - Die Überschreitung der Veränderungsrate im Nicht-DRG-Bereich ist mit zusätzlichen 4 Millionen Euro bewertet worden und unterliegt der Fehlschätzungs-korrektur im Folgejahr. - Für die Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen wurde eine Steigerung auf 402.000 Bewertungsrelationen bei 385.000 Fällen konsentiert, die ebenfalls einer Berichtigung im Folgejahr unterliegt. - Der Angleichungsbetrag an den Bundesbasisfallwertkorridor und die letzte Stufe der Ost-West-Anpassung der höheren Gehaltsgruppen fanden ebenfalls Eingang in das Verhandlungsergebnis. - Das neue DRG-Ausgabevolumen beträgt in 2010 somit 1.147.710.000,00 Euro. - Die Klagen gegen die Landesbasisfallwerte 2008 und 2009 werden nicht mit einem Basisberichtigungs- sondern nur mit einem Erlösausgleichsbetrag in dem Landesbasisfallwert gegebenenfalls zu einer Korrektur führen, der auf das Jahr der bestandskräftigen Genehmigung des LBFW 2008 bzw. 2009 folgt. - Genehmigung durch das Sozialministerium MV am 30.06.2010 ist rechtskräftig.
02/10	Klinik 2	<p>DRG-Budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einigung der Parteien ohne Festsetzung nach Einreichung des Schiedsstellenantrags ohne mündliche Verhandlung.

11. Dokumentationsrate der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Qualitätsbüro

Krankenkassen • Krankenhausgesellschaft

bei der Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Dokumentationsrate für das Verfahrensjahr 2010

Mecklenburg-Vorpommern

Stand 11.05.2011

Modul	Bezeichnung	Datensätze		Dokumen- tationsrate
		Ist	Soll	
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	* 2.028	2.001	100,00%
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	* 483	446	100,00%
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	384	387	99,22%
10/2	Karotis-Rekonstruktion	777	804	96,64%
12/1	Cholezystektomie	4.009	4.032	99,43%
15/1	Gynäkologische Operationen	6.144	6.313	97,32%
16/1	Geburtshilfe	12.612	12.888	97,86%
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	* 1.910	1.905	100,00%
17/2	Hüft-TEP-Erstimplantation	3.039	3.062	99,25%
17/3	Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel	444	453	98,01%
17/5	Knie-TEP-Erstimplantation	2.361	2.385	98,99%
17/7	Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel	175	177	98,87%
18/1	Mammachirurgie	2.101	2.140	98,18%
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	* 18.305	18.166	100,00%
DEK	Generalindikator Dekubitusprophylaxe	* 22.703	22.689	100,00%
HCH	Herzchirurgie	1.207	1.270	95,04%
HTX	Herztransplantation	0	0	100,00%
LLS	Leberlebendspende	0	0	100,00%
LTX	Lebertransplantation	2	2	100,00%
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0	0	100,00%
NLS	Nierenlebendspende	6	6	100,00%
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	5.146	5.319	96,75%
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	57	58	98,28%
Datensätze Ist gesamt		83.893		
Datensätze Soll gesamt		84.503		
Dokumentationsrate gesamt		99,28%		

12. Übersicht Akkreditierung/ Reakkreditierung für das Gütesiegel Reha

	Einrichtung	Anschrift	Akkreditierung	Reakkreditierung
1.	Median-Klinik Wismar	Ernst-Scheel-Straße 28 23968 Wismar (Wendorf)	21.11.2002	27.02.2009
2.	Strandklinik Boltenhagen	Ostseeallee 103 23946 Ostseebad Boltenhagen	20.12.2002	16.01.2009
3.	Bernsteinklinik Binz	Proraer Straße 27 18609 Ostseebad Binz /Rügen	20.02.2003	
4.	Fachklinik Feldberg GmbH	Buchenallee 1 17258 Feldberger Seenlandschaft	22.05.2003	18.01.2007
5.	AOK-Klinik Rügen	Hafenstraße 1 18556 Wiek/Rügen	20.08.2004	17.03.2011
6.	Kinder-Rehazentrum Usedom GmbH	Strandstraße 3 17459 Kölpinsee a. Usedom	07.12.2004	

13. Verzeichnis der Krankenhausinformationen und -sonderinformationen

Krankenhausinformationen

13.01.2010

- 001/10 EUReview Dezember 2009
- 002/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Schlüsselfortschreibung vom 16.12.2009 mit Wirkung zum 1.1.2010 (FPV 2010)
(Psychiatrie, Psychosomatik, Belegpatienten, Fehlercodes)
- 003/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Aktuelle Dokumentation mit Stand ab 1. Januar 2010
- 004/10 § 301-Datenübermittlung: Abrechnung ambulanter Operationen - Umsetzung
des neuen AOP-Vertrages ab 1.1.2010
- 005/10 Pflegekostentarif und DRG-Entgelttarif für das Jahr 2010
- 006/10 Rechnungsmuster nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
- 007/10 Anpassung des Basiszinssatzes nach § 247 Abs. 2 BGB zum 01. Januar 2010
- 008/10 Veröffentlichung des Abschlussberichts zur Weiterentwicklung des G-DRG-
Systems für das Jahr 2010 sowie des G-DRG V2008/2010 Report-Browsers
- 009/10 Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011 - Eröffnung des Vorschlags-
verfahrens und Aufruf zur Beteiligung
- 010/10 Intensivmedizinische Komplexbehandlungen im Kindesalter
Bezug: KGMV-Info Nr. 303/09 v. 17.11.2009
- 011/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – sektorenübergreifende Versorgung-
Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V: biliäre Zirrhose
und Kurzdarmsyndrom
- 012/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Methoden Kran-
kenhausbehandlung“ – Ausschluss der Hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO)
zur Behandlung von Brandwunden sowie der idiopathischen Femurkopfnekrose
des Erwachsenen
- 013/10 18. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V
(Plenum)
hier: Qualitätssicherungsrichtlinie zum Bauchaortenaneurysma, Beschluss über
eine Änderung der bisherigen Vereinbarung
- 014/10 18. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V
(Plenum)
hier: Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Beschluss eines In-
formationsfaltblatts und eines Posters über den Qualitätsbericht
- 015/10 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009
- Verfahrensordnung (Anpassung der Fristenbestimmungen bei Aussetzungen)
- Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (interstitielle Brachytherapie
beim lokal begrenzten Prostatakarzinom)
- Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien (Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses)
- 016/10 BMG-Nichtbeanstandung zu einem Beschluss vom 20. August 2009
hier: Mindestmengen in der Frühgeborenenversorgung

- 017/10 Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b 5GB V
- Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009
- 018/10 Programm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
hier: 4. Quartalsbericht 2009
- 019/10 Krankenhausstatistik – DKG-Modul für das Berichtsjahr 2009
- 020/10 Aktuelle GEMA-Vergütungssätze für 2010
hier: Weiterleitungs-Tarif WR-S 2, Wiedergabe-Tarife FS, R, M-U und BT
- 021/10 Umsatzsteuerliche Behandlung von Zahlungen der Kommunen an Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft
- 022/10 Kommunalen Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern
hier: Rundschreiben K1/2010
„Forderungen des Marburger Bundes für die Tarifrunde 2010
- 023/10 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
Telematikkonformität, Profil VSD Version 1.2.3
- 024/10 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Evaluation der 10.000er Feldtests
- 025/10 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2010 (VBE 2010) – Abschluss des Unterschriftenverfahrens
- 026/10 Musterverträge nach § 20b Abs. 2 AMG mit Gewebefabriken bzw. Herstellerbetrieben
- 027/10 Erstes Gesetz zur Änderung des Nichtraucherschutzgesetzes Mecklenburg-Vorpommern
- 028/10 Erste Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung
- 029/10 Verordnung über die Änderung der Auswahlkriterien für Blut und Blutbestandteile spendende Personen im Fall einer Influenza-Pandemie (Blutspende-Pandemieverordnung-BluPanV)
- 030/10 Achte Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung
- 031/10 Fälligkeit der Ausschlussfrist für den arbeitsrechtlichen Freistellungsanspruch
- Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 25. Juni 2009, Az.: 8 AZR 236/08
- 032/10 Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V
- Aktuelle Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz
- 033/10 Eingruppierung von Oberärzten im TV-Ärzte/VKA und TV-Ärzte/TdL
BAG-Urteil vom 9.12.2009
- 28.01.2010**
- 034/10 Beschluss des CDU-Bundesvorstandes (Berliner Erklärung)
- 035/10 Teilnahme an der Ausbildungskostenkalkulation gemäß § 17a KHG
- 036/10 Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych)
gem. § 17d KHG

- 037/10 Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)
hier: Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psych-PV
- 038/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung“:
Inkrafttreten der Beschlüsse zur Protonentherapie bei altersabhängiger Makuladegeneration (AMD) und der autologen Chondrozytenimplantation (ACI) am Großzehengrundgelenk zum 14.01.2010
- 039/10 Gemeinsamer Bundesausschusses - Methodenbewertung
Inkrafttreten der Ausschlüsse der hyperbaren Sauerstofftherapie (HBO) zur Behandlung von Brandwunden sowie der idiopathischen Femurkopfnekrose des Erwachsenen zum 16.12.2009
- 040/10 DKI-Studie „Weiterentwicklung der nichtärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen“
- 041/10 Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse
- 042/10 Kosten für den Transport von Eigenblutspenden
- Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 31.03.2009, Az.: S 4 KR 163/07
- 043/10 Literaturhinweis
hier: Neue Veröffentlichungen der DKVG
- Jahresabschluss im Krankenhaus
- Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung ambulanter Leistungen im Krankenhaus
- 044/10 Veranstaltungshinweis
hier: Verband für Sicherheitstechnik e.V. – Kongress am 20./21. April 2010
- 08.02.2010**
- 045/10 Haushaltsdebatte im Deutschen Bundestag
- 046/10 Wachstumsbeschleunigungsgesetz
- Änderung der Regelungen zur Abschreibung, § 6 Abs. 2 und 2a EStG
- 047/10 Übermittlung der Daten nach § 21 KHEntgG an das InEK für das Datenjahr 2009
- 048/10 Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 KHG zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags für das Jahr 2010
- Abschluss des Unterschriftenverfahrens
Bezug: KGMV-Sonderinfo Nr. 076/09 v. 21.12.2009
- 049/10 Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zu § 116b Abs. 2 SGB V (überarbeitet)
- 050/10 Erhöhung der Aufwandserstattung für Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Postmortalspende zum 01.01.2010
- 051/10 Ausbildungskostenkalkulation gemäß § 17a KHG
- 052/10 Verfahren zur Verordnungsfähigkeit der zulassungsüberschreitenden Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien gemäß § 35c SGB V

- 053/10 2. Termin der Tarifrunde 2010 mit dem Marburger Bund
- 054/10 Strahlenschutz
hier: Orientierungshilfe für Bild gebende Untersuchungen
- 055/10 Aktuelle GEMA-Vergütungssätze für 2010
- Wiedergabetarife FS, R, M-U und BT
- 056/10 Teilnahmeempfehlung für die DKI-Studie „Ärztmangel im Krankenhaus“
- 057/10 Anwendung der GOÄ auf konsiliarärztliche Rahmenverträge
- Urteil des BGH vom 12. November 2009, Az.: III ZR 110/09
- 058/10 Veranstaltungshinweis
hier. Lehrgänge der Fachschule SteriConsult Greifswald GmbH
- 059/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Dezember 2009 – Januar 2010
- 26.02.2010**
- 060/10 EUReview Januar 2010
- 061/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Schreiben der DAK zur Abrechnung stationärer Krankenhausfälle
- 062/10 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)
- 063/10 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
- Veröffentlichung der Prüfergebnisse durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -
- 064/10 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009, Verfahrensordnung: Anpassung der Fristenbestimmung bei Aussetzung Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenztem Prostatakarzinom sowie Häusliche Krankenpflegerichtlinien.
- 065/10 Meldung der EBM-Ziffern für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf nach § 116b Abs. 5 SGB V
- 066/10 Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V
Klage der KBV gegen Beschlüsse diese G-BA zur Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen bzw. Multiple Sklerose/Tuberkulose
- 067/10 Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG - Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung -
hier: Einleitung des Unterschriftenverfahrens
- 068/10 Ausbildung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten (OTA)
- 069/10 Nutzung von Sonderkanälen in Kabelfernsehtzen
- Umsetzung des Sicherheitsfunk-Schutzverordnung im Krankenhaus
- 070/10 Medizinprodukte
hier: Software als Medizinprodukt

- 071/10 Medizinische Versorgung von Patienten ohne gültigen Aufenthaltsstatus
- Allgemeine Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz
- 072/10 Dritte Landesverordnung zur Übertragung von Zuständigkeiten auf das Landesamt für Gesundheit und Soziales
- 073/10 Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für die Polizeivollzugsbeamten (Polizeivollzugsbeamten-Heilfürsorgeverordnung – PolHeilFürsV M-V)
- 074/10 Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienst
Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 15.07.2009 –5 AZR 867/08
- 075/10 Änderung der Rechtsprechung zur Tarifeinheit
BAG-Beschluss vom 27.01.2010 – 4 AZR 549/08 (A)
- 076/10 Anrechnung von Zeiten als Arzt im Praktikum (AiP) im TV-Ärzte/TdL
BAG-Urteil vom 23.09.2009 – 4 AZR 382/08
- 077/10 Literaturhinweis
hier: Veröffentlichungen der Deutschen Krankenhausverlagsgesellschaft
- 078/10 Veranstaltungshinweis
hier: Ankündigung 10. KTQ-Forum am 26./27. November 2010 in Berlin
- 079/10 Veranstaltungshinweis
hier: Tagesseminar Notfallmanagement Uniklinikum Dresden
- 10.03.2010**
- 080/10 ICD-10-GM Version 2011
-Veröffentlichung einer Sondervorabversion für den Bereich „Leukämien und Lymphome-“
- 081/10 OPS-Kodes für die Psychiatrie / Psychosomatik – Unterjährige Revision
- 082/10 Datenschutzrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Organtransplantationen
- 083/10 Umsetzungshinweise der DKG zum neuen Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V
- 084/10 Haftpflichtversicherung für Konsiliar- und Honorarärzte
- 085/10 19. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum)
hier: Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
- 086/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung“ (Beschluss des G-BA vom 18.02.2010):
Ausschluss der Autologen Chondrozyten Implantation (ACI) am Sprunggelenk
- 087/10 Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das AQUA-Institut zur sektorenübergreifenden und sektorengleichen Qualitätssicherung
hier: Einladung des AQUA-Instituts zur Teilnahme am Scoping Workshop „Kolo- rektales Karzinom“ am 24. März 2010 in Heidelberg
- 088/10 Deutsches Krankenhaus Verzeichnis - Aktualisierung um Daten der externen Qualitätssicherung

26.03.2010

- 089/10 GKV-Finanzentwicklung 2009
- 090/10 Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG - Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung - hier: Abschluss des Unterschriftenverfahrens
- 091/10 Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik - Inkrafttreten voraussichtlich ab 01.07.2010
- 092/10 Tarifabschluss zwischen VKA / Bund und ver.di / dbb tarifunion
- 093/10 Kommunalen Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern hier: Chefmitteilung 4/2010
- 094/10 Richtlinie Externe vergleichende Qualitätssicherung (stationär) § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – hier: Inkrafttreten des Änderungsbeschlusses vom 17.12.2009
- 095/10 Aktionsbündnis Patientensicherheit hier: Befragung des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn
- 096/10 Fusion der AOK Niedersachsen und der IKK Niedersachsen zum 01.04.2010 hier: Informationen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen
- 097/10 Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) - Aktuelle Entwicklungen
- 098/10 Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE)
- 099/10 Literaturhinweis hier: Neue Veröffentlichungen der DKVG
- Krankenhausrecht 201 – Rechtsvorschriften des Bundes
- Krankenhausrecht kompakt 2010
- Kommentierung Deutsche Kodierrichtlinien Version 2010
- Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V 8./9. Forderung-
Stand:01.01.2010
- 100/10 conhIT 2010 - Termin und Programm
- 101/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: März 2010

09.04.2010

- 102/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V – Zusatzentgelte - Schlüsselfortschreibung vom 19.3.2010 mit Wirkung zum 1.4.2010
- 103/10 Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich
- 104/10 20. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum)
hier: Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Lang wirkende Insulinanaloge zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2
- 105/10 Gemeinsame Vereinbarung der DKG, des GKV-Spitzenverbandes und der PKV über die Zuschläge zur externen stationären Qualitätssicherung für das Jahr 2010
- Abschluss des Unterschriftenverfahrens

- 106/10 „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“ des Gemeinsamen Bundesausschuss
Hier: Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger
- 107/10 Studie zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- 108/10 Verhandlungen zum TV-Ärzte/VKA
- 109/10 Telefonkosten im Krankenhaus – Schreiben des BMG vom 12.03.2010
- 110/10 Eckpunkte über eine Reform der Arzneimittelversorgung
- 111/10 Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach § 117 bis § 119 SGB V (Unterschriftsfassung)
- 112/10 Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes für Beherbergungsleistungen (§ 12 Abs. 2 Nr. 11 UStG) ab dem 1. Januar 2010
- 113/10 Vergütungsanspruch gegen Unfallversicherungsträger
hier: Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.01.2010 (Az.: B 2 U 28/08 R)
- 29.04.2010**
- 114/10 Fusion der AOK Niedersachsen und der IKK Niedersachsen zum 01.04.2010
hier: Informationen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen - Nachtrag
Bezug: KGMV-Info Nr. 096/10 v. 26.03.2010
- 115/10 Prozedurenverschlüsselung in der Psychiatrie/Psychosomatik
- Ablehnung der unterjährigen OPS-Revision durch das BMG
- 116/10 Medizinprodukte
hier: Klinische Prüfungen von Medizinprodukten und Leistungsbewertungsprüfungen von In-vitro-Diagnostika
- 117/10 Bulletin zur Arzneimittelsicherheit
- 118/10 Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
hier: Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 19.04.2010
- 119/10 „Agenda Patientensicherheit 2009“ des APS
- 120/10 Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut: Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten
- 121/10 Tarifverhandlungen für Ärzte zwischen VKA und Marburger Bund gescheitert
- 122/10 Informationen des Kommunalen Arbeitgeberverbandes Mecklenburg-Vorpommern
hier: Rundschreiben A 5/2010 und Presseinformationen
- 123/10 Befragung zum klinischen Risikomanagement (Umfrage)
hier: Teilnahmeempfehlung an die Krankenhäuser
- 124/10 Projekt Krankenhaus Barometer
hier: Teilnahme-Empfehlung Umfrage 2010

- 125/10 Verordnung über die Vergütungen für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Hebammenvergütungsverordnung – HebVergVO M-V)
- 126/10 Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif
- 127/10 Psychiatrische Institutsambulanzen – Aktueller Verhandlungsstand zur dreiseitigen Vereinbarung gem. § 118 Abs.2 SGB V auf Bundesebene
- 128/10 Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V (Form und Inhalt der Abrechnungunterlagen für die Einrichtungen nach § 117 bis § 119 SGB V)
- 129/10 Urteil des BSG vom 12.01.2010 (Az.: B 2 U 28/08 R): Vergütungsanspruch gegen Unfallversicherungsträger
Hier: keine Erforderlichkeit von Verträgen nach § 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII
- 130/10 Sanierungsbeitrag nach § 8 Abs. 9 KHEntg i.d.F. des GKV-WSG
- Urteil des LSG NRW vom 9. September 2009, Az.: L 16 KR 14/09
- 131/10 Rechnungsabschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntg (a. F.)
- Urteile des Bundessozialgerichts vom 20.04.2010
- 132/10 Veranstaltungshinweis
hier: 2. Landespräventionstag M-V inkl. 21. Marktplatz Gesundheit - 08.05.2010
"Fit durch "Vorbeugen" - Kostenloser Informationstag für die ganze Familie
- 133/10 Veranstaltungshinweis
hier: Tagesseminar „Vorbereitung und Durchführung einer Übung auf der Grundlage des Handbuchs“ in Bad Segeberg
- 134/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: März/April 2010
- 18.05.2010**
- 135/10 Klinikum Karlsburg – Zertifizierung durch die Gesellschaft für Kardiologie
- 136/10 GKV-Schätzerkreis
- 137/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Aktuelle Dokumentation mit Stand ab 19. März 2010
- 138/10 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.04.2010
- Versorgungsorientierung
- Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
- Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien
- Richtlinie Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 139/10 Chefmitteilungen Krankenhäuser 10/2010 des Kommunalen Arbeitgeberverbandes Mecklenburg-Vorpommern
hier: Materialien für die Presse zum Tarifkonflikt mit dem Marburger Bund
- 140/10 Ausbildung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten (OTA)
- 141/10 Verordnung zur Kostenerhebung der beruflichen Schulen, die durch Dritte individuell gefördert werden, und zur Gebührenerhebung für Maßnahmen, die über das Regelangebot der beruflichen Schulen hinausgehen (Kostenverordnung berufliche Schulen – BSKoVO-M-V)

- 142/10 Integrierte Versorgung
- Urteil des SG Mainz vom 11.12.2009, Az.: S 11 KR 188/07
- 143/10 Rechnungsabschluss nach § 8 Abs. 9 KHEntgG (a. F.)
- Urteile des Bundessozialgerichts vom 29.04.2010
- 144/10 Literaturhinweis:
hier: Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich - Umgang mit Kartellrecht und Kartellbehörden und „Kommentierung Abrechnungsbestimmungen und VBE 2010“
- 27.05.2010**
- 145/10 GKV-Änderungsgesetz
hier: Anhörung am 19. Mai 2010
- 146/10 Übermittlung der L4-Diagnosestatistik nach § 17 Abs. 4 BPfIV
- 147/10 Zuzahlungsinkasso nach § 43b Abs. 3 SGB V – FAQ-Liste
hier: Abstimmung aktueller Fragestellungen mit dem GKV-Spitzenverband
- 148/10 KHG-Investitionsförderung im Jahr 2009
- 149/10 Finanzierung des Systems der Krankenversicherung begutachtet Gutachten
- 150/10 Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE)
- Öffentliche Bekanntmachung des BMG zur Übernahme der Geschäftsstelle
- 151/10 Tarifverhandlungen für Ärzte zwischen VKA und Marburger Bund
- 152/10 Psychiatrische Institutsambulanzen
hier: Neue dreiseitige Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V (Unterschriftfassung)
- 153/10 Literaturhinweis
hier: Materialiensammlung zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V
- 14. Auflage 2010
- 154/10 Erste Verordnung zur Änderung der DIMDI-Verordnung
- 155/10 Verordnung über klinische Prüfungen von Medizinprodukten und zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften
- 156/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Mai 2010
- 10.06.2010**
- 157/10 Vorwurf „Falschabrechnungen durch Krankenhäuser“
- 158/10 Verfahren zur Verordnung besonderer Arzneimittel nach § 73d SGB V (sog. Zweitmeinungsverfahren)
hier: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20.05.2010 und Information zum Umsetzungsstand des Verfahrens
- 159/10 Medizinprodukte
Verordnung über klinische Prüfungen von Medizinprodukten und zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften
Erste Verordnung zur Änderung der DIMDI-Verordnung

- 160/10 Krankenhaus-Report 2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO)
- 161/10 Vereinbarung über die erste Fortschreibung der Durchführungsbestimmung zum Bericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) über die Tätigkeit der Transplantationszentren nach § 6 des Beauftragungsvertrages nach § 11 TPG
- 162/10 Kommunalen Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern
hier: Tarifeinwanderung mit dem Marburger Bund,
Rundschreiben R 159/2010 des VKA
- 163/10 Literaturhinweis
hier: Neue Veröffentlichungen der DKVG mbH
- Kompendium zum G-DRG-System 2010
- Krankenhaushaftung
- 164/10 Veranstaltungshinweis
113. Deutscher Ärztetag in Dresden
- 165/10 Veranstaltungshinweis
hier: Tagesseminar
„Der bauliche Brandschutz und seine Besonderheiten im Krankenhaus“
- 166/10 Veranstaltungshinweis
hier: Qualifizierende Weiterbildung Health Care Manager

25.06.2010

- 167/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Nachtrag vom 11.6.2010 mit Wirkung zum 1.7.2010, Entwurf
(Übernahme der Regelungen der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V)
Nachtrag vom 28.6.2010 mit Wirkung zum 1.10.2010, Entwurf
(Besondere Hinweise zum Zuzahlungsverfahren)
- 168/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Nachtrag vom 11.6.2010 mit Wirkung zum 1.7.2010
(Übernahme der Regelungen der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V)
- 169/10 Weitere HTA Berichte in der Schriftenreihe „Health Technology Assessment“
des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information
(DIMDI) erschienen
- 170/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Methoden ver-
tragsärztliche Versorgung“:
Hier: Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger; Prüfung
durch das BMG nach § 94 SGB V
- 171/10 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG
- 172/10 Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Beschluss des Landessozialgerichts Sachsen vom 03.06.2010 – Az.: L 1 KR
94/10 B ER
- 173/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Mai - Juni 2010

12.07.2010

- 174/10 Bundesregierung beschließt Sparpaket und GKV-Finanzierung 2011

- 175/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V – neue Entgelte, EBM - Schlüsselfortschreibung vom 25.6.2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010
- 176/10 Fusion der AOK Niedersachsen und der IKK Niedersachsen zum 01.04.2010
Ergänzende Informationen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen
Bezug: KGMV-Info Nr. 096/10 v. 26.03.2010
- 177/10 Versorgung der AOK-Versicherten mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus
- 178/10 23. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum)
hier: Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
- 179/10 Erstfassung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
hier: Bundesanzeigerveröffentlichung vom 18. Juni 2010
- 180/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Häusliche Krankenpflege“ und „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“:
Hier: Prüfung durch das BMG nach § 94 SGB V
- 181/10 Verkürzung des Zivildienstes auf sechs Monate
- 182/10 Fernsehversorgung im Krankenhaus
Einstellung der analogen Satellitenübertragung
- 183/10 Kommunaler Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern
hier: Chefmitteilung 17/2010/ Tarifinfo 9/2010 der VKA
- 184/10 Arzneimitteltherapiesicherheit
hier: Aktionsplan 2010-2012 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland
- 185/10 Aktionsbündnis Patientensicherheit
hier: „Jeder Tupfer zählt“ - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet
- 186/10 Vereinbarung nach § 15 Abs. 2 Nr. 1 BPfIV (L4-/L5-Statistik): Kündigung
- 187/10 Änderung der Rechtsprechung zur Tarifeinheit
Beschlüsse des BAG vom 23. Juni 2010 - 10 AS 2/10 - und - 10 AS 3/10
- 26.07.2010**
- 188/10 GKV-Änderungsgesetz – Ausschussempfehlung und Beschluss Bundestag
- 189/10 GKV Finanzentwicklung im 1. Quartal 2010
- 190/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Aktuelle Dokumentation mit Stand ab 1.7.2010
- 191/10 18. Hauptgutachten der Monopolkommission
- 192/10 Benennung eines neuen Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- 193/10 Anpassung des Basiszinssatzes nach § 247 Abs. 2 BGB zum 01. Juli 2010
- 194/10 Aktionsbündnis Patientensicherheit
hier: Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (www.kh-cirs.de)

- 195/10 Zweiter Pflegegipfel vom April 2009
hier: Pflegestellen – Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
- 196/10 Versorgung der AOK-Versicherten mit Systemen zur Sauerstofftherapie ab 02.08.2010
hier: Schreiben der AOK M-V vom 12.07.2010
- 197/10 Qualitätssicherung mit Abrechnungsdaten („Routinedaten“)
- 198/10 Externe stationäre Qualitätssicherung
hier: G-BA-Beschlüsse vom 15.07.2010
Bundesauswertung 2009
Verfahren zur sekundären Nutzung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung
- 199/10 DKI-Studie „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“
- 200/10 Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V
Hinweise für die Übermittlung ab dem 3. Quartal 2010
- 201/10 Arbeitsschutz
hier: Neue EU-Richtlinie zur Vermeidung von Schnitt- und Stichverletzungen
- 202/10 Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009 - Az.: B 3 KR 12/08 R - zu Nachforderungen von Krankenhäusern
- Ergänzende Hinweise und Empfehlungen
- 203/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Juni/Juli 2010
- 10.08.2010**
- 204/10 DKG-Positionen zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung
- 205/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Nachtrag vom [28.6.2010] 22.9.2010 mit Wirkung zum 1.1.2011, 2. Entwurf
(Besondere Hinweise zum Zuzahlungsverfahren)
- 206/10 ICD-10-GM 2011: Veröffentlichung der Vorabversion am 03.08.2010
- 207/10 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V (Plenum)
hier: Abnahme des Methodenpapier der Institution nach § 137a SGB V
- 208/10 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum)
zu Mindestmengen in der Frühgeborenenversorgung
hier: Schreiben der DKG an das BMG
- 209/10 „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)“ des Gemeinsamen Bundesausschuss
Hier: Asynchrone Photosoletherapie im Vollbad
- 210/10 Empfehlung des ABAS zur Anwendung der sichereren Systeme in der Dialyse
- 211/10 Arzneimittelsicherheit
hier: Überarbeiteter Berichtsbogen zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)
- 12/10 Einstellung der ambulanten Durchführung der Schlafstörungsdiagnostik

- 213/10 Infektionsschutz
hier: Hinweise zur Meldepflicht für Labore
- 214/10 Förderprogramm
Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung: Antragsfrist verlängert bis Mitte 2011
- 215/10 Gefahrguttransport
hier: Neue Regelungen für den Postversand Klasse 6.2
- 216/10 Geförderte Schwangerschaftsberatungsstellen des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Stand: Juli 2010
- 217/10 Gesetz zur Schaffung zukunftsfähiger Strukturen der Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Kreisstrukturgesetz
- 218/10 Gesetz über die Zuordnung im Rahmen der Landkreisneuordnung
- 219/10 Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften
- 220/10 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
hier: Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- 221/10 Arbeitsschutz
hier: Schutz der Arbeitnehmer vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung
- 222/10 Verordnung über das Inverkehrbringen von Arzneimitteln ohne Genehmigung oder ohne Zulassung in Härtefällen (AMHV); Compassionate Use
- 223/10 Neunte Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung
- 224/10 Rückzahlungsansprüche gegen die VG Media
– Urteil des BGH vom 12.11.2009, Az.: I ZR 160/07
- 225/10 Auszug aus Rundschreiben K8/2010 des Kommunalen Arbeitgeberverbandes Mecklenburg-Vorpommern vom 20.07.2010
hier: Umkleidezeit
- 226/10 Rechnungsabschluss nach § 8 Abs. 9 KHEntgG (a.F.)
- Urteile des Bundessozialgerichts vom 20.04.2010
- 227/10 Medizinische Versorgungszentren – Aktuelle Entwicklungen in der Rechtsprechung
- 228/10 Literaturhinweis
hier: Umgang mit Haftungsfällen im Krankenhaus
- 229/10 Veranstaltung zu Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus
hier: Symposium am 10. Februar 2011 in Berlin
- 31.08.2010**
- 230/10 Referentenentwurf „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)“
- 231/10 OPS-Version 2011: Veröffentlichung der Vorabversion

- 232/10 Neuordnung der Finanzierung des öffentlich-rechtlichen Rundfunks
Intervention der DKG für eine Begrenzung des Rundfunkbeitrags für Krankenhäuser
- 233/10 Programm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
hier: Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung
- 234/10 Bericht der Bundesregierung über die Situation der Versorgung der Bevölkerung mit Gewebe und Gewebezubereitungen nach Artikel 7a Gewebegesetz
- 235/10 Qualitätsreport 2009
- 236/10 Vorbericht des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) "Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei Kopf- und Halstumoren" [D06-01B]
- 237/10 Krankenhausstatistik 2009 (vorläufige Ergebnisse)
- 238/10 Europäisches HOPE-Austauschprogramm für Krankenhausmitarbeiter/ -innen 2011
Termin: 31.10.2010
- 239/10 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG
- 240/10 Novellierung des Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetzes
hier: Referentenentwurf des Kreislaufwirtschaftsgesetzes (KrWG)
- 241/10 Strahlenschutz
hier: Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen
- 242/10 Fünfzehnte Verordnung zur Neufestsetzung der Beträge nach § 7 Absatz 1 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen
- 243/10 Kein Anspruch von Chefarzten auf Überleitung in den TV-Ärzte/VKA
- Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 09.06.2010 (Az.: 5 AZR 122/09)
- 244/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Juli-August 2010
- 16.09.2010**
- 245/10 Hilfeersuchen
hier: Demokratische Republik Kongo
- 246/10 Zeitplan GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)
- 247/10 Daten nach § 21 KHEntgG: Version 2011 für das Datenjahr 2010
Fortschreibung vom 13. August 2010
- 248/10 Verlängerung der Antragsfrist zum Förderprogramm betrieblich unterstützter Kinderbetreuung bis zum 1. Juli 2011
- 249/10 ACHTUNG: Budgetverhandlungen zum Ausbildungsbudget gemäß § 17a KHG;
Hier: Vereinbarung der gemeinsamen Finanzierung der Personalkosten für die hauptberuflichen Lehrkräfte an den mit Krankenhäusern und Kliniken verbundenen beruflichen Schulen

- 250/10 Anforderung von Krankenunterlagen durch Krankenkassen gem. § 294a SGB V
- Ergebnis der Sitzung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 12.08.2010
(Az.: B 3 KR 16/09 R)
- 251/10 Veranstaltungshinweis
hier: Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses
2010
- 252/10 Veranstaltungshinweis
hier: Termine Strahlenschutz-Kurse 2010/2011 des „Haus der Technik e. V.“
Essen
- 253/10 Veranstaltungshinweis
hier: Einladung zur BVMed-Sonderveranstaltung 'Patientensicherheit, Innovation
und Healthcare Compliance - erfolgreich vernetzt' am 24. November 2010 in
Berlin
- 06.10.2010**
- 254/10 GKV-Finanzentwicklung 1. Halbjahr 2010
- 255/10 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011
hier: Abrechnungsbestimmungen für das Jahr 2011
- 256/10 DKG-Stellungnahme zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission
- 257/10 Einheitlicher Basisfallwert und einheitlicher Basisfallwertkorridor gemäß § 10
Abs. 9 KHEntgG
- 258/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Nachtrag vom 22.9.2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011
- 259/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Schlüsselfortschreibung vom 29.9.2010 mit Wirkung zum 1.10.2010
- 260/10 ICD-10-GM 2011: Veröffentlichung der amtlichen Version
- 261/10 G-DRG-Katalog 2011
- 262/10 Veröffentlichung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011
- 263/10 AOK Niedersachsen führt zum 19. Oktober 2010 neue Abrechnungssoftware
ein
- 264/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – diamorphingestützte Substitution Opiatab-
hängiger und Neugeborenenhörscreening:
Hier: Schaffung einer Gebührenordnungsposition
- 265/10 Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung (KB-RL): Regelung zur
künstlichen Befruchtung bei HIV-betroffenen Paaren - Beschluss des Gemein-
samen Bundesausschusses vom 16.09.2010
- 266/10 Erweitertes Führungszeugnis gemäß § 30a Bundeszentralregistergesetz
(BZRG) für kinder- und jugendnah Beschäftigte in Krankenhäusern
- 267/10 Durchführung des Medizinproduktegesetzes
hier: Warnmeldung des BfArM vor Produkten des Herstellers CC Medical Pro-
ducts „Urinbeutel für Kinder mit Klebezone 200 ml“

- 268/10 Verordnung für Schulen in freier Trägerschaft
(Privatschulenverordnung – PschVO M-V)
- 269/10 Künstlersozialabgabe-Verordnung 2011
- 270/10 Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V
- Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 - Az.: B 1 KR 1/10 R
- 271/10 Literaturhinweis:
hier: DKG-Broschüre „Elektronische Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung –
Stand und Umsetzungsperspektiven im Krankenhaus“
- 272/10 Literaturhinweis:
hier: Patientenmagazin "Klinik Rundschau"
- 273/10 Literaturhinweis:
hier: DKG-Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten“, aktuelle Ausgabe 2010
- 274/10 Literaturhinweis:
hier: 8. Sachbericht der Klinischen Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern
- 275/10 Veranstaltungshinweis:
hier: Einladung zum 33. Deutschen Krankenhaustag vom 17. bis 20. November
2010 in Düsseldorf

26.10.2010

- 276/10 Hilfeersuchen
hier: Polen
- 277/10 GKV-FinG / Beschluss und Protokoll des Bundesrates
- 278/10 Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises vom 30. September 2010
- 279/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Aktuelle Dokumentation mit Stand ab 1.10.2010
- 280/10 Veröffentlichung der Deutschen Kodierrichtlinien
für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) – Version 2011
- 281/10 Terminalsache
Gemeinsamer Bundesausschuss – Bewertung der Enukleation der Prostata
mittels Thulium-Laser (TmLEP) und der Ablation der Prostata mittels Thulium-
Laser (TmLAP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms nach § 137c
SGB V
- 282/10 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) –
Veröffentlichung der Verfahrenseckpunkte und des Erfassungstools für 2011
- 283/10 Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der SPD zur Zukunft der
Medizinischen Versorgungszentren
– Drucksache 17/2932 –
- 284/10 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutsch-
land
- Literaturhinweis -
- 285/10 Managerkreis der Friedrich Ebert Stiftung fordert Ausbau der Krankenhäuser zu
Gesundheitszentren

- 286/10 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- 287/10 - Umfrage -
hier: Befragung der Krankenhäuser durch den Axel-Springer-Verlag / BILD-Zeitung
- 288/10 Bekanntmachung der Neufassung des Schulgesetzes
- 289/10 Sozialversicherungs-Rechengrößen für das Jahr 2011
- 290/10 Chefarzt als leitender Angestellter
- Beschluss des Bundesarbeitsgerichts vom 05.05.2010 – Az.: 7 ABR 97/08
- 291/10 Literaturhinweis
hier: Veröffentlichung der DKI-Studie „Ärztmangel im Krankenhaus“
- 292/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Oktober 2010
- 09.11.2010**
- 293/10 Fortgang GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)
- 294/10 GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) – Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates
- 295/10 Sonder-GMK am 25. Oktober 2010 - Inhalte und Ergebnisse
- 296/10 Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2011
- Abschluss des Unterschriftenverfahrens
- 297/10 Hinweise des InEK zur Leistungsplanung / Budgetverhandlung 2011
- 298/10 OPS-Version 2011 – Veröffentlichung der endgültigen Fassung
- 299/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
- 300/10 Früh- und Neugeborenenversorgung
Korrespondenz bezüglich des Mindestmengenbeschlusses mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis einschließlich 26.10.2010.
hier: Korrespondenz im Original zur Kenntnisnahme
- 301/10 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012
- 302/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinien „Methoden Krankenhausbehandlung“ und „Methoden vertragsärztliche Versorgung“:
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen
- 303/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung“:
Aussetzung der Beschlussfassung zur Protonentherapie beim inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC-Stadien I-III
Ausschluss der Protonentherapie beim operablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) sowie bei Tumoren des UICC-Stadiums IV

- 304/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinien „Methoden Krankenhausbehandlung“ und „Methoden vertragsärztliche Versorgung“: Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei malignen Lymphomen – Veröffentlichung der Dokumente durch den G-BA
- 305/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Bewertung der Vakuumversiegelungstherapie im Krankenhaus nach § 137c SGB V
- 306/10 Zukunft der ambulanten fachärztlichen Versorgung
- 307/10 Wahlleistung Unterkunft
hier: Anpassung für Preise der Komfortelemente für das Jahr 2011
- 308/10 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 (VBE 2011)
- 309/10 Kommunalen Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern
hier: Rundschreiben K11/2010
Zeitzuschläge, Überstundenentgelte, Umsetzung der Tarifeinigung v, 09.06.2010
- 310/10 Chefarztverträge
- Kein Anspruch auf Überleitung der Chefarzte in den TV-Ärzte (VKA)

10.11.2010

- 311/10 Sanierungsbeitrag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG a.F.
- Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 09.09.2010 (Az.: 1 BvR 2005/10 und 1 BvR 2006/10)
- 312/10 Anfragen an das InEK im Zusammenhang mit dem G-DRG-System
- Einführung eines regelgebundenen Verfahrens zur Beantwortung von Anfragen ab dem 01.10.2010
- 313/10 Geltungsbereich der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR)
- 314/10 Zu- und Abschläge für Über- und Unterversorgung nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 SGB V beim Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V
- 315/10 Neuordnung der Finanzierung des öffentlich-rechtlichen Rundfunks
- Anhörung zum Entwurf eines 15. Rundfunkänderungsstaatsvertrages (RÄndStV)
- 316/10 Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Zusammenhang mit nachfolgender stationärer Behandlung
– Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 12.03.2010 (L 24 KA 1017/05)

23.11.2010

- 317/10 EUReview November 2010
- 318/10 SPD-Präsidium beschließt Eckpunkte zur Bürgerversicherung
- 319/10 Daten nach § 21 KHEntgG: Version 2011 für das Datenjahr 2010
Fortschreibung vom 1.12.2010 (Entwurf)
- 320/10 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS Version 2011)
- Prozedurenkodes für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik

- 321/10 MDK-Prüfungen von Fällen mit Behandlungsbeginn in den Jahren 2006 und 2007 (Altfälle)
- 322/10 Einzelverträge der Krankenhäuser mit der VG Media
- Inkassomandat der GEMA
- 323/10 Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
hier: Nicht-Beanstandung gemäß § 94 SGB V eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 05.11.2010
- 324/10 Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)
hier: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21.10.2010
- 325/10 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
- 326/10 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – Ausschussempfehlung und Beschlussfassung
- 327/10 Sachbezugswerte 2011
Dritte Verordnung zur Änderung der SvEV
- 329/10 Ambulantes Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V
- Urteil des SG Berlin vom 01.09.2010 zur Klage der DKG aus dem Jahre 2005
- 330/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: Oktober-November 2010
- 06.12.2010**
- 331/10 Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)
- 332/10 Veröffentlichung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) Version 2011
- 333/10 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 11.11.2010:
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms
Kinder-Richtlinien: Screening auf Nierenfehlbildungen und Fehlbildungen der ableitenden Harnwege
- 334/10 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.09.2010
– Aufnahme der „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation“ als Kataloginhalt in die Anlage 2 Nr. 16 der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
- 335/10 Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
hier: Bundesanzeigerveröffentlichung vom 17. November 2010 und 28. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum)
- 336/10 Arzneimittel
hier: 1. 28. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V (Plenum): Therapiehinweis Omalizumab
2. Nichtbeanstandung und Bundesanzeigerveröffentlichung vom 19. November 2010 zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III – Glitazone

- 337/10 Jahrgutachten 2010/11 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung „Chancen für einen stabilen Aufschwung“
- 338/10 Zurückbehaltungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Erhebung der Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V
- Rückwirkende Entfristung vom 30.08.2010
- 339/10 Kostenerstattung nach dem Gesetz zur Hilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (§ 24b Abs. 4 SGB V)
Schreiben des InEK vom 15. November 2010
- 340/10 Nationaler Krebsplan Ziel 8 (Krebsregister)
hier: Gutachten zur Aufwand-Nutzen-Abschätzung
- 341/10 Deutsches Krankenhausverzeichnis (DKV)
hier: 1. Import der Leistungsdaten 2009 in das DKV
2. Umfrage zu Patientenbefragungen
- 342/10 eHealth-Initiative für Anwendungen der Telemedizin
- 343/10 Beurteilung der Krankenanstalten nach MB/KK
- 344/10 MDK-Prüfungen nach § 275 SGB V
- FAQ-Liste
- 345/10 Chefarztverträge
- Urteil des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf vom 06.05.2010, Az.: 13 Sa 1129/09
- 346/10 Veranstaltungshinweis
hier: Fachkongress am 10.02.2011 in Berlin
- 347/10 Veranstaltungshinweis
Kurse zum Thema „Strahlenschutz“

21.12.2010

- 348/10 GKV-Finanzierungsgesetz
hier: Antwortschreiben des Ministerpräsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- 349/10 Finanzentwicklung der GKV
- 350/10 Berichtigungsrate für das Jahr 2010 gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV
- 351/10 Pflegekostentarif und DRG-Entgelttarif für das Jahr 2011
- 352/10 Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012
Eröffnung des Vorschlagsverfahrens und Aufruf zur Beteiligung
- 353/10 Daten nach § 21 KHEntgG: Version 2011 für das Datenjahr 2010
Fortschreibung vom 1. Dezember 2010 (Korrekturfassung)
- 354/10 Vorschläge zur Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) für das Jahr 2012
- 355/10 Kabinett beschließt Rahmenprogramm Gesundheitsforschung

- 356/10 Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)
hier: Beanstandung des BMG zum G-BA-Beschluss vom 21.10.2010
- 357/10 G-BA Pressemitteilung - Außervollzugsetzung Mindestmengenerhöhung bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- 358/10 Merkblatt DWA-M 775 „Abwasser aus Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ – Stand: Dezember 2010
- 359/10 Aussetzung der Wehrpflicht und des Zivildienstes
Eckpunkte des Bundesfreiwilligendienstes
- 360/10 Verlängerung des Gesamtvertrages mit der ZWF
- 361/10 Arzneimittel
hier: Nichtbeanstandung und Bundesanzeigerveröffentlichung vom 07. Dezember 2010 zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III – Reboxetin
- 362/10 Gefahrguttransport
hier: 21. ADR-Änderungsverordnung
Multilaterale Vereinbarung
- 363/10 Externe Wahlleistungskette gem. § 17 Abs. 3 KHEntgG – BGH-Urteil III ZR 323/09
- Anspruch auf Auslagenersatz gem. § 10 GOÄ des extern hinzugezogenen Arztes
- 364/10 Kommunaler Arbeitgeberverband
hier: Chefmitteilungen Krankenhäuser 18/2010
Pressemitteilung der VKA
- 365/10 Veranstaltungshinweis
hier: VfS-Fachtagung Forensik VIII am 19./20. Januar 2011 in Nürnberg
- 366/10 Presseschau in Mecklenburg-Vorpommern und im gesamten Bundesgebiet
Stand: November – Dezember 2010
- 28.12.2010**
- 367/10 Beschluss der Bundesdelegiertenkonferenz von Bündnis 90/Die Grünen zur Gesundheitspolitik
- 368/10 Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2011
Ersetzung der Vereinbarung vom 27.09.2010
- 369/10 Excel-Programm „Ausbildungsbudget 2011.1“
- 370/10 Nicht-Vereinbarung von Richtwerten für Ausbildungsstätten für das Jahr 2011
- 371/10 DIMDI veröffentlicht FAQ's zu folgenden Themen:
Andere neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls (OPS-Kodes aus 8-98b)
Multimodale Schmerztherapie (OPS-Kodes aus 8-918)
Definition der Bezeichnung „Psychologe“
- 372/10 Medizinische Klassifikationen ICD-10-GM und OPS
Eröffnung des Vorschlagsverfahrens für die Versionen 2012

- 373/10 Ambulante Kodierrichtlinien vs. ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus
- 374/10 Vorschläge zur Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2012
- 375/10 Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych, Version 2011) gem. § 17d KHG
- Abschluss Unterschriftenverfahren
- 376/10 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 (VBE 2011)
- 377/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Änderung der Richtlinien „Methoden Krankenhausbehandlung“ und „Methoden vertragsärztliche Versorgung“:
Einschränkung der Anwendung der nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)
- 378/10/ Beteiligung externer Sachverständiger an der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)
hier: Eröffnung eines Expertenpools für medizinische Berater durch das IQWiG
- 379/10 Änderung der Richtlinien über künstliche Befruchtung (KB-RL): Regelung zur künstlichen Befruchtung bei HIV-betroffenen Paaren – Bekanntmachung BAnz Nr. 182 (S. 4003) vom 01.12.2010
- 380/10 Neufassung der Gefahrstoffverordnung
- 381/10 Entwurf einer Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Abs. 1 SGB V (Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung – AM-NutzenV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
hier: vorläufige Stellungnahme der DKG zur Verbändeanhörung am 25.11.2010
- 382/10 Statistisches Bundesamt erwartet steigende Fallzahlen im Krankenhaus durch demographischen Wandel
- 383/10 Kommunalen Arbeitgeberverband Mecklenburg-Vorpommern
hier: Rundschreiben A 14/2010
- 384/10 Anspruch der Krankenkasse auf Herausgabe von Kopien der Krankenakte aus übergegangenem Recht des Patienten
- Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 23.03.2010 (VI ZR 249/08)
- 385/10 Veranstaltungshinweis:
hier: Fachkongress „Unternehmen Krankenhaus der Zukunft – Fachkräftebindung durch familienbewusste Personalpolitik“ am 10. Februar 2011
- 386/10 Veranstaltungshinweis:
hier: Vfs-Kongress 2010 am 17. u. 18. Mai 2011
- 387/10 Veranstaltungshinweis:
hier: Aktuelle Seminare zu Steuern, Buchführung und Jahresabschluss des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI)

Krankenhaussonderinformationen

05.01.2010

- 001/10 Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V für das Jahr 2010
Bezug: KGMV-Info Nr. 332/09 v. 03.12.2009 und KGMV-Sonderinfo Nr. 078/09 v. 22.12.2009
- 002/10 - Terminsache -
Medizinprodukte
hier: Entwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften
- 003/10 Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)
- 004/10 - Terminsache -
Erfahrungsbericht der Bundesregierung über die Situation der Versorgung der Bevölkerung mit Gewebe und Gewebezubereitungen
hier: Bitte des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Übermittlung von Angaben zur Versorgungslage

06.01.2010

- 005/10 Warnhinweis - Krankenhauswanderer
- 006/10 Versorgung der AOK-Versicherten mit Reha-Hilfsmitteln ab 14.12.2009

13.01.2010

- 007/10 Zuzahlungsinkasso in Mecklenburg-Vorpommern;
Landesvereinbarung vom 15.12.2009;
Bezug: Unsere Sonderinfos Nr. 073/09 und 075/09
- 008/10 Programm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
hier: Neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

22.01.2010

- 009/10 Zuzahlungsinkasso in Mecklenburg-Vorpommern
- keine der VdEK-Mitgliedskassen tritt der Landesvereinbarung vom 15.12.2009 bei
Bezug: Unsere Sonderinfos Nr. 073/09, 075/09, 007/10

26.01.2010

- 010/10 Geltendmachung von Nachforderungen der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen
Bezug: Unsere KGMV-Info Nr. 333/09 v. 03.12.2009
hier: nähere Erläuterungen zur Verweigerungshaltung der Krankenkassen bezüglich genereller Vorbehalte des Krankenhauses in den Rechnungen
- 011/10 - Terminsache -
Vorschläge zur Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2011

03.02.2010

- 012/10 Entscheidungen des BSG vom 17.09.2008 (Az.: B 6 KA 46 und 47/07 R): Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern auf der Grundlage des EBM 2000plus unsachgemäß
- Ausstehende Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses

04.02.2010

- 013/10 Geltendmachung einer Nachforderung von Krankenhäusern gegenüber Krankenkassen binnen 6 Wochen
- Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009, Az.: B 3 KR 12/08 R

08.02.2010

- 014/10 Zuzahlungsinkasso nach § 43b Abs. 3 SGB V
Anwendung der Fristen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V

10.02.2010

- 015/10 Wahl des Vorsitzenden der KGMV und dessen Stellvertreter

02.03.2010

- 016/10 Positronenemissionstomographie (PET) und PET-CT bei Adenokarzinom des Pankreas, malignem Melanom, Schilddrüsenkarzinom, Ösophaguskarzinom, Ovariakarzinom, Mammakarzinom und Knochen- und Weichteiltumoren – Vorläufiger Berichtsplan des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erschienen (D06-01E-K)

05.03.2010

- 017/10 Landesvereinbarung über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V in Mecklenburg-Vorpommern

Bezug: KGMV-Sonderinfo Nr. 066/09 v. 23.10.2009

01.04.2010

- 018/10 Veranstaltungshinweis
Aktionsbündnis Patientensicherheit
5. APS-Jahrestagung, Call for Abstracts

01.04.2010

- 019/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Bewertung der nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des Benigen Prostatasyndroms (BPS) nach § 137c SGB V

16.04.2010

- 020/10 Achtung Frist!
Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das AQUA-Institut zur sektorenübergreifenden und sektorengleichen Qualitätssicherung
hier: Einladung des AQUA-Instituts zur Teilnahme am Panel-Verfahren „Kolo- rektales Karzinom“

29.04.2010

021/10 Veranstaltungshinweis
Aktionsbündnis „Mecklenburg-Vorpommern Rauchfrei“

06.05.2010

022/10 Vorbericht des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei der Indikation „Allogene Stammzelltransplantation mit nicht verwandtem Spender bei Hodgkin Lymphom“ erschienen (N05-03F)

11.05.2010

023/10 Gemeinsamer Bundesausschuss – Bewertung der interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom nach § 137c SGB V

19.05.2010

024/10 Nachforderungen von Krankenhäusern gegenüber Krankenkassen
- Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009, Az.: B 3 KR 12/08 R
Bezug: KGMV-Sonderinfo Nr. 013/10 v. 04.02.2010

10.06.2010

025/10 Bundesregierung beschließt Sparpaket und GKV-Finanzierung 2011

25.06.2010

026/10 Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 2010 (PauschKHFVO 2010)

30.06.2010

027/10 Genehmigung des Landesbasisfallwertes für 2010 durch das Sozialministerium zum 01.07.2010

05.07.2010

028/10 Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V - MDK -
Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 22.06.2010

029/10 Prozedurenverschlüsselung in der Psychiatrie/Psychosomatik
- Aktueller Sachstand

030/10 Neuregelungen zum gesetzlichen Herstellerrabatt für Arzneimittel
hier: Einbeziehung von Krankenhausapotheken im Rahmen der ambulanten Versorgung über Verträge nach § 129a SGB V durch das GKV-Änderungsgesetz

13.07.2010

031/10 GKV-Reform

21.07.2010

- 032/10 - Terminsache -
Vorbericht des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) "Positronen-emissionstomographie (PET) und PET/CT zur Rezidivdiagnostik bei Gliomen mit hohem Malignitätsgrad (III und IV)" [D06-01D]
- 033/10 Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
Punktwertänderungen zum 1. Juli 2010

27.07.2010

- 034/10 Veranstaltungshinweis
hier: eHealth Conference 2010

17.08.2010

- 035/10 Entwurf GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FG

07.09.2010

- 036/10 DKG-Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG)

14.09.2010

- 037/10 Datenübermittlung nach § 301 SGB V
Nachtrag vom 22.9.2010 mit Wirkung zum 1.1.2011, 3. Entwurf
- Änderung zum Zuzahlungseinzugsverfahren bei nicht fristgerecht übermitteltem Kostenübernahmesatz -

15.09.2010

- 038/10 Veränderungsrate für 2011

24.09.2010

- 039/10 Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
Punktwertänderungen zum 1. Juli 2010
Bezug KGMV Sonderinfo 033/10

04.10.2010

- 040/10 Zuzahlungsinkasso nach § 43b Abs. 3 SGB V
- Abstimmung mit dem Deutschen Gerichtsvollzieher Bund e.V.

08.10.2010

- 041/10 Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V
- Klagebefugnis der Vertragsärzte – neue Entwicklungen in der Rechtsprechung

01.11.2010

042/10 GKV-Finanzierungsgesetz – Abstimmung der Koalition über Änderungen

06.11.2010

043/10 - Infoveranstaltung 17.11.2010 in Köln -
Beteiligung externer Sachverständiger an der frühen Nutzenbewertung von
Arzneimitteln nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)
hier: Pressemitteilung des IQWiG vom 28.10.2010 zur Einbindung klinischer
Berater aus allen Fachgebieten

044/10 GKV-Finanzierungsgesetz

11.11.2010

045/10 - Terminsache -
Kolorektales Karzinom
Vorbericht der Institution nach § 137a Abs. 1 SGB V in Bezug auf die im Rah-
men von § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu erstellende
themenspezifische Bestimmung für den Versorgungsbereich „Kolorektales Kar-
zinom“
hier: Vorbericht zur Kenntnisnahme

17.11.2010

046/10 GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)
hier: Erläuterungen zu den vorgesehenen krankenhaushausfinanzierungsrelevanten
Änderungen

047/10 VG Media
- Ablauf der Frist zur Teilnahme an der Pauschalabgeltung am 30.11.2010

09.12.2010

048/10 G-BA-Mindestmengenbeschluss bei Früh- und Neugeborenen vom 17.06.2010
hier: Gerichtliche Zwischenverfügung des LSG Berlin-Brandenburg

10.12.2010

049/10 Krankenhausstatistik der KGMV

14.12.2010

050/10 Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe
gemäß § 115b SGB V
Katalog (AOP-Katalog) für 2011
Meldeformular für 2011

16.12.2010

051/10 Kolorektales Karzinom
Vorbericht der Institution nach § 137a Abs. 1 SGB V in Bezug auf die im Rahmen von § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu erstellende themenspezifische Bestimmung für den Versorgungsbereich „Kolorektales Karzinom“
hier: Stellungnahme der DKG

20.12.2010

052/10 Vereinbarung zum Landesbasisfallwert 2011
hier: Unterschriebene Fassung

21.12.2010

053/10 Wichtige Informationen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen ab dem 01. Januar 2011 (Zuschläge, Entgelte, krankenhausespezifische DRG`s)

22.12.2010

054/10 Punktwert für die Vergütung für das ambulante Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus gem. § 115b SGB V in Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2011

055/10 Vorbericht der Institution nach § 137a Abs. 1 SGB V
hier: Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschuss

23.12.2010

056/10 MDK-Prüfungen nach § 275 SGB V
- FAQ-Liste

057/10 Zuzahlungsinkasso
Vereinbarung über die Einziehung der Krankenzuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 43b Abs. 3 SGB V
hier: Zurückziehen der Kündigung der NOVITAS BKK

28.12.2010

058/10 Zuzahlungsinkasso nach § 43b Abs. 3 SGB V
Änderung der Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Abs. 3 S. 9 SGB V - neu

059/10 Abschluss der Gesetzgebungsverfahren GKV-FinG und AMNOG

29.12.2010

060/10 Erhöhung der Pauschalen zur Aufwandserstattung von Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der postmortalen Organspende ab dem 01.01.2011

QS- Sonderinformationen

05.01.2010

001/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Wichtige Fristen und Sanktionen

002/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Service-Angebot „Statistik online“

24.02.2010

003/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
AQUA-Institut stellt neue Seite ins Netz: www.SQG.de

06.04.2010

004/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Abgabefrist für den Leistungsbereich Generalindikator Dekubitusprophylaxe

10.06.2010

005/10 Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)
hier: G-BA-Beschluss
1. zu den Leistungsbereichen 2011
2. zur Vorbereitung eines sektorspezifischen Follow-Up („Mehrpunktmessung“)

07.07.2010

006/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
1. Datenlieferungen der Krankenhäuser
2. AQUA-Spezifikation 14.0 für QS-Filter- und Dokumentationssoftware ab 2011

26.08.2010

007/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Zwischenauswertungen zur Vorbereitung der Bundesauswertung 2010

15.11.2010

008/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Information zu den Überliegern im Modul Neonatologie

16.11.2010

009/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Ergebnisse aus der Datenvalidierung für 2009

22.12.2010

010/10 Einladung zum „Drei-Länder-Treffen Dekubitusprophylaxe“ am 23. März 2011

011/10 Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)
Hier: Einführung eines sektorspezifischen Follow-Up (Mehrpunktmessung) ab 2011

28.12.2010

012/10 Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
Fristen, Sanktionen und Änderungen

14. Satzung der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Satzung der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg - Vorpommern e.V.

vom 12.Oktober 1990

in der Fassung der Änderungen vom 19.05.1993, vom 25.10.1993, 04.04.1995,
29.10.2002 und vom 29.11.2007

§ 1 Name und Sitz

- (1) Die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern - KGMV (nachfolgend "Krankenhausgesellschaft" genannt) ist der Zusammenschluss der Träger von Krankenhäusern und ihrer Verbände im Land Mecklenburg-Vorpommern. Sie ist der Verband der an der Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern beteiligten Krankenhäuser.
- (2) Die Krankenhausgesellschaft hat ihren Sitz in Schwerin.
- (3) Die Krankenhausgesellschaft ist Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

§ 2 Zweck

- (1) Die Krankenhausgesellschaft hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) auf eine der Würde des Menschen verpflichtete, humane, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und finanziell abgesicherte Versorgung durch eigenverantwortlich tätige Krankenhäuser mit pluraler Trägerstruktur hinzuwirken;
 - b) die Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, die gemeinsamen Interessen der angeschlossenen Krankenhäuser zu vertreten sowie den Austausch von Erfahrungen und Informationen auf dem Gebiet des Krankenhauswesens zu fördern;
 - c) Stellungnahmen zu Krankenhausfragen zu erarbeiten und gegenüber Parlamenten, Ministerien, Behörden und anderen Institutionen abzugeben;
 - d) Parlamente, Ministerien, Behörden und andere Institutionen bei der Vorbereitung und Durchführung von das Krankenhauswesen betreffenden Gesetzen, Verordnungen und anderen Rechtsvorschriften zu beraten;
 - e) Mitwirkungsrechte und -pflichten, die durch Gesetz- und Verordnungsgeber, Mitglieder oder zuständige Gremien der Selbstverwaltung übertragen werden, wahrzunehmen, z. Bsp. Qualitätssicherung, Ausbildung, Verwaltung finanzieller Mittel der/für die Krankenhäuser;

f) die Mitglieder über Entwicklungen und Entscheidungen im Krankenhauswesen zu informieren und sie in Grundsatzfragen zu beraten;

g) die Fortbildung von Mitarbeitern der Krankenhäuser zu unterstützen.

h) Öffentlichkeitsarbeit

(2) Die Krankenhausgesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke i.S. der Abgabenordnung. Sie ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

(3) Mittel der Krankenhausgesellschaft dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Krankenhausgesellschaft. Keine Person darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Krankenhausgesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 3 Mitglieder

(1) Als Mitglieder können der Krankenhausgesellschaft Träger von Krankenhäusern im Sinne von §§ 108 und 111 SGB V und ihre Landesverbände im Land Mecklenburg-Vorpommern angehören.

(1a) Landesverbände gemäß Abs. 1 sind solche Verbände von Krankenhausträgern in M-V, deren Spitzenverbände Mitglieder der DKG sind.

(2) Über die Aufnahme neuer Mitglieder entscheidet der Vorstand. Im Falle der Ablehnung entscheidet die Mitgliederversammlung endgültig.

(3) Die Mitgliedschaft endet mit dem Ausscheiden aus der Krankenhausgesellschaft. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären; die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Ende des Kalenderjahres. Ein Ausschluß ist durch Beschluss der Mitgliederversammlung möglich, wenn ein Mitglied den Beschlüssen und Bestrebungen der Krankenhausgesellschaft zuwiderhandelt.

(4) Ausscheidende Mitglieder haben keinen Anspruch an das Vermögen der Krankenhausgesellschaft.

(5) Der Landkreistag und der Städte- und Gemeindetag erwerben die Mitgliedschaft auch im Falle einer nicht möglichen Mitgliedschaft gem. § 3 Abs. 1 und 1a.

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

(1) Jedes Mitglied hat das Recht, an den Mitgliederversammlungen teilzunehmen und die Einrichtungen der Krankenhausgesellschaft in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Krankenhausgesellschaft bei der Erfüllung ihrer satzungsgemäßen Aufgaben in jeder Weise zu unterstützen und den im Rahmen der Satzung gefassten Beschlüssen nachzukommen.

§ 5 Organe

Organe der Krankenhausgesellschaft sind:

- a) Mitgliederversammlung
- b) Vorstand
- c) Vorsitzender
- d) Geschäftsführer

§ 6 Mitgliederversammlung

- (1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ der Krankenhausgesellschaft.
- (2) Jedes Mitglied entsendet in die Mitgliederversammlung je wirtschaftlich selbständiges Krankenhaus bzw. je Verband einen stimmberechtigten Vertreter. Mitglieder, deren Anteil an den tatsächlich gezahlten Jahresgesamtbeiträgen im Mittel der letzten drei Jahre mindestens 5 % umfasst, dürfen einen zweiten stimmberechtigten Vertreter entsenden. Stimmberechtigte Mitglieder können ihre Stimme auf einen anderen Stimmberechtigten schriftlich übertragen.
- (3) Mitglieder des Vorstandes sowie der Geschäftsführer oder deren Stellvertreter nehmen mit beratender Stimme an der Mitgliederversammlung teil.
- (4) Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Festlegung und Durchführung der Satzung,
 - b) Genehmigung des Haushaltsplanes mit Festsetzung der Beiträge und Umlagen
 - c) Genehmigung der Jahresrechnung,
 - d) Entlastung des Vorstandes,
 - e) Wahlen zum Vorstand,
 - f) Wahl des Rechnungsprüfers,
 - g) Ausschluss von Mitgliedern,
 - h) Auflösung der Krankenhausgesellschaft.
- (5) Die ordentliche Mitgliederversammlung wird vom Vorsitzenden einmal jährlich einberufen. Außerordentliche Mitgliederversammlungen sind einzuberufen, wenn der Vorstand es beschließt oder wenn 1/4 der Mitglieder oder ein Verband es unter Angabe der Verhandlungspunkte beantragt. Die Mitglieder müssen mit einer Frist von 3 Wochen vor dem vorgesehenen Termin schriftlich eingeladen werden. Der Einladung zur Mitgliederversammlung kann eine weitere Ladung für einen zweiten Versammlungstermin beigefügt werden, wobei diese zweite Versammlung ohne Rücksicht auf die Teilnehmerzahl beschlussfähig ist.

- (6) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder vertreten ist oder ein Fall des § 6 Abs. 5 Satz 4 dieser Satzung vorliegt. Beschlüsse werden – soweit nicht ausdrücklich anders geregelt – mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Beschlüsse zu § 6 Abs. 4 a und g bedürfen der Mehrheit von $\frac{2}{3}$, solche zu § 6 Abs. 4 h der Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der abgegebenen Stimmen.
- (7) Über die Beschlüsse ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Vorsitzenden und dem Protokollführer zu unterzeichnen und den Mitgliedern zu übersenden ist.

§ 7 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus den von den Mitgliedsverbänden der KGMV zu benennenden Vertretern sowie drei weiteren Mitgliedern, die von der Mitgliederversammlung für die Dauer von drei Jahren gewählt werden. Wiederwahl ist zulässig. Jeder Verband entsendet einen Vertreter in den Vorstand. Verbände, aus deren Trägerbereich heraus, insgesamt mehr als ein Drittel der Mitgliedsbeiträge der KGMV aufgebracht wird, entsenden zwei Mitglieder in den Vorstand der KGMV.
- (2) Für den Verhinderungsfall sind Stellvertreter zu benennen bzw. von der Mitgliederversammlung zu wählen.
- (3) Der Vorstand hat folgende Befugnisse:
 - a) Aufnahme von Mitgliedern,
 - b) Aufstellung des Haushaltsplanes,
 - c) Bestellung des Geschäftsführers,
 - d) Bildung und Auflösung von Beratungsgremien sowie Berufung ihrer Mitglieder,
 - e) Vorbereitung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung,
 - f) Beschlussfassungen zu Verträgen, Schiedsstellen und Ausschüssen sowie sonstigen Angelegenheiten der vorgenannten Art, wenn die Mitwirkung der Krankenhausgesellschaft durch Rechtsvorschriften oder daraus abgeleiteten Vereinbarungen vorgesehen ist.
- (4) Der Vorstand wird vom Vorsitzenden unter Angabe der Tagesordnung mit einer Frist von mindestens einer Woche einberufen. Der Einladung zur Vorstandssitzung kann eine weitere Ladung für einen zweiten Sitzungstermin beigefügt werden, wobei diese zweite Sitzung ohne Rücksicht auf die Teilnehmerzahl beschlussfähig ist. Wenn kein Vorstandsmitglied widerspricht, kann eine Entscheidung auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden.
- (5) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist oder ein Fall des § 7 Abs. 4 Satz 2 vorliegt. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.
- (6) Über die Sitzungen des Vorstandes ist eine Niederschrift zu fertigen, die den Vorstandsmitgliedern zu übersenden ist.

§ 8 Vorsitzender/Vertretung

- (1) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und zwei stellvertretende Vorsitzende. Bei der Wahl des Vorsitzenden und seiner Vertreter ist die Pluralität der Träger zu beachten.
- (2) Die gemäß Abs. 1 gewählten vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden unmittelbar im Anschluss an die Regularien des § 7 Abs. 1 für die Dauer von drei Jahren gewählt. Wiederwahl ist zulässig. Die Berechtigten bleiben bis zur Neuwahl im Amt.
- (3) Der Vorsitzende oder einer seiner Stellvertreter vertreten die Gesellschaft gerichtlich und außergerichtlich (Einzelvertretungsbefugnis).
- (4) Die Geschäfte der Krankenhausgesellschaft sind gemäß der Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Vorstandes zu führen.
- (5) Der Vorsitzende oder einer seiner Stellvertreter leiten die Sitzungen des Vorstandes und der Mitgliederversammlung. Muss der Vorsitzende in dringenden Fällen im Einvernehmen mit dem Geschäftsführer eine Entscheidung ohne vorherige Beratung im Vorstand treffen, so hat er nachträglich die Zustimmung des Vorstandes einzuholen.

§ 9 Geschäftsführer

- (1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte der Krankenhausgesellschaft; er nimmt mit beratender Stimme an der Sitzung des Vorstandes und der Mitgliederversammlung teil.
- (2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle und ist Vorgesetzter der Mitarbeiter. Zum Abschluss und zur Kündigung von Arbeitsverträgen ist er berechtigt.
- (3) Im Rahmen des ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Krankenhausgesellschaft (§ 30 BGB). Er ist insoweit allein vertretungsberechtigt.

§ 10 Mitgliederbeiträge

- (1) Zur Finanzierung der Aufgaben der Krankenhausgesellschaft werden Beiträge erhoben. Die Höhe und die Berechnungsgrundlage der Jahresmitgliederbeiträge werden von der Mitgliederversammlung für Mitglieder gemäß §§ 108 und 111 SGB V gesondert festgelegt.
- (2) Bis zu einer erneuten Beschlussfassung bleiben die zuletzt festgesetzten Beitragsätze bestehen.
- (3) Die von der Mitgliederversammlung festgesetzten Beiträge sind auf Anforderung unverzüglich zu leisten. Nach dem 01. Juli eintretende Mitglieder zahlen den halben Jahresbeitrag.
- (4) Die Mitgliederversammlung kann neben dem Beitrag im Einzelfall eine Umlage beschließen.

§ 11 Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 12 Auflösung

Bei Auflösung der Krankenhausgesellschaft obliegt den in § 8 genannten Vertretungsberechtigten die Liquidation. Bei Auflösung der KGMV oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke ist das vorhandene Vermögen unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige Zwecke und zwar für die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege zu verwenden. Beschlüsse über die künftige Verwendung des Vermögens dürfen erst nach Einwilligung des Finanzamtes ausgeführt werden.

§ 13 Inkrafttreten

Diese Satzungsänderung wurde von der Mitgliederversammlung beschlossen. Sie tritt mit der Eintragung ins Vereinsregister in Kraft.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollte eine der vorstehenden Bestimmungen nichtig sein oder werden, so bleibt die Gültigkeit der anderen Bestimmungen hiervon unberührt. Bis zum Beschluss der Mitgliederversammlung über eine die nichtige Klausel ersetzende ist – soweit dispositive Vorschriften des BGB fehlen – im Rahmen der Grundsätze der ergänzenden Auslegung von Willenserklärungen eine Übergangsregelung zu entwickeln.

15. KGMV- Mitgliederversammlungen im Überblick

1.	12.10.1990	Ludwigslust (Gründungsversammlung)
2.	14.12.1990	Güstrow
3.	21.03.1991	Neubrandenburg
4.	22.05.1991	Rostock
5.	29.10.1991	Güstrow
6.	24.09.1992	Stralsund
7.	19.05.1993	Schwerin, Klinikum
8.	25.10.1993	Ueckermünde, Christophorus Krankenhaus
9.	06.05.1994	Rostock, Stadthalle (inkl. 1. KHS-Tag)
10.	01.11.1994	Wismar, Städtisches Krankenhaus
11.	04.04.1995	Ludwigslust, Stift Bethlehem
12.	28.08.1995	Rostock, Südstadt- Klinikum
13.	24.10.1996	Rostock, Ramada Hotel (inkl. 2. KHS-Tag)
14.	14.11.1997	Plau am See, Klinikum
15.	12.11.1998	Rostock, Courtyard by Marriott-Hotel (inkl. 3. KHS-Tag)
16.	11.11.1999	Bergen/Rügen, Sana-Krankenhaus Rügen
17.	12.10.2000	Ludwigslust, Stift Bethlehem (inkl. 10 Jahre KGMV und 4. KHS-Tag)
18.	07.11.2001	Stralsund, Kulturhaus Klinikum West
19.	29.10.2002	Wismar, Bürgerschaftssaal (inkl. 5. KHS-Tag)
20.	29.10.2003	Neubrandenburg, Berufliche Schule am Klinikum
21.	18.11.2004	Schwerin, HELIOS- Kliniken (inkl. 6. KHS-Tag)
22.	02.12.2005	Rostock, HanseMesse (in Zusammenhang mit der Gesundheitsmesse vita-akti-med)
23.	23.11.2006	Bergen/Rügen, Sana-Krankenhaus Rügen (inkl. 7. KHS-Tag)
24.	29.11.2007	Stralsund, HANSE- Klinikum
25.	13.11.2008	Waren, MediClin Müritz-Klinikum (inkl. 8. KHS-Tag)
26.	13.11.2009	Rostock, Kurhaus Warnemünde
27.	12.10.2010	Schwerin, Crowne Plaza Hotel (inkl. 20 Jahre KGMV und 9. KHS-Tag)
28.	23.11.2011	Bad Doberan, Festsaal (<i>geplant</i>)

16. Organisationsplan der KGMV- Geschäftsstelle

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin
Tel.: +49 385/4 85 29-0
Fax: +49 385/4 85 29 29
e-mail: info@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

	Geschäftsführer	Ass. d. GF	Finanzierung Ref. I Stellv. GF	Recht und Verträge Ref. II	Planung Ref.-III
Tel: Fax: e-mail	Dipl-Ing-Oec Wolfgang Gagzow 4 85 29-102 4 85 29-29 gagzow@kgmv.de	Sabine Krüger 4 85 29-100 4 85 29-29 krueger@kgmv.de	Heidelies Dähn 4 85 29-107 4 85 29-113 daehn@kgmv.de	RA Liana Rademske 4 85 29-108 4 85 29-113 rademske@kgmv.de	Monika Petau 4 85 29-106 4 85 29-113 petau@kgmv.de
	<ul style="list-style-type: none"> Ltg. Geschäftsstelle KGMV Ltg. Geschäftsstelle QS Exekutive der KGMV Organe der KGMV externe Partner Bundesarbeit Europaarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation Seminare Pressearbeit PR-Arbeit KGMV Internetauftritt der KGMV 	<ul style="list-style-type: none"> Budgetangelegenheiten Landeseinheitliche Entgelte KHS-Entgelte Kostenrechnung Datentransfer KHS-Vergleich Statistik 	<ul style="list-style-type: none"> Rechtsangelegenheiten Vereinbarungen/Verträge KHS-Recht Datenschutzrecht QS-Rechtsfragen Apothekenwesen (Recht) 	<ul style="list-style-type: none"> KH-Planung KH-Förderung Ambulanzabrechnung KH-Organisation Umweltschutz Aus- u. Weiterbildung Rettungsweswen

	Qualitätssicherung (QS) Ref. IV	Qualitätssicherung Sekretärin/Sachb.	Sekretärin/Sachb.	Sachbearbeiter EDV/IT	Sachbearbeiterin EDV- Datenmanagement
Tel: Fax: e-mail	Thomas Frahm 4 85 29-111 4 85 29-113 frahm@kgmv.de	Katrin Knaak 4 85 29-110 4 85 29-113 knaak@kgmv.de	Edith Herrmann 4 85 29-103 4 85 29-29 herrmann@kgmv.de	Steffen Petzka 4 85 29-123 4 85 29-29 petzka@kgmv.de	Anja Skala 4 85 29-104 4 85 29-113 skala@kgmv.de
	<ul style="list-style-type: none"> stat. externe QS stat. interne QS Datenmanagement KTQ QS ambulantes OP Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation Schreibarbeiten Post QS ambulantes OP <p>Geschäftsstellen: - Schlichtungsausschuss - QS-Siegel Med. Rehabilitation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Schreibarbeiten Info-Dienst KGMV u. EQS Post Registratur Archiv Kassenführung <p>Geschäftsstelle: - Schiedsstelle nach § 114 SGB V</p>	<ul style="list-style-type: none"> Datentransfer Datenaufbereitung Administration und Pflege der Homepage Telemedizin 	<ul style="list-style-type: none"> QS-Bereich Med. Dokumentation Bibliothekenwesen Buchführung <p>Geschäftsstellen: - Schiedsstelle nach § 18 a KHG (seit 16.06.2009)</p>

Stand: 30.09.2011