

Öffentlich-gemeinnützige Projektpartnerschaft

Stiftung als Alternative zu PPP

Der Investitionsstau zwingt kommunale Krankenhäuser zur Suche nach Finanzierungsalternativen. Ein vielfach propagierter Weg ist Public Private Partnership, aber noch viel zu wenig bekannt ist die Investitionsfinanzierung über eine gemeinnützige Stiftung.

Der Stiftungsgedanke ist hierzulande noch zu wenig in der breiten Öffentlichkeit etabliert. Dabei hat gerade Deutschland eine lange Tradition in diesem Feld: Manche Stiftungen sind Jahrhunderte alt und doch haben ihre Tätigkeitsfelder nichts an Aktualität verloren. Im Gegenteil, je mehr sich der Staat gerade in der heutigen Zeit aus den öffentlichen Aufgaben zurückzieht, umso mehr ist bürgerliches Engagement gefragt.

Im Konzept der öffentlich-gemeinnützigen Projektpartnerschaft (ÖGP) ist die gemeinnützige Stiftung analog zu Public Private Partnership (PPP) der private Finanzierungspartner des Krankenhauses. Stiftungszweck ist die als gemeinnützig anerkannte Förderung des Krankenhauses. Die Stiftung übernimmt Investitionen, konkrete Aufgaben können die Errichtung und Sanierung von Gebäuden, die Finanzierung von Anlagegütern oder die Unterstützung des laufenden Betriebs sein.

Der Hauptvorteil dieses Modells gegenüber PPP besteht darin, dass die Kommune Herrin des Geschehens bleibt und kein „Tafelsilber“ verkaufen muss. Es bietet zudem hohe Flexibilität, Kostentransparenz sowie die Unabhängigkeit von staatlichen Fördermitteln. Daneben erfolgt der Aufbau eines stetig wachsenden Grundstockvermögens als weitere nachhaltige Finanzierungssäule des Krankenhauses.

Der bürokratische Aufwand zur Errichtung einer unselbstständigen Stiftung (Treuhandsiftung) ist unerheblich. Das Krankenhaus als Gründungstifter schließt einen Treuhandvertrag mit einem Stiftungsträger, der gleichzeitig für die Stiftung handelt. Der Zweck der Stiftung, nämlich die Förderung des gemeinnützigen Krankenhauses, ist steuerbegünstigt i.S. der §§ 52 ff. AO. Dies führt beim Krankenhaus letztlich zu steuerfreien Einnahmen. Auch andere steuerbegünstigte Stiftungszwecke sind möglich.

Ein mittel- bis langfristig angelegtes Fundraising-Konzept, mit dem potenzielle Geldgeber angesprochen werden,

ermöglicht die Einwerbung von Stiftungsmitteln. Krankenhäuser als soziale und gemeinnützige Institutionen bieten beste Voraussetzungen für den Erfolg des Vorhabens. Die Spender geben ihr Geld nicht nur für einen guten Zweck, ihnen erwachsen daraus auch steuerliche Vorteile.

Träger der Stiftung in der Konzeption der ÖGP ist die Deutsche Stiftungstreuhand in Fürth (www.stiftungstreuhand.com), die gleichzeitig das Konzept der öffentlich-gemeinnützigen Projektpartnerschaft (ÖGP) mit Partnern entwickelt hat. Sie arbeitet auf der Grundlage eines mit jedem Zustifter abzuschließenden Treuhandvertrages, dessen Bestandteil die einheitliche Stiftungssatzung ist. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine Stiftungsverwaltung ähnlich dem Modell eines Fonds und die gleichartige Verwendung aller eingeworbenen Mittel.

Finanzierung konkret

Die Finanzierung der Investition erfolgt über Darlehensaufnahme durch die Stiftung sowie weiterhin mittels Fundraising eingeworbenen Stiftungskapitals. Das Krankenhaus beteiligt sich über die Zahlung eines kostendeckenden Nutzungsentgeltes oder eine entsprechende Zustiftungsverpflichtung.

Die Stiftung ist bei Stellung einer kommunalen Sicherheit kommunalkreditfähig. Falls also im unwahrscheinlichen Fall keine einzige Zustiftung oder Spende erfolgt, kommt die Investition nicht teurer, als wenn der kommunale Träger die Maßnahme selbst durchführen würde. Je erfolgreicher die Einwerbung von Stiftungsmitteln ist, umso stärker sinken per Saldo die vom Krankenhaus zu tragenden Finanzierungsaufwendungen. In jedem Fall bietet die Stiftung günstigere Konditionen als ein privater Partner, da sie im Gegensatz zum klassischen PPP-Modell kein eigenes Gewinnerzielungsinteresse verfolgt. ■

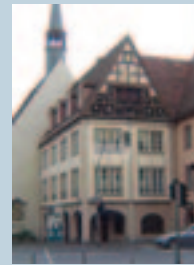


Marika Gläß

1K – Die Krankenhausberater GmbH
Tel.: 06232 620292
www.1K-Die-Krankenhausberater.de
marika.glaess@1k-khb.de

Stiftungen in Deutschland

Der Stiftungsgedanke ist in unserem Land noch zu wenig in der breiten Öffentlichkeit etabliert. Dabei hat gerade Deutschland eine lange Tradition in diesem Feld: Manche Stiftungen wie das Bürgerspital in Wemding (Bayern) sind über 1000 Jahre alt und deren Tätigkeitsfelder haben trotz des Alters nichts an Aktualität verloren. Im Gegenteil, je mehr der Staat sich gerade in der heutigen Zeit aus den öffentlichen Aufgaben zurückzieht, umso mehr ist bürgerliches Engagement gefragt.



Das Bürgerspital Würzburg wurde 1316 als Heim für bedürftige alte Mitbürger gestiftet und ist auch heute noch aktiv.

Die ausschließliche und unmittelbare Verfolgung eines gemeinnützigen, mildtätigen oder kirchlichen Zwecks (§§ 51 ff. AO) ist entscheidend für die steuerliche Begünstigung einer Stiftung. Der Gedanke, den der Gesetzgeber mit der steuerlichen Privilegierung verfolgt, ist die Förderung selbstlosen Verhaltens, welches dem Allgemeinwohl zugute kommt. In erster Linie handelt es sich um soziale Belange, zu denen auch der Betrieb und Erhalt von Krankenhäusern zählt, aber auch kulturelle und wissenschaftliche Ziele sind häufig Gegenstand von Stiftungen. Das Stiftungsmodell, welches im nebenstehenden Artikel vorgestellt wird, ist im gemeinnützigen Sektor angesiedelt. Es ist kein Ersatz der gesetzlichen Krankenhausfinanzierung aber ein alternativer Weg, um dringend notwendige Investitionen dauerhaft zu ermöglichen oder zu unterstützen.

Stiftungen dürfen und sollen wirtschaftlich handeln, um ihr Vermögen zu erhalten und zu vermehren. Wesentlicher Punkt ist jedoch, dass sie ihre Erträge dem anerkannten Stiftungszweck und somit nicht eigenwirtschaftlichen Interessen zuführen.

Gerade im Krankenhausbereich kann sich das Entstehen einer Stiftung positiv auf die öffentliche Wahrnehmung der Einrichtung auswirken. Sinnvoll ist oftmals auch die Kombination der Stiftung mit dem häufig bereits bestehenden Krankenhausförderverein, die durchaus nebeneinander bestehen sollten. So können zusätzlich größere Gruppen potenzieller Spender und Zustifter wie z.B. Patienten oder Förderer für den Stiftungszweck begeistert werden und diesen nach außen kommunizieren.

gh

Swisslab-Anwendertreffen

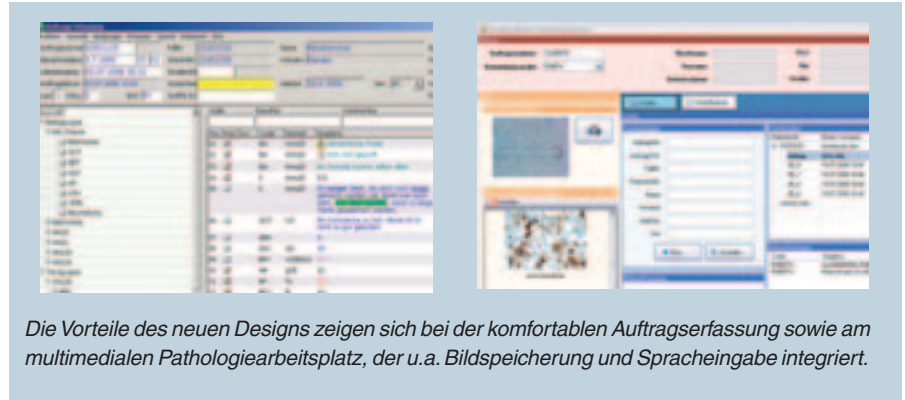
Usability ist mehr als Benutzerfreundlichkeit

Die neue swisslab-Benutzeroberfläche ist das Ergebnis umfangreicher Usability-Tests mit Entwicklern und Anwendern. Sie wurde am 20. März in München beim Swisslab Anwendertreffen erstmals vorgestellt.

Das englische Wort Usability bedeutet wörtlich „Gebrauchstauglichkeit“. Es wird in der IT-Branche als Sammelbegriff für eine Vielzahl von Eigenschaften verwendet, die die Eignung einer Software für den vorgesehenen Zweck sicherstellen. Bestimmender Faktor ist neben der Benutzerführung vor allem auch die Informationsarchitektur. Deshalb ist Usability mehr als die gute alte „Benutzerfreundlichkeit“.

Da sich die Gebrauchstauglichkeit einer Software aus den Bedürfnissen von Menschen ergibt, sind neben objektiven Kriterien auch subjektive Bewertungen der Anwender und Entwickler nötig. Nach DIN EN ISO 9241-11 müssen drei Punkte sichergestellt werden: Effektivität der Lösung, Effizienz der Handhabung und Zufriedenheit der Nutzer.

Ausgangspunkt der Weiterentwicklung war nicht die Oberfläche des bisherigen Laborsystems, sondern des Order-Entry-Systems Lauris. Diese Software ist auf den klinischen Stationen im Einsatz und



Die Vorteile des neuen Designs zeigen sich bei der komfortablen Auftragserfassung sowie am multimedialen Pathologiearbeitsplatz, der u.a. Bildspeicherung und Spracheingabe integriert.

kommt dem Bedürfnis der Ärzte und Pflegekräfte nach einfacher Bedienung näher. Künftig ist also die Benutzerführung auf beiden Seiten der Datenleitung weitgehend identisch.

Die Abbildungen zeigen die Ergebnisse des neuen Entwicklungsparadigmas am Beispiel des Auftragsmoduls und des Pathologiearbeitsplatzes. Hier war die Usability-Herausforderung besonders hoch, denn auf Wunsch der Anwender sollten multimediale Technologien wie Darstellung digitaler Bilder, Verarbeitung digitaler Sprache und zeitgemäße Befundschreibung mit Dokumentenverwaltung in der Swisslab-Datenbank eingebunden werden. Im Bereich der Hygiene wurden

die potenziellen Nutzer bereits früh in der Spezifikationsphase einbezogen. Dabei flossen konkrete Fallbeispiele in die Modulkonzeption ein.

Durch Kooperation mit der Partnerfirma Apliki konnten zur Medica 2006 bereits erste Ergebnisse der Entwicklung vorgestellt und in Kundenbefragungen einem Usability-Test unterzogen werden. Das Endergebnis wurde zum diesjährigen Anwendertreffen in München (siehe Kasten) präsentiert und fand großen Beifall. ■

Veiko Pick
Frey Computersysteme GmbH
pick@swisslab.de
Tel 030 62601-0

Grenzüberschreitende Labor-EDV-Lösungen



Am 20. und 21. März fand im Deutschen Herzzentrum München das 18. Swisslab-Anwendertreffen statt. Ein aktueller Schwerpunkt lag auf der Einbeziehung labormedizinischer Untersuchungen am „Point of Care“ (POC) in das Laborinformationssystem. Den Stand der Technik stellte Prof. Harald Schlehbusch, München dar, gefolgt von Präsentationen der Hersteller-unabhängigen POCT-Software von Conworks Technology

(Roman Rosenkranz, Berlin) und der POCT-Datenerfassung im Swisslab System (Ulrich Reder, Berlin). Auch die alten Grenzen zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich werden – zumindest EDV-technisch – zunehmend überwunden, wie Dr. Peter Kohlschein, Rostock und Dr. Ekkehard Bauer, Dresden am Beispiel von Kooperationen mit einer Laborarztpraxis bzw. eines Privatlabors demonstrierten.

Ein Workshop am zweiten Tag des Anwendertreffens bearbeitete das Thema der IT-gestützten Interpretation von labormedizinischen Ergebnissen. Die Labormedizin deckt - anders als beispielsweise die Mikrobiologie oder Transfusionsmedizin - als Querschnittsfach eine besonders breite Palette klinischer Fragestellungen ab. Der Laborarzt ist gewissermaßen der „Allgemeinarzt unter den Diagnostikern“. Insofern erscheint es bedauerlich, dass er oft wenig von den klinischen Fragestellungen erfährt, die

hinter der Anforderung seiner Leistung stehen. Ein paar Kreuzchen auf dem Anforderungsbeleg gelangen ins Labor und ein paar Sternchen für Abweichungen vom Referenzbereich werden zurückgeschickt. Diese Minimalkommunikation wird der Leistungsfähigkeit des professionellen Labors bei weitem nicht gerecht.

Dieser Zustand könnte sich dank neuer technischer Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Labor und Station nun ändern. Dabei geht es auf der einen Seite um Stationsanforderungssysteme wie z.B. Lauris von Swisslab, die es erlauben, wertvolle klinische Informationen auf Knopfdruck mitzusenden und auf der anderen Seite um IT-gestützte „Algorithmen“, Referenzwert-Arrays und Regelsysteme im Labor-Informationssystem, die die bloßen Zahlen medizinisch aufbereiten und verdichten können.

Dr. Siegmund Braun, München

Neues vom Watchdog

Maligne Vergütungsregeln



Systematische Analysen des G-DRG-Systems 2007 ergaben schwerwiegende Inkonsistenzen, die zu unberechtigten Erlösverlusten der Krankenhäuser führen können.

Pünktlich wie jedes Jahr standen auch am 1.1.2007 wieder die Ergebnisse der DRG-Analyse von Trillium unter www.watchdog-online.de im Internet bereit und wurden seither von über 2500 Besuchern mit durchschnittlich fünf Läufern intensiv genützt. Damit erfreut sich der DRG-Watchdog auch im fünften Jahr seines Web-Daseins ungebrochener Beliebtheit.

Kodierung erschwerender Nebendiagnosen und zum anderen eine Art Verweigerung von rechtmäßig zu erwartenden Mehrerlösen.

In beiden Fällen scheint es sich nicht um Bösartigkeit des InEK zu handeln, sondern schlicht um Folgen der überbordenden Komplexität des Regelwerks. Bösartig bleiben aber in jedem Fall die Auswirkungen für die betroffenen Krankenhäuser, z.B. für nichts ahnende Urologen oder Endokrinologen, die diagnostische Eingriffe vornehmen.

Vier DRGs (siehe Tabelle) sind von Erlösverlusten betroffen. Wer ohne Watchdog-Wissen beim Kodieren hier zu viel

www.watchdog-online.de

Der Wachhund ist das Logo eines kostenlosen Internet-Programms für vergütungsrelevante Nebendiagnosen. 2007 enthält die Datenbank rund 850.000 Einträge.

Start-DRG	Kurzbeschreibung	Ziel-DRG	KG-Diff.	Erlös-Verlust
M40Z	Urethrozystoskopie	M64Z	-0,082	-205 €
K40Z	Eingriffe bei Stoffwechselkrankheiten#	K62Z	-0,170	-425 €
K60A	Diabetes, schw. Ernährungsstörung	K60B	-0,360	-900 €
F43C	Kreislaufkrankung mit Beatmung	S65A	-0,218	-545 €

Verlustwarnung: Wer bei den DRGs in der linken Spalte erschwerende Nebendiagnosen kodiert, riskiert Verluste statt Mehrerlösen.

Die Gemeinde der Watchdog-Fans hat allen Grund, ihrem elektronischen Haustier dankbar zu sein, denn seine Aufmerksamkeit hat dieses Jahr zwei wenig erfreuliche Vergütungskapriolen des DRG-Handbuchs von InEK zu Tage gefördert: zum einen Erlösverluste bei

des Guten tut, verliert rund 200 bis 900 € pro Fall (Basisfallwert 2500 €).

Die andere Variante der Malignität ist etwas für Spezialisten und in ihrem Ausmaß noch nicht abzuschätzen. Bei der DRG H62 B (Pankreas- und Leberkrankheiten) genügen nicht, wie nach

dem DRG-Handbuch 2007 zu erwarten, drei CCL-bewehrte Nebendiagnosen, um einen PCCL von 4 zu erreichen und den Sprung in die höhere Vergütungsstufe H60Z auszulösen. Im ungünstigen Fall werden viel mehr doppelt so viele Nebendiagnosen benötigt (was in der Praxis nur selten vorkommen dürfte). Der Grund ist eine vom Grouper nicht angezeigte Absenkung des CCL während des Sprunges.

Diese Bösartigkeit richtet sich nicht nur gegen das Krankenhaus, dem 1.200 € vorenthalten werden, sondern auch gegen den Grouperhersteller, der in den Verdacht gerät, falsche CCL-Werte anzuzeigen.

Die Beobachtungen werfen allerlei offene Fragen auf, z.B. ob ICD-Kodierungen, die zu Erlösverlusten führen, kodiert werden müssen oder „unterschlagen“ werden dürfen. Darüber müssen sich Ökonomen und Juristen gemeinsam Gedanken machen. ■

Prof. Dr. med. Georg Hoffmann
Trillium GmbH,
Tel. 08144 9111
hoffmann@trillium.de

Vernetzte Lösung für jedes Labor

CyberLab ist ein Web-basiertes Auftrags erfassungs- und Befundsystem für den Einsatz in Klinik und Privatlabor. Es arbeitet unabhängig vom eingesetzten Laborinformationssystem und bietet einen transparenten, sicheren Datenaustausch mit den Anforderern. Eine dedizierte Datenbank erlaubt die Vernetzung zahlreicher Benutzer, ohne den LIS-Server zu belasten.

Auftragserfassung

Das Auftragserfassungsmodul spart im Labor Zeit und Kosten, erhöht die Flexibilität und reduziert die Fehlerrate. Für den Einsender bietet CyberLab zusätzlichen Nutzen durch eine intelligente Anwenderführung während des Anforderungsprozesses. Am Ende dieses Prozesses erstellt CyberLab eine Liste der Proben, die abgenommen werden müssen, und liefert die benötigten Identifikationsetiketten. Ein weiterer Mausklick und der Auftrag ist dem Labor bekannt.

Bei Eingang der Probe kommt eine Rückmeldung aus dem Labor. Freigegebene Resultate werden dem Einsender sofort zur Verfügung gestellt.

Befundmitteilung

Die vom Labor zur Veröffentlichung freigegebenen Befunde können in CyberLab sowohl über Patientennamen als auch über auftragsbezogene Suchkriterien abgerufen werden. Die Bedienungs Oberfläche ist für die Ergebnisabfrage intuitiv gestaltet und leistungsfähig – mit nur ein oder zwei Klicks kommt man an alle gewünschten Informationen auf dem Bildschirm: Die Maske bietet diverse Filtermöglichkeiten, Verlaufsgrafiken, druckerfreundliche und standardisierte (PDF-) Befunde und vieles mehr an. Die Zugriffsrechte auf die Daten werden über „Privilegien nach Rollen“ hinterlegt.

Die Vorteile im Überblick:

- Web-Technologie
- Nutzerfreundliche und intuitive Benutzeroberfläche
- Nahtlose Integration in die vorhandene IT-Landschaft
- Schneller und sicherer Datenaustausch
- Keine Client-Software nötig

MIPS Medical Information Professional Systems GmbH - Part of the Clinisys Group
Borsigstr. 22, 21465 Reinbek b. Hamburg
Tel. 040 728 111-25, Fax -26

www.mips.be

