

Bundesverband der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland (BVBG) e.V.



YOU

HERZLICH WILLKOMMEN

7. BVBG - Veranstaltung
Freitag, 19. Juni 2015

Berlin, KARL STORZ Besucher- und Schulungszentrum



AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum
Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

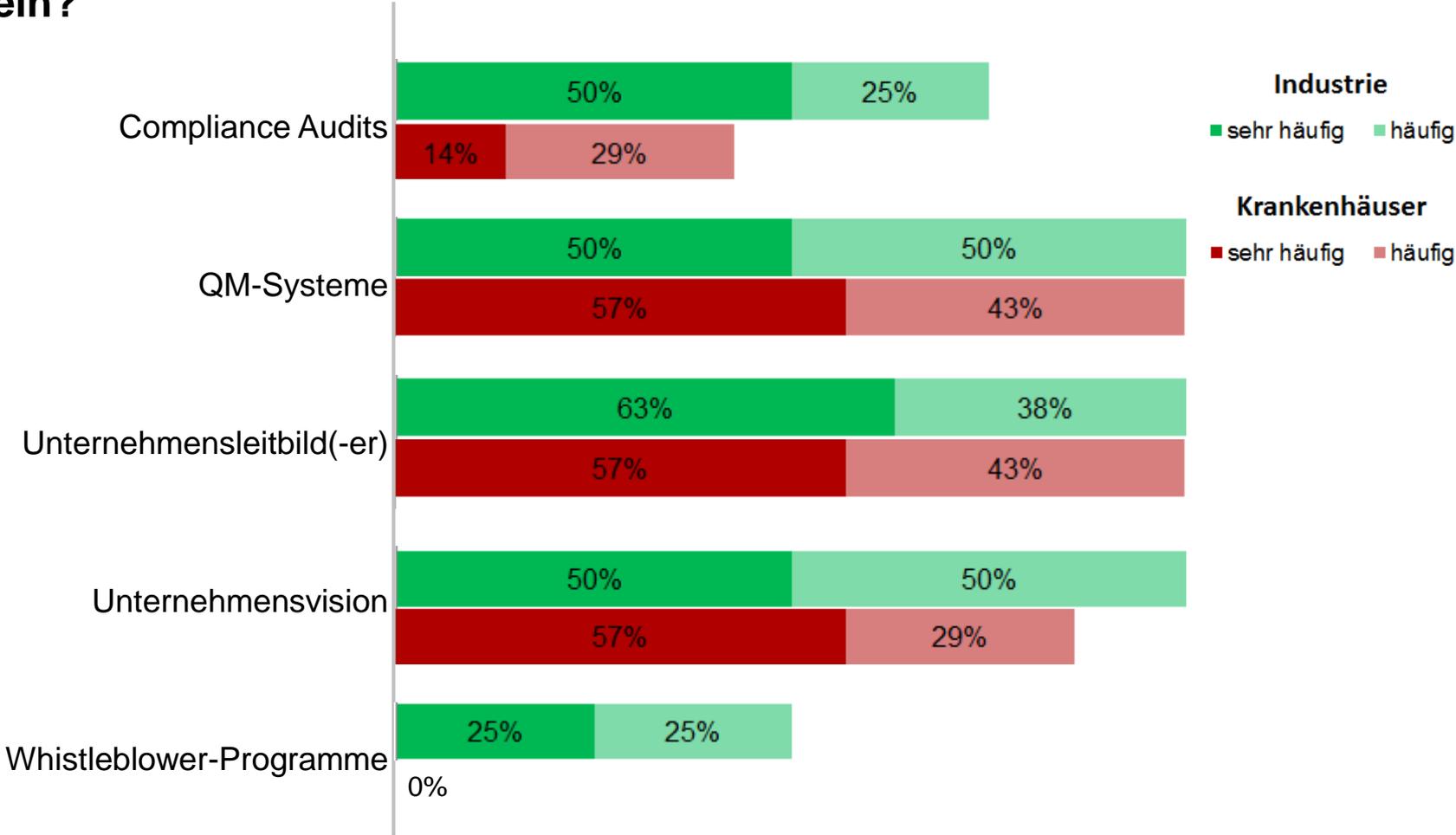
Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

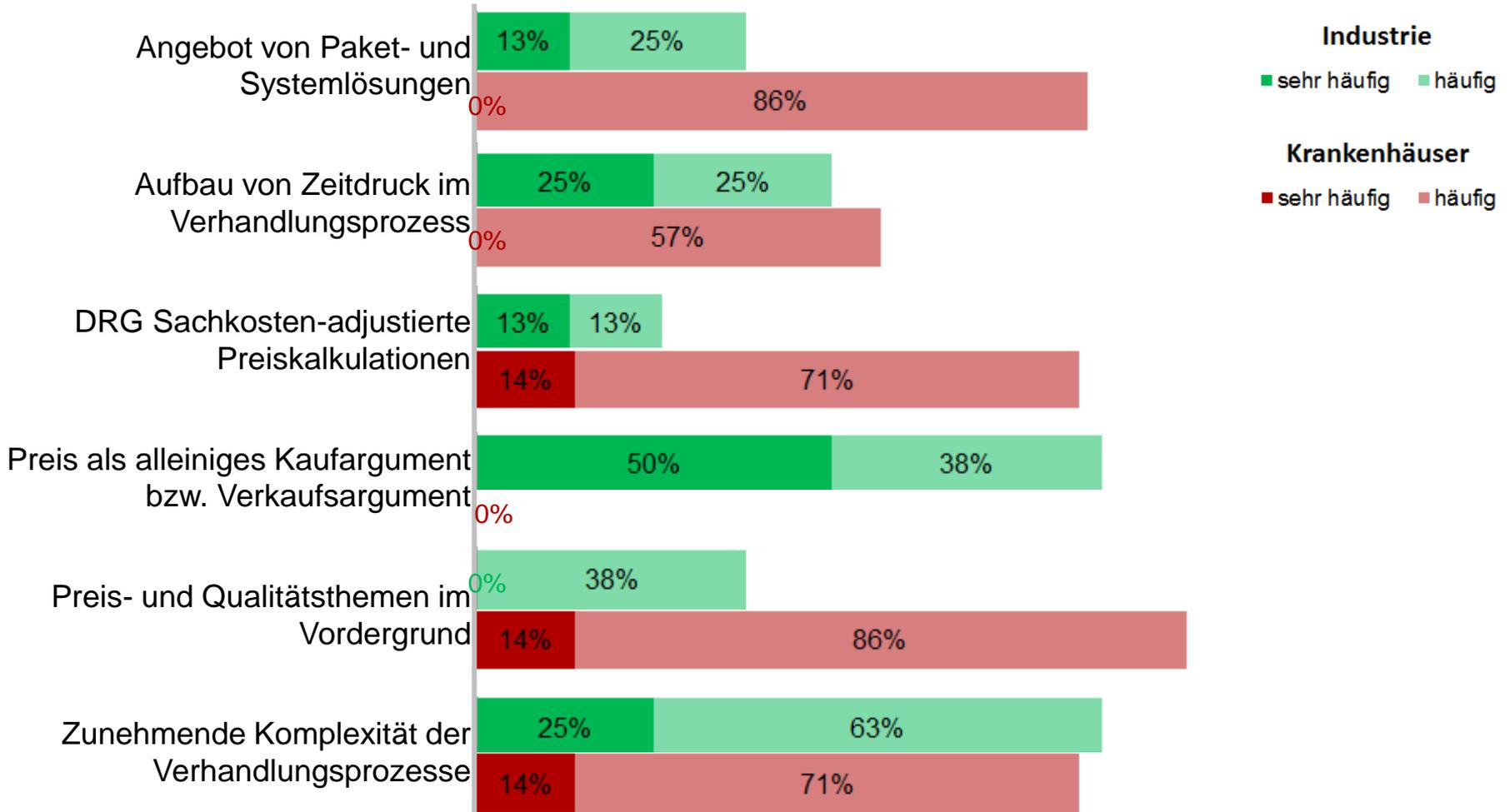
BVBG-Umfrage 2015

Welche Werte-Instrumente setzt Ihr Unternehmen derzeit ein?



BVBG-Umfrage 2015

Wie erlebten Sie die Verhandlungssituation in 2014 bei Beschaffungsprozessen mit Ihren Kunden/Lieferanten?



Moderation **Dr. Albrecht Kloepfer**



- ✓ Publizist, Politikberater und gelernte Literaturwissenschaftler
- ✓ Networking
- ✓ Moderation
- ✓ GesundheitsPolitischer Brief
- ✓ Workshops

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum
Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinik – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhasträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.



7. BVBG-Veranstaltung
Qualität – Wirtschaftlichkeit – Transparenz
am 19. Juni 2015 in Berlin

Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung
Die Sach- und Personalkosten besser ab?

Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

5,3 Mrd. € mehr?

Finanztableau

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Reformmittel (GKV)	0,5	0,9	1,2	1,3	1,4*

*davon 330 Mio. € Pflegeförderung
500 Mio. € KH-Schließungen
180 Mio. € Zentren
= 1,0 Mrd. €

⇒ In 2020 stehen gegenüber 2015 1,4 Mrd. € zusätzlich zur Verfügung, die aber keine Beiträge zur Lösung der Milliarden-Finanzierungsprobleme liefern:

- Betriebskosten /Unterfinanzierung Personal 2,5 Mrd. Euro/Jahr
- Ambulante Notfall-Leistungen 1,0 Mrd. Euro/Jahr
- Investitionslücke 3,0 Mrd. Euro/Jahr

Preisbildungskomponenten
Orientierungswert
Bundesbasisfallwert
Landesbasisfallwert
Basiswert
<ul style="list-style-type: none">• Mehrleistungsabschläge• Fixkostendegressionsabschläge• Sicherstellungszuschläge• Qualitätszu- und -abschläge• Zentrumszuschlag• Zuschlag für Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse• Zu-/Abschläge für die Notfallversorgung

Versorgungszuschlag 2013 als Hilfe insbesondere für Personalkostensteigerung eingeführt

- ⇒ 2016 fortgeführt, aber 3 Jahre Mehrleistungsabschläge
- ⇒ Vergütungsaufschlag von 0,8 % wird 2017 ersatzlos gestrichen
- ⇒ 500 Mio. € weg

Degressionsabbau – Mogelpackung?

Von der Grundlohnrate sollen die Krankenhäuser so wenig wie möglich bekommen!

Landesbasisfallwert

Alte Degression

Grundlohnrate

- DRG-Leistungsentwicklung
- Ausgabenentwicklung Nicht-DRG-Bereich
- NUB-Entgelte
- Sicherstellungszuschlag
- Zentrumszuschlag
- Wirtschaftlichkeitsreserven

Neue Degression

Grundlohnrate

- ersetzt durch Produktivität, Fehlbelegung, Verlagerungspotential
 - Ausgabenentwicklung Nicht-DRG-Bereich
 - NUB-Entgelte
 - begrenzt auf Landesvorgaben
 - entfällt
 - Wirtschaftlichkeitsreserven
-

Fazit:

- ⇒ Keine Verbesserung der Regelfinanzierung
- ⇒ Kollektivhaftung weiterhin intensiv
- ⇒ Tarif-Preis-Schere unverändert
- ⇒ Defizit-Probleme bleiben ohne Lösungsperspektive

Aufwandsneutral!	
Höhe: Festzulegen auf Landesebene	Dauer: 5 Jahre
Erhöhung auf Ortsebene (Dauer oder Höhe) für <ul style="list-style-type: none">– zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression– Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind	

Begrenztes Ausnahmenspektrum (auf Bundesebene zu vereinbaren) z. B.:

- besonders förderungswürdigen Transplantationen
- Bewilligung zusätzlicher Versorgungsaufträge, ohne bisherige Abrechnungsmöglichkeit
- 50 % Leistungsverlagerung

Nachbesserungen im Vergleich zum Referentenentwurf:

- Erweiterung des Ausnahmespektrums:
 - DRG-Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3
 - Leistungen, deren Bewertung bereits abgestufte oder abgesenkt wurden
- Nachweispflichten für Leistungsverlagerungen wurden abgeschwächt

1. Leistungsmenge degressiert weiterhin beim LBFW (nur Teilabbau)
2. Fixkostendegressionsabschlag höher + länger als MLA
3. Zusätzliche Orts-Fixkostendegression
4. DRG-Katalog Degressions-Komponente (Mengenstaffelungen)

4 x Degression = Leistungsverhinderung pur

Zukünftiger med. Versorgungsbedarf absolut unterfinanziert

am Ende

rationiert?

priorisiert?

Versorgungszuschlag / Mehrleistungsabschlag / Fixkostendegressionsabschlag

(VZ)

(MLA)

(FKDA)

2013	2014	2015	2016	2017	2018
VZ	VZ	VZ	VZ	VZ - Weg!	VZ - Weg!
MLA 2013	MLA 2013	MLA 2013			
	MLA 2014	MLA 2014	MLA 2014		
		MLA 2015	MLA 2015	MLA 2015	
			MLA 2016	MLA 2016	MLA 2016
				FKDA 2017	FKDA 2017
				"FKDA +" ?	FKDA 2018
					"FKDA +" ?

• Wegfall des Versorgungszuschlags	- 500 Mio.
• Umstellung Landesbasisfallwert (Teilabbau Mengendegression vs. Produktivität neu)	+ / - 0
• Fixkostendegression auf Ortsebene neu	- 250 Mio.
• Nachwirkung Mehrleistungsabschlag 2015, 2016	- 300 Mio.
Kürzungseffekte für Krankenhäuser	- 1.050 Mio.

• Pflegestellenförderprogramm (gegen Mehrkosten)	165 Mio.
• KH Sicherstellungszuschläge für einzelne KH	10 Mio.
• GBA-Zuschläge für einzelne KH (gegen Mehrkosten)	100 Mio.
• Zentrumszuschläge für einzelne KH (zusätzlich)	20 Mio.
• Senkung Investitionskostenabschlag Ambulanz auf 5 %	40 Mio.
• Landesbasisfallwert - Anhebung unterer Korridor	85 Mio.
Reformmittel	420 Mio.

- Repräsentativität der Kalkulationsgrundlage
- Korrektur der kalkulierten Bewertungsrelationen / schnelle Sachkostenabsenkung
- Mengenabhängige Abstufungen
- Neubewertung Pflegeleistung
- Neubewertung Notfallvorhaltung

Korrekturerfordernisse

- Weiterführen des Versorgungszuschlages
- Landesbasisfallwerte von mengenbedingten Kürzungen freistellen
- Keine neuen Absenkungsvorgaben beim Landesbasisfallwert
- Reduzierung Fixkostendegressionsabschlag (Höhe und Dauer)
- Bessere Vergütung ambulanter Notfalleistungen
- Keine MDK-Kontrollen im Qualitätsbereich
- Keine Qualitätsabschläge
- Mehr Investitionsmittel

In Verbindung mit den bereits positiven Reformausrichtungen

- Refinanzierung von Kosten durch Zuschläge
- Investitionsfonds hilft bei Schließungen und Umwandlungen
- Qualitätsorientierte Weiterentwicklung Krankenhausplanung
- Pflegepersonalförderprogramm
- Abschaffung 17c KHG – Schlichtungsstelle

= gute Reform



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

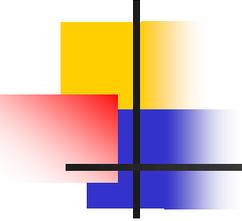
Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

Spitzenmedizin an Universitätsklinik – ausreichend finanziert ?

7. BVBG – Jahresveranstaltung – 19. Juni 2015
Dipl.-Kaufmann Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg,
Comparatio Health GmbH



Gliederung



- **Finanzierung der Universitätsklinik**
- **Problembereiche**
- **Entwicklungstendenzen**
- **Fazit**

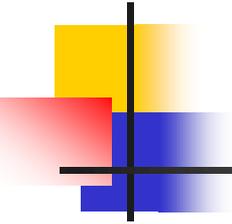
Finanzierung eines Universitätsklinikums (laufender Betrieb)

- **Stationäre Krankenversorgung (50 – 65 %)**
- **Ambulante Krankenversorgung (3 – 8 %)**
- **Zuschuss des Staates (Forschung und Lehre) (10 – 25 %)**
- **Finanzierung von Dritten für Forschung (5 – 15 %)**
- **Sonstige eigene Einnahmen < 5 %**

Umsätze dt. Universitätsklinika: 400 – 800 Mio. € je Einrichtung

Problembereich 1

Zuschuss des Staates



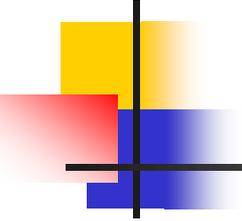
- **Von der Kassenlage abhängig, politisch definiert**
- **Für Forschung und Lehre und Trägeraufgaben (Instandhaltung)**
- **Entwicklung des Krankenhauses bleibt vielfach unberücksichtigt**
- **In den letzten Jahren beinahe überall rückläufig (relativ gesehen)**
- **Starke Forschung schafft starken Mittelbedarf (Sprungfixe Kosten)**
- **Große Ungleichheit, je nach Bundesland**

Problembereich 2

Krankenversorgung

- **Ambulante Entgelte nicht ausreichend**
 - **Universitäre Spezialitäten nicht im DRG-System abgebildet**
 - **Extremkostenfälle**
 - **frühzeitige Innovation**
 - **Weiterbildung**
 - **Problembereich Notaufnahme**
 - **Seltene Erkrankungen**
 - **Interdisziplinarität (Zentren)**
 - **Aufgabenverbund und Organisationskosten**
- ➔ **Politische Forderung nach „Systemzuschlag“**

Problembereich 3



**Teilweise völlig unzureichende
Investitionsausstattung**

**Veraltete Infrastruktur bedingt erhebliche
Mehrkosten**

Entwicklungstendenzen

- **Verluste laufen auf, Staat haftet**
- **Drittmittel werden für Forschung immer wichtiger**
- **Übergewicht der Krankenversorgung verstärkt sich**
 - ➔ **dadurch Konflikte mit Mutteruniversität**

Tendenziell stärkere Trennung von Forschung, Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits

Charakter der Einrichtungen ändert sich

Fazit

Notwendig wäre eine politische Standortbestimmung der Universitätsmedizin in Deutschland

Fragen in diesem Zusammenhang:

- Einheit von Forschung und Lehre an allen Standorten?
- Einfluss der Industrie? Erwünscht? in welchem Rahmen?, in welcher Dimension? (Rechtssicherheit schaffen)
- Mitfinanzierung des Bundes?
- Verhältnis zu den neu entstehenden „Medical Schools“ ?

.....

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum
Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.



Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers

7. BVBG-Veranstaltung Berlin, 19. Juni 2015

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher | Vorstandsvorsitzender

Wirkung fehlender Investitionskostenfinanzierung unter DRG

Zusammenhang von

Investitionskostenfinanzierung der Länder

Druck auf die Betriebskosten

Konzentration auf **lohnende** DRG

Mengendiskussion

Qualitätsdiskussion (Indikatoren)

Unternehmenspolitische Strategien

Schwerpunkt : Beschaffungsmanagement

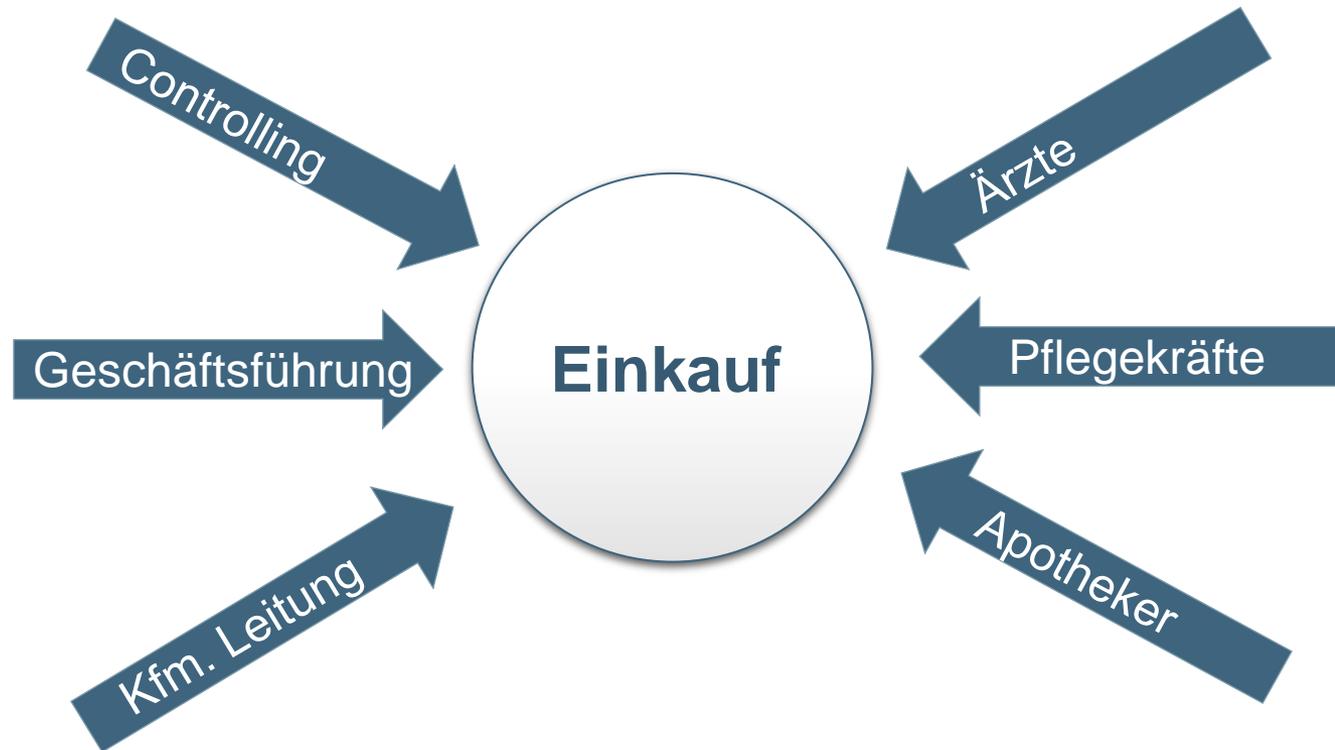
- ➔ **Spezialisierung** des Leistungsportfolios zum Zwecke der Erzielung von Skalenerträgen,
- ➔ **Aufbau- und Ablaufprozessoptimierung** u. a. durch Standardisierung des Einsatzes von Medizinprodukten, Industrialisierung der Produktentwicklung/Wiederaufbereitung von Produkten [1]
- ➔ **Organisation von Marktmacht auf Beschaffungsmärkten** durch Größe (Kettenbildung),
- ➔ **Organisation von Marktmacht durch Kooperationsverbände** (Einkaufsgemeinschaften/-genossenschaften etc.)

[1] Eiff, W.v. Wiederaufbereitung als Investitionsentscheidung – Kosten, Nutzen, medizinische und ethische Aspekte, in: Eiff, Lorenz (Hrsg.), Jahrbuch Gesundheitswirtschaft 2012, 6. Jg., S. 102

Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses

- ➔ Ist das gegenwärtige „Konformitätsbewertungsverfahren“, das von benannten privatwirtschaftlichen Stellen durchgeführt wird, ein **verlässlicher Hinweis auf eine „Gleichartigkeit“** der Produkte in Hinblick auf Qualität und Patientennutzen?
- ➔ Gibt es verlässliche **Qualitäts- und Sicherheitskontrollen nach Markteintritt**?
- ➔ Gibt es eine verlässliche und **transparente Meldepflicht „unerwünschter Vorkommnisse“** bei Medizinprodukten analog zum Arzneimittelrecht?
- ➔ Gibt es eine **Nutzenbewertung vor Markteinführung** auf Basis **patientenrelevanter Endpunkte**?
- ➔ Gibt es hinreichende **Transparenz und eine Langzeitbeobachtung** insbesondere von langlebigen Medizinprodukten hoher Risikoklassen (**Medizinprodukte – Register**), um diese unter „real-life“ Bedingungen evaluieren zu können?

Einkauf im Spannungsfeld zwischen Leitung und medizinischen Leistungsträgern



Total Cost of Ownership (TCO)

TCO reduziert sich in der Kalkulation nicht auf den Einkaufspreis eines Beschaffungsgutes, sondern berücksichtigt auch die Kosten bei der Nutzung und der Nachnutzungsphase entstehen.

- **Anschaffungsphase:**

Einkaufspreis, Kosten der Verwaltung, Lieferantenauswahl, Ausschreibung, usw.

- **Nutzungsphase:**

Kosten während der Behandlungsphase

- **Nachnutzungsphase:**

Kosten für Entsorgung, Verwertung usw.

Kosteneinsparung durch qualitätsbewussten Einkauf



Zum Beispiel Standzeiten von Hüftendoprothesen



Langschaft Prothesen

– bis zu 97% Standzeit von 20 Jahren



Kurzschafft Prothese

– 1-2% Explantiert nach 2 Jahren



Oberflächenersatz

– 7-12% Komplikationsquoten
nach 2 Jahren

➔ Neue Produkte müssen kontrolliert Evaluert werden

Patienten müssen vor unterlegenen Produkten geschützt werden

Hier können Siegel den individuellen
Entscheidungsprozess unterstützen



Entscheidungshilfen für den qualitätsbewussten Einkauf

Überprüfung der Versorgungsqualität durch

- interne Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)
- externe vergleichende Qualitätssicherung (z.B. AQUA-Institut, ab 2016 IQTIG)
- Analyse von Registerdaten (z.B. Endoprothesenregister)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

DAK
Gesundheit

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum
Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern

7. BVBG-Jahresveranstaltung
Berlin, 19. Juni 2015

Christliche Krankenhäuser in Deutschland

... vor der Krankenhausreform

Beschaffung im Fokus christlicher Krankenhäuser - ?

Die CKiD-Qualitätsprüfsteine als Kriterien für den Beschaffungsprozess

Christliche Krankenhäuser in Deutschland

... vor der Krankenhausreform

Beschaffung im Fokus christlicher Krankenhäuser - ?

Die CKiD-Qualitätsprüfsteine als Kriterien für den Beschaffungsprozess

Christliche Krankenhäuser in Deutschland



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland
Zukunftsweisend menschlich.



Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland
Zukunftsweisend menschlich.

(Zahlen 2013)	Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettenklassen									
Quelle: DeStatis (DEKV 2014)										
	Gesamt		Öffentliche Krankenhäuser		Freigemeinnützige Krankenhäuser		Private Krankenhäuser			
alle Allgemeinkrankenhäuser...	1 668		500		591		577			
KH bis 99 Betten	516	30,9%	65	13,0%	88	14,9%	363	62,9%		
KH mit 100 bis 199 Betten	365	21,9%	99	19,8%	171	28,9%	95	16,5%		
KH mit 200 bis 499 Betten	534	32,0%	189	37,8%	260	44,0%	85	14,7%		
KH mit 500 und mehr Betten	253	15,2%	147	29,4%	72	12,2%	34	5,9%		
KH mit 100 und mehr Betten...	1 152		435		503		214			
KH mit 100 bis 199 Betten	365	31,7%	99	22,8%	171	34,0%	95	44,4%		
KH mit 200 bis 499 Betten	534	46,4%	189	43,4%	260	51,7%	85	39,7%		
KH mit 500 und mehr Betten	253	22,0%	147	33,8%	72	14,3%	34	15,9%		

Agenda



Christliche Krankenhäuser in Deutschland

... vor der Krankenhausreform

Beschaffung im Fokus christlicher Krankenhäuser - ?

Die CKiD-Qualitätsprüfsteine als Kriterien für den Beschaffungsprozess

... vor der Krankenhausreform



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland
Zukunftsweisend menschlich.

- **Versorgungsstrukturen**
- **Betriebsgrößen**
- **Investitionsfähigkeit**
- **Unterfinanzierung**
- **Einspardruck**
- **Qualitätsanforderungen**
- **Qualitätsanspruch, Werteorientierung**
- **Personalausstattung**
- **Personalkosten**

Agenda



Christliche Krankenhäuser in Deutschland

... vor der Krankenhausreform

Beschaffung im Fokus christlicher Krankenhäuser - ?

Die CKiD-Qualitätsprüfsteine als Kriterien für den Beschaffungsprozess



Prozesse Verbrauchsgüter

- **Definition von Sortimenten und Bedarfen**
- **Bestellung**
- **Einkauf**
- **Lagerhaltung**
- **Logistik**



Prozesse Investitionsgüter

- **Vorbereitung:**
Identifizierung und Prüfung von Bedarfen und Anforderungen, Kosten-/Nutzungsszenarien, Alternativen
- **Anschaffung: Ausschreibung, Verhandlung, Vergabe**
- **Abwicklung:**
Kauf, Performance Contracting, pay4use, PPP u. a.



Maßnahmen

- **Zusammenarbeit mit spezialisierten Dienstleistern**
- **Outsourcing**
- **Einkaufsgemeinschaft**
- **Strategische Partnerschaft**
- **Joint Venture**



Ziele

- **Kostensenkung (Prozess-, Sach-, Personalkosten)**
- **Mittel freisetzen für andere Aufgaben**
- **Investitionsaufwand verringern bzw. strecken**
- **Prozessoptimierung**
- **Qualitätsverbesserung**
- **Professionalisierung**
- **Strategische Kooperation / Partnerschaft**



Ethische Relevanz

- **Wer kommt als Kooperationspartner in Frage?**
- **Welche Werte und ethischen Kriterien bestimmen die Gestaltung des Kooperationsprozesses?**



Ethische Kriterien

- **Gerechtigkeit**
- **Fairness**
- **Transparenz**
- **Gemeinwohlorientierung (*social responsibility*)**
- **Nachhaltigkeit**
- **Wirtschaftlichkeit**

Agenda



Christliche Krankenhäuser in Deutschland

... vor der Krankenhausreform

Beschaffung im Fokus christlicher Krankenhäuser - ?

Die CKiD-Qualitätsprüfsteine als Kriterien für den Beschaffungsprozess

CKiD-Qualitätsprüfsteine und Beschaffungsprozess



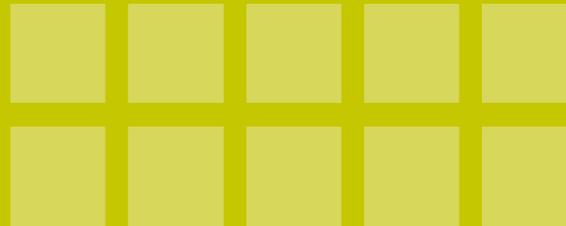
Christliche Krankenhäuser
in Deutschland
Zukunftsweisend menschlich.

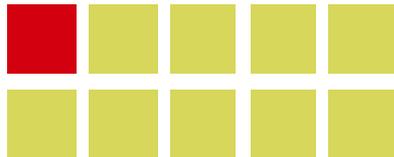
Zukunftsweisend menschlich.



10 Qualitätsprüfsteine

Humanität – Ganzheitlichkeit – Professionalität – Gemeinwohlorientierung



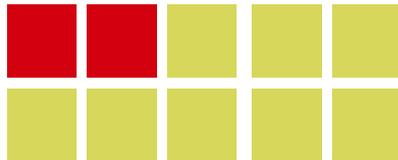


Qualitätsprüfstein 01: Ethik und Werte

In den christlichen Krankenhäusern bestimmen ethisches Handeln und Werteorientierung auch die ökonomischen Prozesse.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Die für die Klinikorganisation, die Prozesse und das Handeln aller Akteure in der Klinik verbindlichen Werte sind deutlich beschrieben und werden klar und kontinuierlich kommuniziert.*
- *Führungskräfte und Mitarbeitende werden – z. B. durch Fortbildungen und Schulungen – in ihrer ethischen Kompetenz gefördert und für ethische Fragen sensibilisiert.*
- *Werte müssen gelebt und vorgelebt werden.*
- ...



Qualitätsprüfstein 02: Patientenorientierung

In den christlichen Krankenhäusern ist der einzelne Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und den sich aus dem Behandlungsprozess ergebenden Anforderungen Maß und Kriterium des Handelns.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Die Prozesse werden an den Patienten, ihren Bedarfen und Erwartungen ausgerichtet.*
- *Im Rahmen der klinischen Behandlung wird auch dem vor- und nachstationären Versorgungsbedarf der Patienten Rechnung getragen.*
- *Die Patientenzufriedenheit wird regelmäßig durch Befragungen erfasst, die Ergebnisse geben Anlass zu geeigneten Veränderungs- und Verbesserungsmaßnahmen.*
- ...

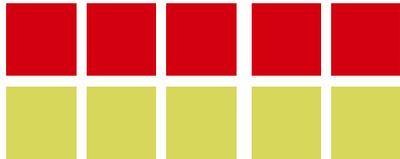


Qualitätsprüfstein 03: Verantwortung

Christliche Krankenhäuser richten ihre Leistungserbringung und ihr Wirtschaften nach den Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität aus. Sie sind ihrem Auftrag entsprechend dem Menschen und dem Gemeinwohl verpflichtet.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Das Krankenhaus ist Akteur und Mitgestalter im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke und betreibt aktiv den Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote.*
- *Die Arbeitsbedingungen werden unter den Gesichtspunkten der Gesundheitsförderung und der Familienfreundlichkeit gestaltet.*
- *Die Unternehmenskultur ist geprägt durch eine innovationsfreundliche Atmosphäre.*
- ...

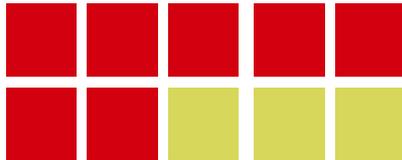


Qualitätsprüfstein 05: Patientensicherheit

Christliche Krankenhäuser setzen sich für ein umfassendes klinisches Risikomanagement ein. Sie fördern einen offenen Umgang mit Fehlern, um daraus zu lernen.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Ein umfassendes klinisches Risikomanagement, einschließlich Fehlermelde- bzw. CIRS-System, wird umgesetzt.*
- *Die betriebliche Fehlerkultur befördert Lernprozesse und trägt zur ständigen Verbesserung der Arbeitsabläufe bei.*
- *Die betrieblichen Prozesse werden regelmäßig unter Arbeitsschutzgesichtspunkten überprüft und angepasst. ...*

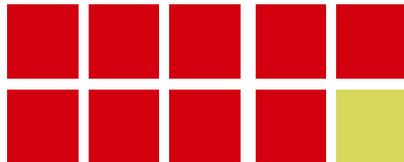


Qualitätsprüfstein 07: Transparenz

Transparenz schafft Vertrauen. Die christlichen Krankenhäuser stehen für Transparenz nach innen und außen.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Gegenüber der Öffentlichkeit findet eine offene, ehrliche Kommunikation statt. Das gilt auch für eine effizient und transparent organisierte Krisenkommunikation...*
- *Informationen über Leistungsangebote, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität werden in geeigneter Weise intern und extern kommuniziert.*
- *Die Klinik stellt sich dem Qualitätsvergleich, z. B. durch Beteiligung an Qualitäts-Initiativen, Benchmark-Projekten u. a. ...*

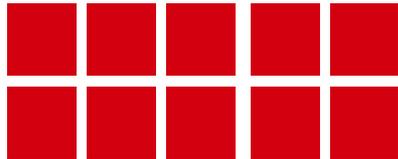


Qualitätsprüfstein 09: Arbeitsbedingungen

Christliche Krankenhäuser wollen Arbeitsbedingungen bieten, in denen die Mitarbeitenden ihr professionelles Potenzial voll ausschöpfen und für die Patienten da sein können.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Eine strukturierte, fachübergreifende Zusammenarbeit erfolgt sowohl auf den einzelnen Hierarchieebenen als auch ebenenübergreifend.*
- *Die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation wird gezielt ... gefördert.*
- *Feedback ist integraler Bestandteil einer verbindlichen und transparent strukturierten Regelkommunikation.*
- ...



Qualitätsprüfstein 10: Christliches Profil

Menschen, die ein christliches Krankenhaus ... aufsuchen ..., dürfen eine Professionalität erwarten, die sich nicht nur an medizinisch-technischen Standards, sondern zugleich an ... christlichen Werten orientiert.

Leitlinien für den klinischen Alltag

- *Achtung und Respekt gegenüber Patienten und Mitarbeitenden bestimmen die Behandlungs- und betrieblichen Prozesse.*
- *Die Reflexion über ethische Fragen und Herausforderungen ... erfolgt auf Basis einer klaren, erkennbaren und kommunizierten Orientierung an christlichen Werten.*
- *Die Führungskräfte nehmen ihre Verantwortung für die Ausprägung des christlichen Profils wahr. ...*



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.

Qualitätsoffensive im Beschaffungsmanagement von Krankenhäusern

Wilfried von Eiff

Winfried Neun



Studie zum Entscheidungsverhalten in Beschaffungsprozessen von Krankenhäusern
und Medizinindustrie: Konsequenzen und Perspektiven

Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

Hintergründe und Ziele

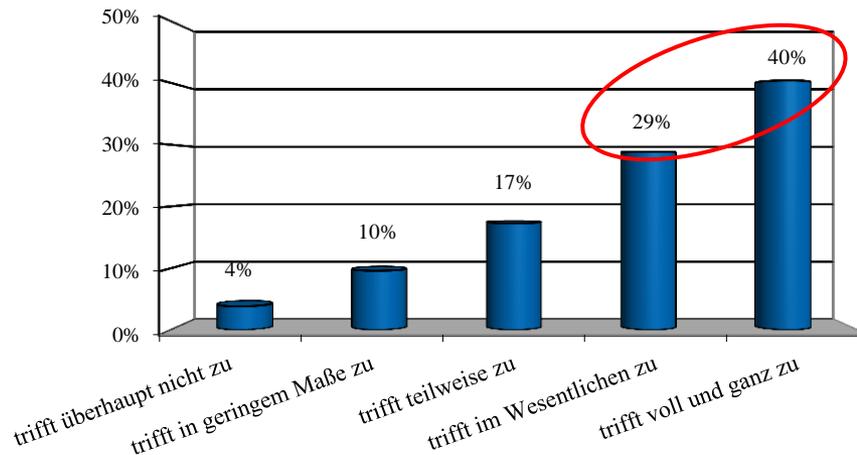
- Bundesweite Studie der K.O.M. GmbH in Zusammenarbeit mit dem BVBG
- Zusammenhänge von Qualitätssicherung, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen
 - Bedeutung von Kosteneinsparung
 - Entstehung und Vermeidung von Folgekosten
- Was bedeutet Qualität, vor dem Hintergrund der qualitätsorientierten Strukturreformen im Krankenhaus?
- Notwendigkeit zur Identifikation von Handlungsfelder zur nachhaltigen Qualitätsoptimierung
- Pilotprojekte zur Validierung der Studienergebnisse und Implementierung des Q-Faktors als Entscheidungshilfe qualitäts-, prozess- und wirtschaftlich orientierter Beschaffung

Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

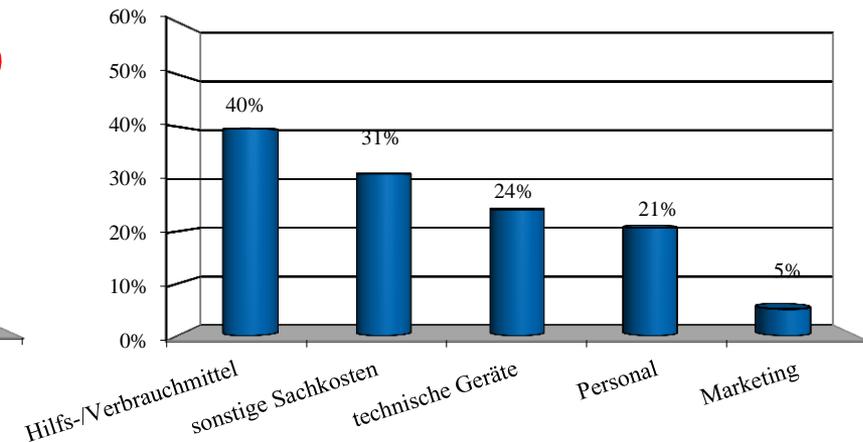
Wirtschaftliche Situation in deutschen Krankenhäusern

- Steigender Kostendruck bei erhöhten Qualitätsanforderungen
- Reaktive Handlungen auf der Kostenseite anstelle aktiver strategischer und prozessualer Optimierungen

Das Thema Einsparungen hat in den letzten 5 Jahren eine sehr große Rolle gespielt



Bereiche von Kosteneinsparungen



Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

Einsparungen in der Beschaffung (1/2)

- Der Einkauf ist von Sparmaßnahmen stark betroffen
- Sparmaßnahmen wirken sich auf die Qualität der eingesetzten (medizinischen) Produkte aus
- Interessenkonflikt zur höchstmöglichen Patientensicherheit durch bestehende Preisfokussierung

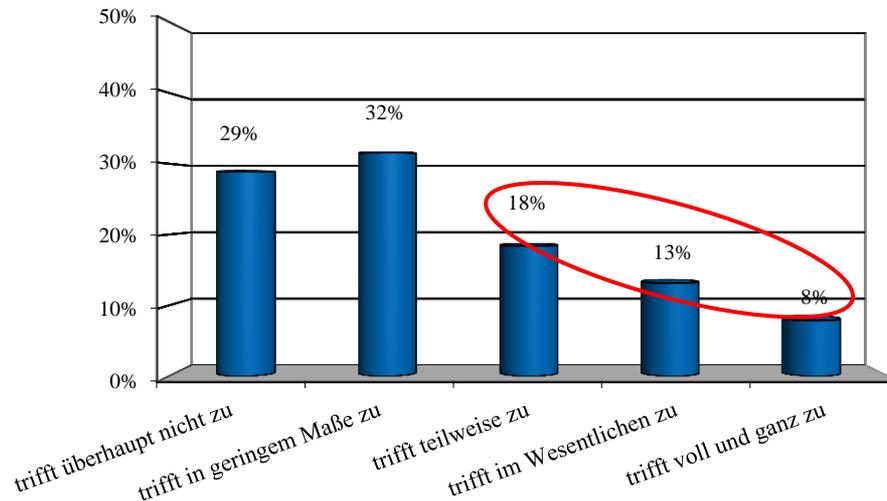


Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

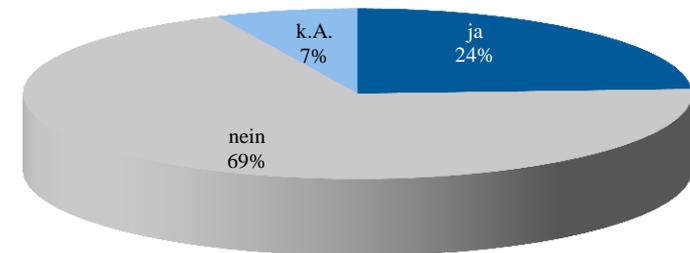
Einsparungen in der Beschaffung (2/2)

- Die Befragten sehen Qualitätsverluste im Produktbereich infolge sinkender Vergütungen
- Fehlende Qualitätskriterien bei der Umsetzung von Einsparungszielen

Qualität der verwendeten Produkte hat sich seit Einführung der DRGs sehr negativ entwickelt



Bei uns gibt es festgelegte Einkaufskriterien

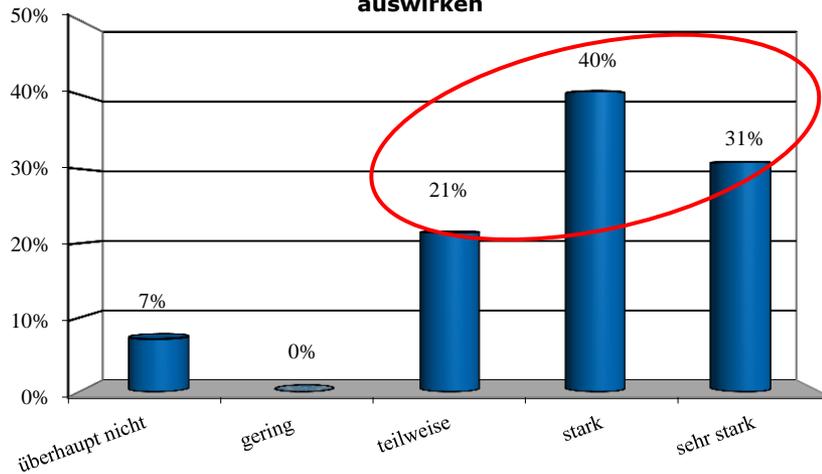


Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

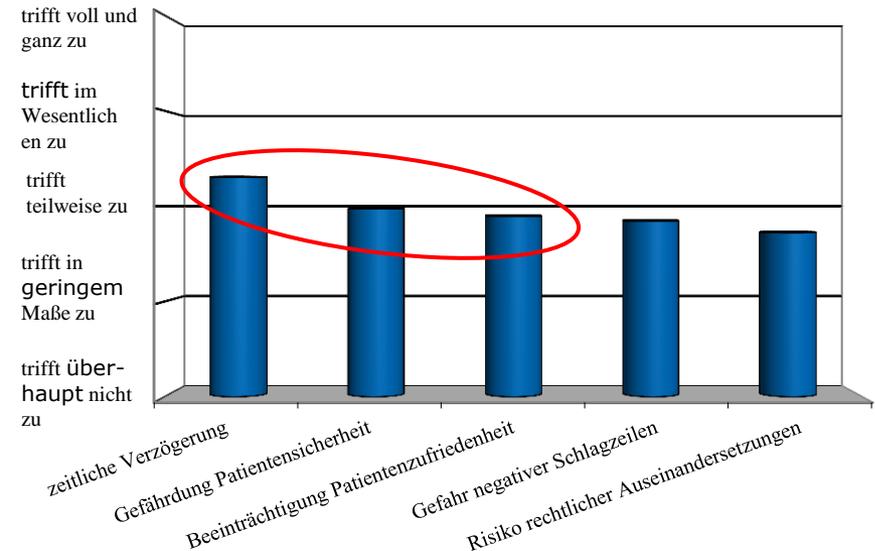
Auswirkungen minderer Produktqualität

- Es wird ein Zusammenhang zwischen der Produktqualität und der Qualität der Behandlungen gesehen
- Mindere Produktqualität führt zu Beeinträchtigungen medizinischer Prozesse, darunter in kritischen Bereichen wie OP, Intensivstation und Pflege

Niedrigere Produktqualität kann sich negativ auf den Ablauf von Diagnostik, Behandlung und Pflege auswirken



Auswirkungen niedriger Produktqualität

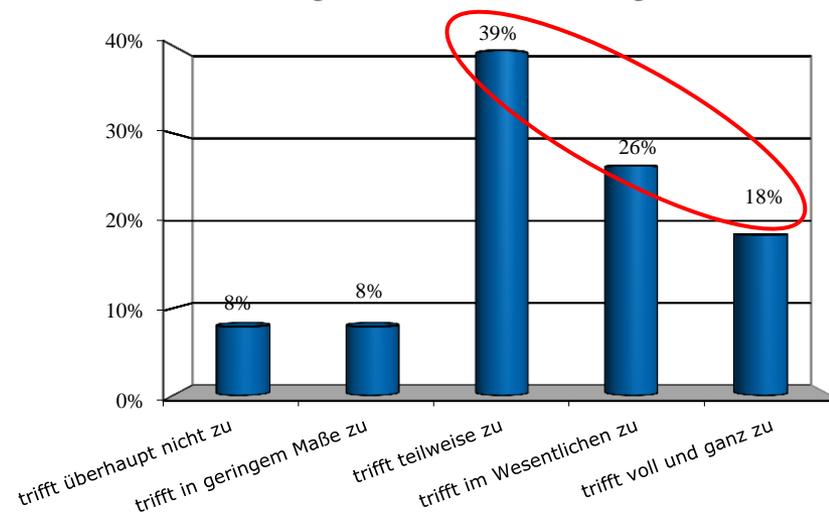


Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

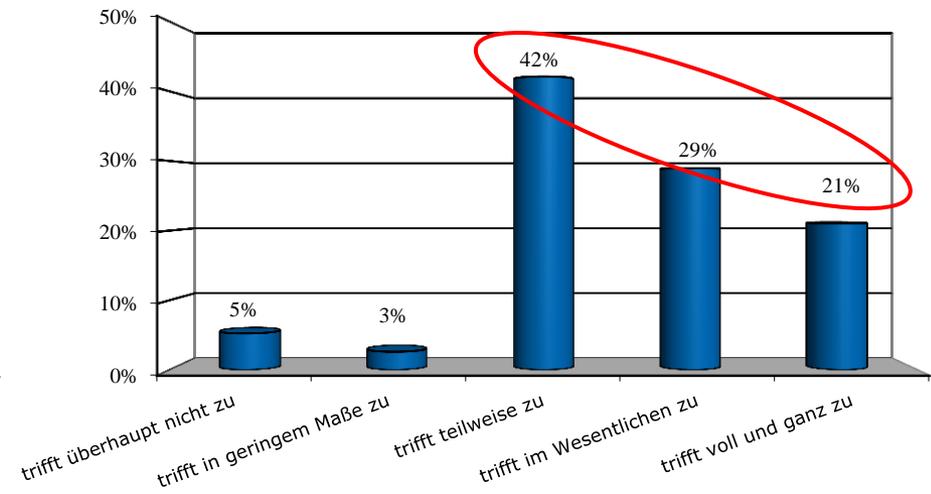
Bedeutung hoher Produktqualität

- Positiver Effekte höchstmöglicher Produktqualität auf die Effektivität und Sicherheit der Behandlung
- Umkehrschluss: Fehlende Gewährleistung von Mindeststandards für die Prozessstabilität bei minderwertigen Produkten

Die Verwendung von Produkten höchster Qualität führt zu weniger Zweit- / Nachbehandlungen



Die Verwendung von Produkten höchster Qualität wirkt sich positiv auf die Patientensicherheit aus

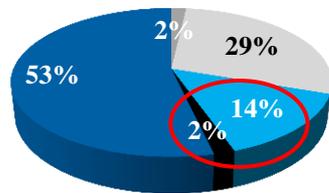


Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

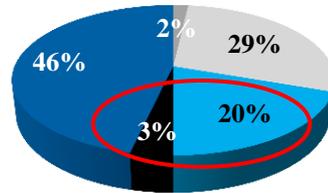
Beispiel Verbrauchsmaterialien

- Verbrauchsmaterialien niedriger Qualität sind vor allem mit höherem Aufwand durch Zweit- und Nachbehandlungen oder Verlängerung des Behandlungsprozesses verbunden
- Beispiele: Kanülen (Prozesswiederholung), Handschuhe (Produktdefekte), Verbandsmaterial (Lebensdauer)

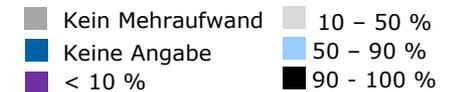
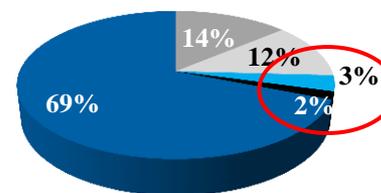
Mehr Zeitaufwand beim Einsatz der Produkte



Höherer Aufwand durch Zweit-/Nachbehandlungskosten



Höherer Entsorgungsaufwand



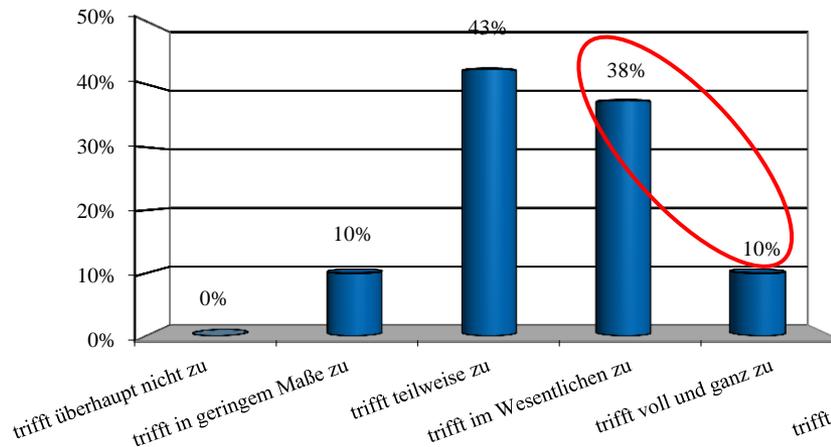
- Als Folge entstehen signifikant höhere Folgekosten im Gesamtprozess

Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

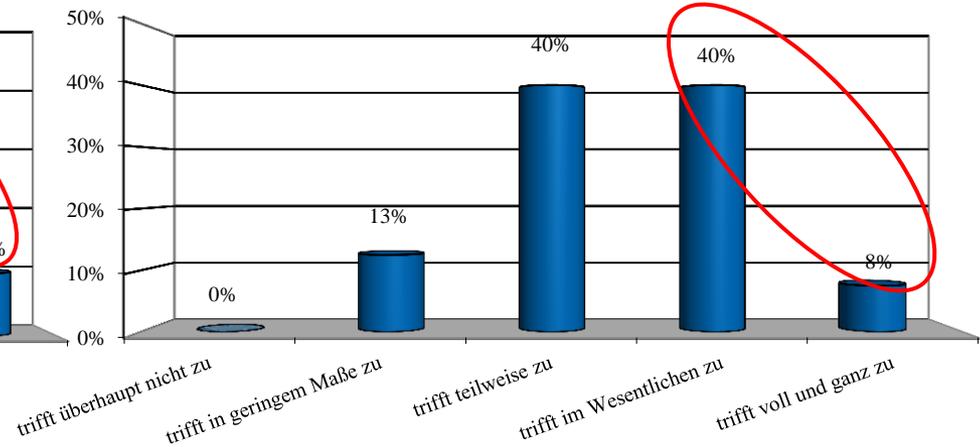
Was bedeutet hohe Produktqualität?

- Produktqualität wird eine große Bedeutung beigemessen, jedoch mangelt es an einheitlichen Kriterien mit Orientierung an der Prozesswirkung
- Wiederkehrende Kriterien sind Komfort der Anwender und Patienten, Handling und Lebensdauer

Höchste Produktqualität hat für die Mitarbeiter aller Abteilungen die gleiche Priorität



Alle Mitarbeiter haben ein einheitliches Verständnis von der Qualität der verwendeten Produkte



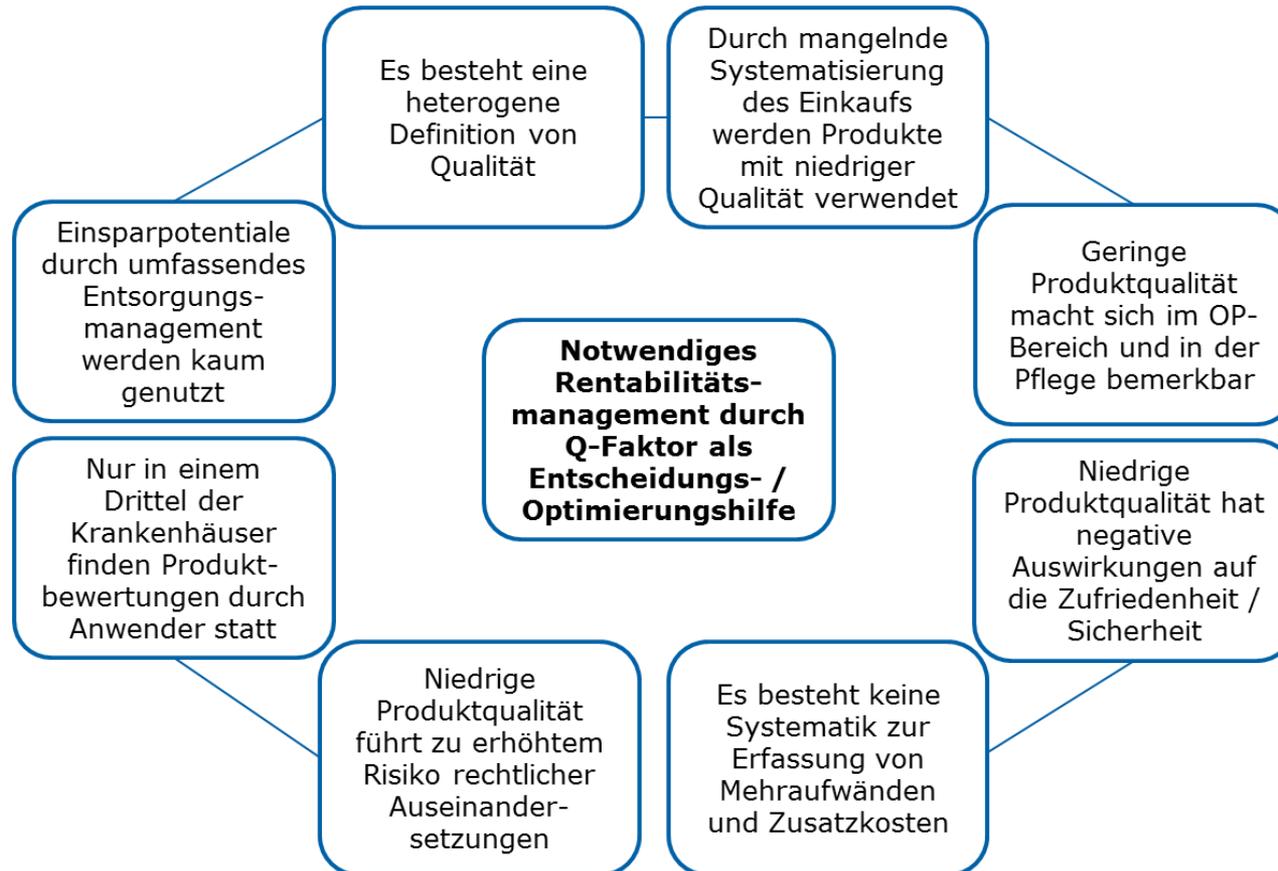
Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

Zwischenerkenntnisse aus Pilotprojekten der K.O.M. (1/2)

- Produktmängel werden oft informell erfasst und nicht systematisch ausgewertet
- Einkauf kann Qualität im Prozess oft nicht beurteilen und verlässt sich auf die Anwender
- Geringe Prozessorientierung und Dokumentation von Kennzahlen zeigt fehlende Systematiken zur qualitäts- und folgekostenorientierten Beschaffung
- Systematische, übergreifende Prozessoptimierung zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen findet kaum statt und werden durch Berufsgruppen- und abteilungsorientiertes Denken erschwert

Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

Zwischenerkenntnisse aus Pilotprojekten der K.O.M. (2/2)



Studien des Centrums für Krankenhausmanagement

Hintergründe und Ziele

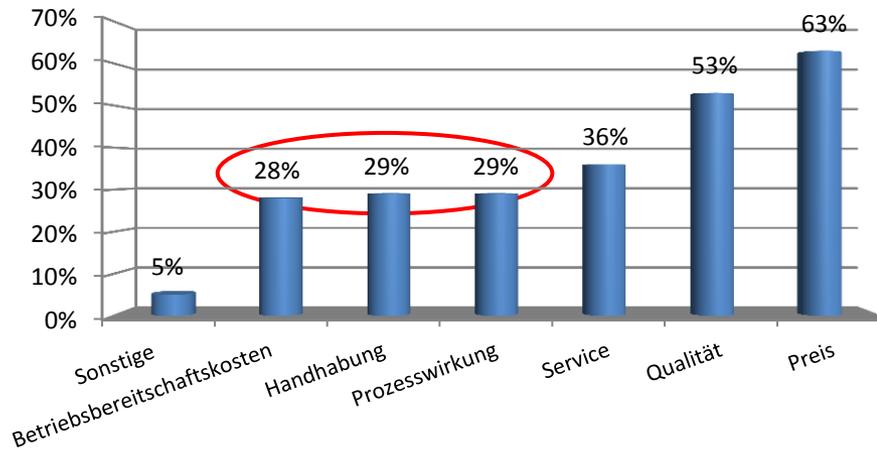
- Die Rolle von Produkt-, Dienstleistungs- und Prozessqualität in Krankenhaus-Beschaffungsprozessen transparent machen und die Hintergründe erkennen sowie analysieren
- Transparenz herstellen über Entscheidungsmotivation und Beschaffungsverhalten von Krankenhäusern
 - Nach welchen Kriterien werden Beschaffungsalternativen bewertet?
 - Welche Berufsgruppen sind in welcher Form in den Entscheidungsprozess involviert?
- Analyse der Effektivität und Effizienz der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Krankenhaus

Studien des Centrums für Krankenhausmanagement

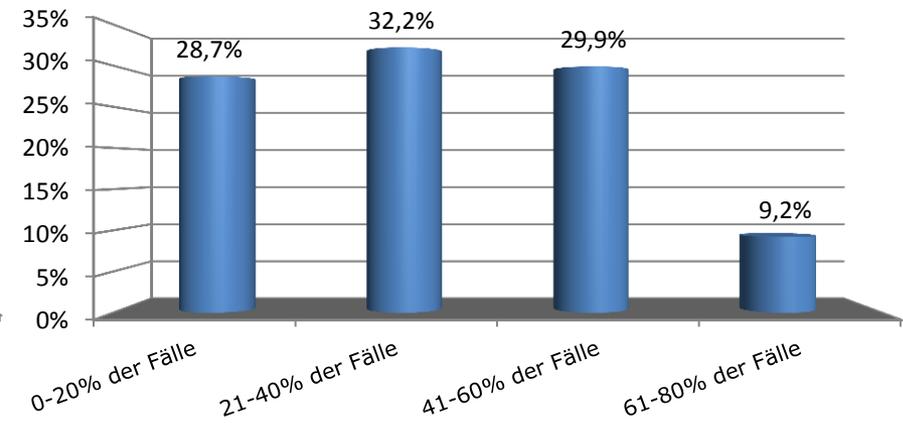
Hauptentscheidungskriterien für die Beschaffung im Krankenhaus

- Es dominiert der preisorientierte Einkauf
- Die wichtigsten Effizienzhebel spielen eine nachgeordnete Rolle
- Preis-Leistung ist wichtiger als das Qualitäts-Outcome-Verhältnis

Hauptentscheidungskriterien für die Beschaffung



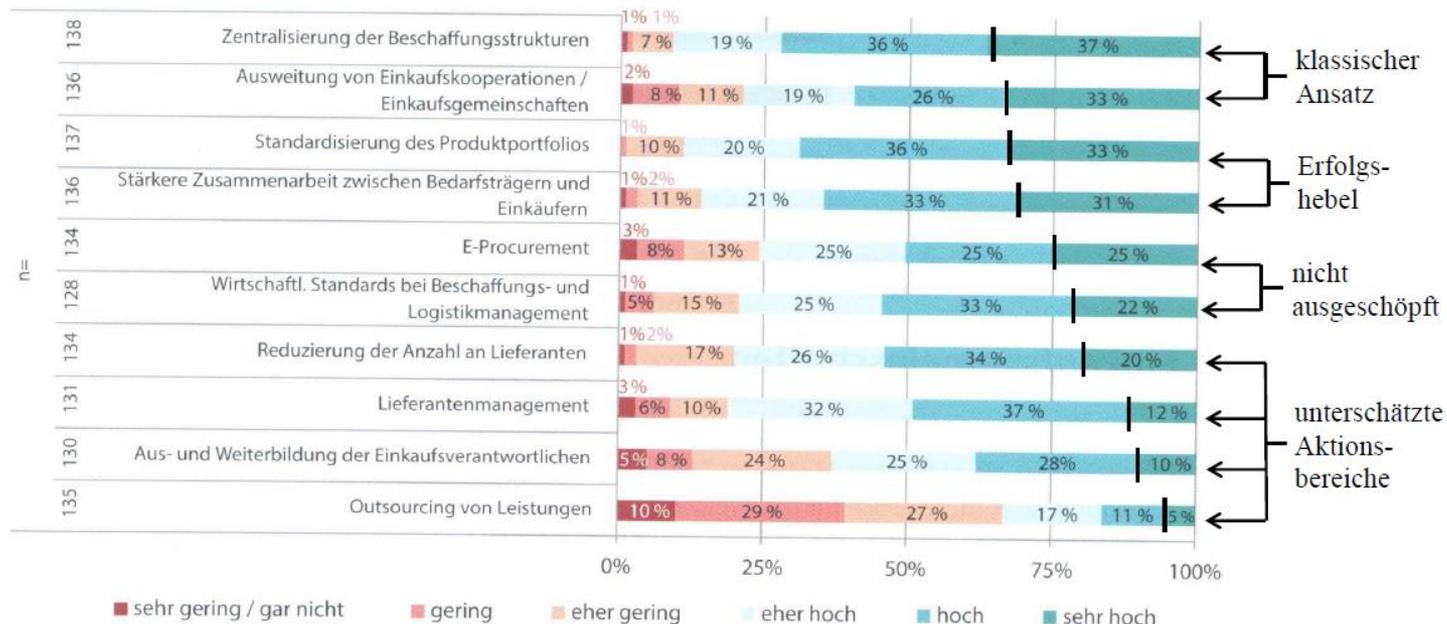
Lieferanten: In wie viel Prozent der Fälle ist ihr Angebot trotz besserer Qualität / günstigeren Preis-Leistungsverhältnisses gegenüber einem billigen Konkurrenten in den letzten 2 Jahren NICHT zum Zug gekommen?



Studien des Centrums für Krankenhausmanagement

Effizienz und Effektivitätssteigerungen im Krankenhaus

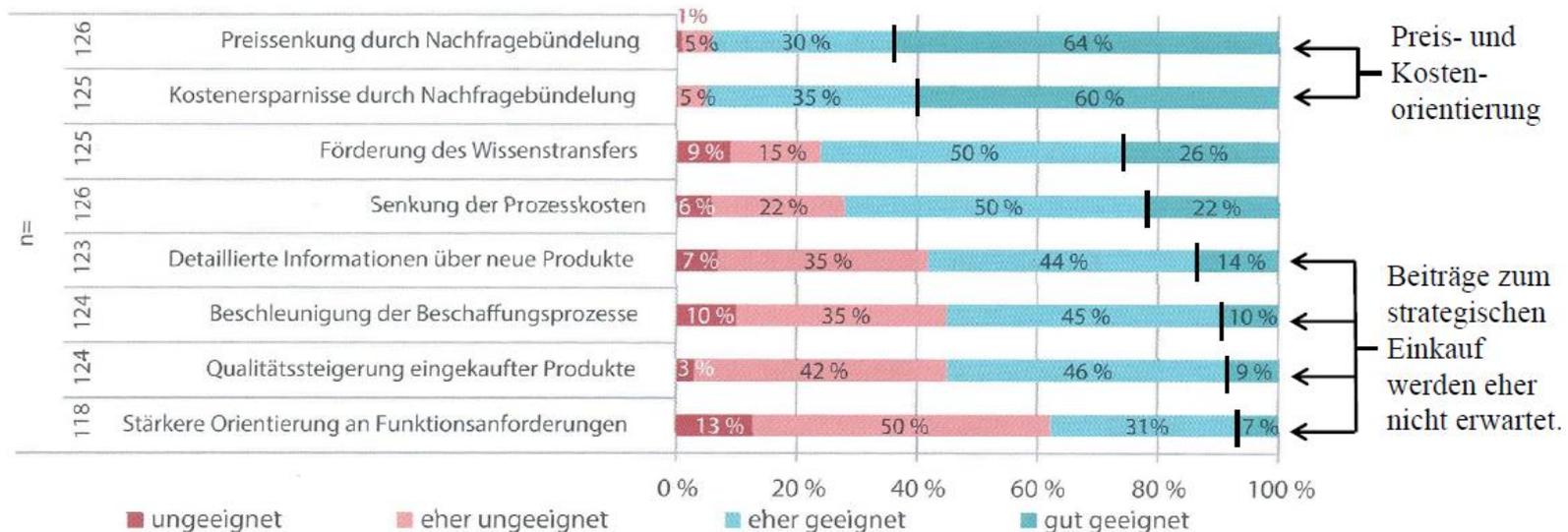
- Effektivität und Effizienz im Krankenhaus werden primär auf klassischem Weg durch Zentralisierung und Einkaufskooperationen erreicht.



Studien des Centrums für Krankenhausmanagement

Rolle der Einkaufsgemeinschaften

- Im Meinungsbild von Krankenhauseinkäufern tragen Einkaufsgemeinschaften dazu bei, Preise zu drücken und Kosteneinsparungen zu erzielen



Der Q-Faktor als Entscheidungshilfe

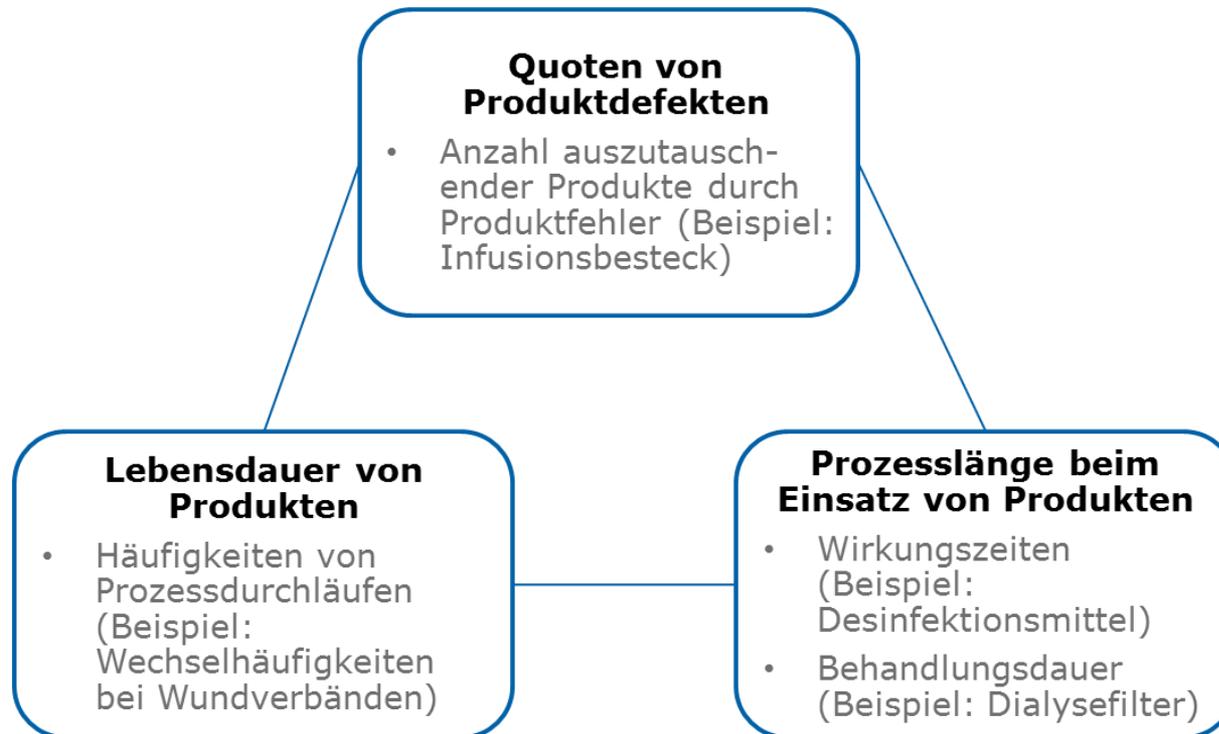
Berücksichtigung von Prozess- und Folgekosten bei der Beschaffung

- Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit werden zwar thematisiert, jedoch weitgehend unabhängig voneinander betrachtet
- Folgekostenbetrachtungen aufgrund minderer Produktqualität sind bislang kaum etabliert, entscheidend sind die Beschaffungskosten
- Strukturreform im Krankenhaus: ... Patienten besser behandeln, Überkapazitäten abbauen, Wirtschaftlichkeit und Qualitätsorientierung honorieren!
- Qualitätsorientierte Beschaffung über den Q-Faktor bedeutet gesamtheitliche Kosten- und Qualitätsbetrachtung
 - Materialeffizienz
 - Personaleffizienz
 - Patientensicherheit
 - Prozesseffizienz

Der Q-Faktor als Entscheidungshilfe

Bemessungsgrundlagen der Prozess- und Folgekostenbetrachtung

- Im Rahmen der Pilotprojekte wurden drei Bemessungsgrundlagen für notwendige Qualitätsfaktoren der Beschaffung identifiziert



Der Q-Faktor als Entscheidungshilfe

Fallbeispiel 1: Wundmanagement

- „Bei hoher Qualität der Verbandsmaterialien muss der Verband einer großen Wunde nur alle 1-3 Tage gewechselt werden, bei niedriger Qualität 2-3 mal pro Tag. Der teurere Verband kostet zwar das Doppelte, aber für das Wechseln des Verbandes wird im Durchschnitt eine halbe Stunde benötigt.“

- Eckdaten

	Mindere Qualität	Hohe Qualität
Materialkosten pro Stück	2,50 €	5,00 €
Arbeitsaufwand pro Tag pro Patient	1,5 h	0,17 h
Personalkosten pro Stunde	18,00 €	

- Gesamtkosten

	Mindere Qualität	Hohe Qualität
Materialkosten	7,50 €	1,67 €
Personalkosten	27,00 €	3,00 €
Summe (pro Tag pro Patient)	34,50 €	4,67 €

Der Q-Faktor als Entscheidungshilfe

Fallbeispiel 2: Etikettierung

- „Die Etiketten für die Spritzen haften nicht richtig, dadurch müssen die Spritzen oft nochmals neu beklebt werden.“

Eckdaten

	Mindere Qualität	Hohe Qualität
Materialkosten	4,95 € / 500 Stk.	5,95 € / 500 Stk.
Arbeitsaufwand pro Etikett	3 Min	3 Min
Zusätzlicher Verbrauch	50 Stk. / Tag	5 Stk. / Tag
Personalkosten pro Stunde	18,00 €	

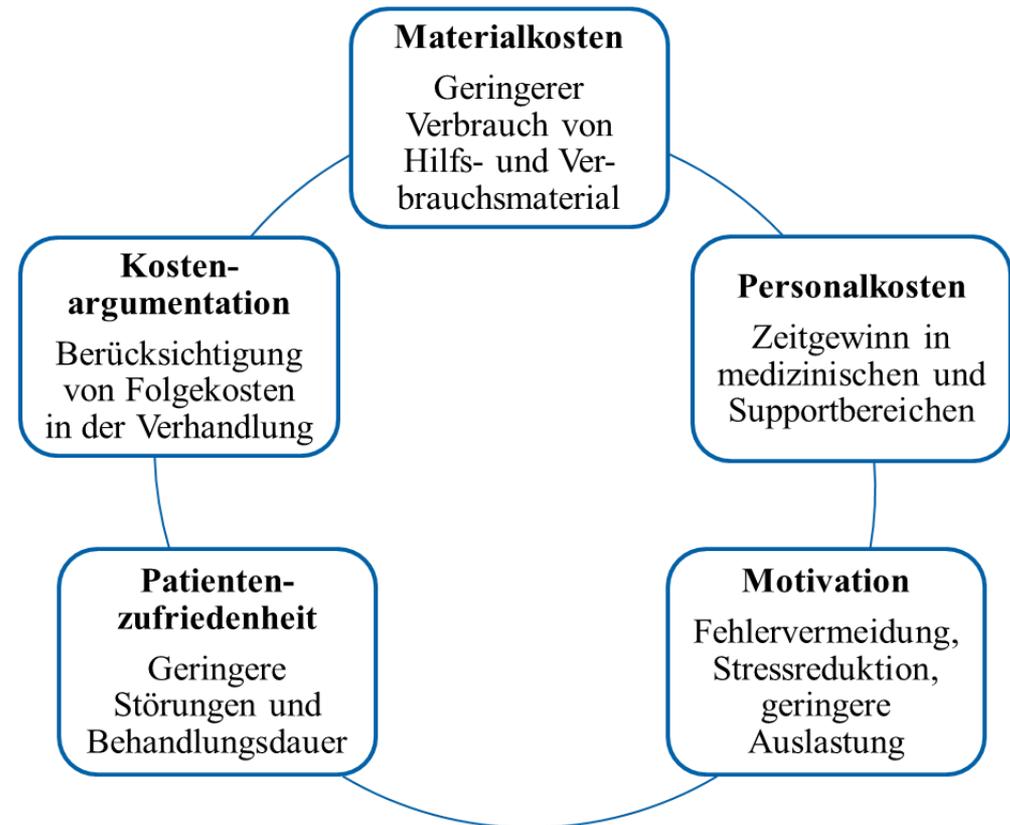
Gesamtkosten

	Mindere Qualität	Hohe Qualität
Materialkosten / Monat	14,85 €	1,79 €
Personalkosten / Monat	1350,00 €	135,00 €
Gesamtkosten / Monat	1364,85 €	136,79 €

Der Q-Faktor als Entscheidungshilfe

Anforderungen und Mehrwerte der Folgekostenorientierung

- Erschließung von Mehrwerten erfordert aktive strategische Ausrichtung der Krankenhäuser
 - Kostensensibilität und Preistransparenz
 - Prozessorientierung
 - Qualitätsverständnis
 - Informationsaustausch
 - Aktive Führung und Willensbildung



Ausblick

Anstehende Aktivitäten im Rahmen der Qualitätsoffensive

- Implementierung Prozess- und folgekostenorientierter Beschaffungsprozesse im Rahmen weitere Piloten
 - Definition von Qualitätsanforderungen
 - Vereinheitlichung der Prozesslandschaft im Krankenhaus
- Weitere Zusammenführung der Studienergebnisse der K.O.M. GmbH und des CKM in gemeinschaftlichem Auftreten

Das Studienteam

Studienleitung



Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

Leiter Centrum für Krankenhaus-Management (Uni Münster)
und Center for Health Care Management and Regulation an der
HHL Leipzig Graduate School of Management



Winfried Neun

Geschäftsführender Gesellschafter
K.O.M. Kommunikations- und Managementberatungs GmbH

Studienteam



Sandra Seegmüller

K.O.M. Kommunikations- und Managementberatungs GmbH



Gregory E.P. Schumacher

K.O.M. Kommunikations- und Managementberatungs GmbH



Dennis Haking

Centrum für Krankenhaus-Management
und Center for Health Care Management and Regulation
HHL Leipzig Graduate School of Management

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**„Der eine wartet,
dass die Zeit sich wandelt,
der andere
packt sie kräftig an und handelt.“**

Dante Alighierie

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf



"Wer aufhört, besser werden zu wollen, hört auf, gut zu sein.,,

Freifrau Marie von Ebner-Eschenbach, österr. Schriftstellerin

Rechtsanwalt Heiner Osterhues

**Vergaberecht bei der Beschaffung von
medizinischem
Sachbedarf**

- Öffentliche Auftraggeber müssen Beschaffungsmaßnahmen ausschreiben.
- Grundlagen hierzu ergeben sich aus dem GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen), der Vergabeordnung, sowie den Verdingungsordnungen für Leistungen (VOL/A, für Bauleistungen VOB/B und für freiberufliche Leistungen (VOF.)
- Weitere Regelungen bestehen aufgrund europäischer Richtlinien, sofern diese bundesrechtlich umgesetzt sind.
- Kontrollansätze und Prüfungen der Rechnungsprüfungsämter und gleichartiger Institutionen nehmen zu.

Die Begrifflichkeit des öffentlichen Auftraggebers bestimmt sich aus der Regelung des § 98 GWB. Die dortige Aufzählung ist abschließend.

Nach § 98, Absatz 1 Nr. 1 GWB sind als öffentliche Auftraggeber Gebietskörperschaften sowie deren Sondervermögen anzusehen. Gleiches gilt für juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts, die zu dem besonderen Zweck gegründet worden sind, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art zu erfüllen, wenn diese Aufgaben durch öffentliche Mittel überwiegend finanziert werden oder über die Leitung der Einrichtung die Aufsicht ausüben.

Fazit: Kommunale Krankenhäuser in der Trägerschaft der Kommunen sind öffentliche Auftraggeber.

Tendenz: Der Kreis der zur Ausschreibung Betroffenen soll erweitert werden.

Unterschiedliche Ansätze von Ausschreibungsverfahren:

Verfahren unterhalb des Schwellenwertes

- Schwellenwert derzeit 207.000,-- EUR für Liefer- und Dienstleistungsaufträge
- geringere Eingriffsmöglichkeiten bei Verstößen
- nationales Verfahren

Verfahren oberhalb des Schwellenwertes (sog. europaweite Ausschreibungen)

- Anwendung der vergaberechtlichen Eingriffsmöglichkeiten
- Rügerecht, Einschaltung der Vergabekammern, Aussetzung des Zuschlages
Nachprüfungsverfahren

(Für Bauleistungen und im Sektorenbereich gelten andere Schwellenwerte)

Vergabearten:

1. Offenes Verfahren (unbeschränkte Anzahl von Unternehmen wird zur Abgabe von Angeboten aufgefordert (vorrangiges Verfahren))
2. Nicht Offenes Verfahren (Öffentliche Aufforderung aus einem Bewerberkreis zur Angebotsabgabe). Eigene Zulässigkeitsvoraussetzungen
3. Verhandlungsverfahren (eigentlich die Ausnahme)
4. Wettbewerblicher Dialog (vorgezogener Dialog zur Klärung offener Fragen im Rahmen der Umsetzung) z.B. in der Vergangenheit Autobahnkreuze – Umsetzung
5. Rahmenvereinbarungen – einschränkende gesetzliche Regelungen in der Anwendung

Vergabearten geben Anlass zu innovativem Handeln. Wesentlicher Aspekt eines Vergabeverfahrens ist die Dokumentation. Bereits im Rahmen der Wahl der richtigen Verfahrensart besteht die Notwendigkeit der Dokumentation.

Vergabeverfahren sind die formalistische Umsetzung einer logisch durchdachten Beschaffungsmaßnahme:

- Wahl der Verfahrensart
- Erstellung eines Leistungsverzeichnisses = erschöpfende neutralisierte Leistungsbeschreibung nebst Volumen- und Qualitätsangaben
- Wertungsmatrix (Preis und/oder Qualität)
- Bekanntmachung
- Submission
- Auswertung
- Zuschlag

In der Vergangenheit erfolgten Vergaben stets manuell unter Nutzung von Vordrucken oder Anwendungsmatrix. Die Folge war eine zu geringe Umsetzung.

BVVG eV und seine Mitglieder haben daher Bemühungen auf einen einheitlichen Standard angestrebt um zur elektronischen Vergabe zu gelangen.

Bereits die EU Basisrichtlinie wurde 1997 mit einer Änderung versehen, die eine elektronische Vergabe ermöglicht hätte. BVVG hat diesen Ansatz bereits 2007 aufgenommen und nach Abwägung der Mitglieder sich für die Nutzung eines gemeinsamen Systems entschieden.

Entscheidung für das System Healy Hudson zum gemeinsamen Einsatz für alle drei Einkaufsgemeinschaften!

Eigenes Portal: ehealth-evergabe im Produktiveinsatz bereits seit 2009!

In Kraft seit dem 17.04.2014

RICHTLINIE ÜBER DIE VERGABE ÖFFENTLICHER AUFTRÄGE (RL 2014/24/EU, ERSETZT DIE BISHERIGE VERGABEKOORDINIERUNGSRICHTLINIE 2004/18/EG)

e-Vergabe ist die elektronische Durchführung von Vergabeverfahren bei der Beschaffung

Artikel 22, 35 und 36 der Richtlinie geben nunmehr die elektronische Vergabe bis zum April 2016 für zentrale und spätestens ab Oktober 2018 für dezentrale Beschaffungsstellen vor.

- Unentgeltliche Bereitstellung der Vergabeunterlagen in elektronischer Form
- Elektronische Angebotsübermittlung
- Vollständige elektronische Kommunikation mit den Bietern
- Technische Merkmale nichtdiskriminierend und allgemein verfügbar
- Einheitliche technische Standards in Planung aber noch keine Umsetzung (z.B. X-Vergabe)

SCHRITTE	VERGABESTELLEN	ZENTRALE BESCHAFFUNGSSTELLEN
Schritt 1 Elektronische Übermittlung der Bekanntmachung	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)
Schritt 2 Elektronische Vergabeunterlagen Vergabeunterlagen sind elektronisch, unentgeltlich, uneingeschränkt und vollständig und unmittelbar zugänglich zu machen.	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)
Schritt 3-5 Bieterfragen, Angebotsannahme bis zur Bieterkommunikation	54 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. Oktober 2018)	36 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2017)
Sonderfälle: elektronische Auktion, dynamisches Beschaffungssystem, elektronischer Katalog	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)	24 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2016)
Einheitliche Europäische Eigenerklärung EU Standardformular zur Prüfung der Eignung.	48 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2018)	48 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. April 2018)
Nutzungspflicht von eCertis	54 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. Oktober 2018)	54 Monate nach Inkrafttreten (ab 18. Oktober 2018)

Umfangreiche Administratoren-Schulungen ALLER mit dem System betrauten Mitarbeiter

Gründliche Vorbereitung durch Umsetzung des internen Formularwesens in die elektronische Plattform!

Keine Begrenzung auf das Bereitstellen elektronischer Dokumente, Nutzung aller Möglichkeiten des Systems!

Konsequente Nutzung der Möglichkeit, ausschließlich elektronische Angebote zuzulassen!

Umfangreiche Informationen an die Industrie mittels Informationsveranstaltungen.

Regelmäßiger Erfahrungsaustausch der beteiligten Einkaufsgemeinschaften und des Dienstleisters.

Kontinuierliche Überprüfung der Prozesse und laufende Anpassungen.

Einbindung und Inhouse Schulungen der Mitglieder

Hohe Akzeptanz bei den Ausschreibungsverantwortlichen und Mitgliedern

Hohe Akzeptanz bei den Bietern:

Über 4.000 registrierte Bieter auf der Plattform

Über 2.500 Interessenten auf der Plattform

Transparente rechtssichere Abwicklung auch komplexer Vergabeverfahren möglich.

Möglichkeit der Inanspruchnahme der verkürzten Fristen

Massive Reduzierung des administrativen Aufwandes für die Vergabestelle

Einfache und leichte Kommunikation mit allen Beteiligten des Verfahrens

Vollständig elektronische Durchführung des gesamten Beschaffungsprozesses

Erstellung eines Anforderungskataloges anhand des eigenen Beschaffungsschwerpunktes!

Grundlegende Beschäftigung mit den Marktteilnehmern und deren Leistungsangebot!

Erheblichen Zeitaufwand für die Durchführung von Verfahren auf Demo- und Echtssystemen einplanen!

Erheblichen Zeitaufwand für die Umsetzung der „Papiervorgaben“ in das elektronische System einplanen!

Erheblichen Zeitaufwand für die umfassende Schulung der mit dem System betrauten Mitarbeitern einplanen!

Zeitaufwand steigt exponentiell mit der Größe der Beschaffungsorganisation!

Vergaben sind wohl durchdachte und logisch umgesetzte Beschaffungsmaßnahme. Ad-Hock-Entscheidungen sind bei Vergaben nicht einschlägig, was einen besonderen Schwerpunkt auf Planung und Umsetzung ergibt.

Die erweiterten Anforderungen der Umsetzung der elektronischen Vergaben führt zu Erleichterung für beide Seiten der Nutzer und zu einer Beschleunigung.

Vergaben sind für öffentliche Auftraggeber unerlässlich. Der Druck und die Kontrollen der Aufsichtsbehörden nehmen ebenso zu wie die Anzahl von Nachprüfungsverfahren. Nutzung von Fördermitteln stehen mittlerweile in Abhängigkeit zur Umsetzung von ordnungsgemäßen Vergabeverfahren. Die Anzahl von Verfahren wird sich erhöhen. Die elektronische Umsetzung stellt dabei eine Verfahrenserleichterung dar.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

AGENDA



9.30 Uhr	Empfang/Registration	Moderation: Dr. Albrecht Kloepper
10.00 Uhr	Begrüßung	Anton J. Schmidt, P.E.G.
10.15 Uhr	„Gesundheitspolitisches Statement“	Lutz Stroppe, BMG
10.45 Uhr	Bildet die reformierte Krankenhausfinanzierung die Sach- und Personalkosten besser ab?	Georg Baum, DKG e.V.
11.05 Uhr	Spitzenmedizin an Universitätsklinika – ausreichend finanziert?	Klaus Fischer, Universitätsklinikum Regensburg
11.25 Uhr	Anforderungen an das Beschaffungsmanagement aus dem Blickwinkel des Kostenträgers	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, DAK-Gesundheit
11.45 Uhr	Beschaffung aus Sicht von kirchlichen Krankenhausträgern	Pastor Norbert Groß, DEKV
12.05 Uhr	Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen	Stefan Kroll, K.O.M. GmbH
12.45 Uhr	Vergaberecht bei der Beschaffung von med. Sachbedarf	Heiner Osterhues, GDEKK eG
13.15 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum gemeinsamen Imbiss	

BVBG im Dialog

Bundesverband der
Beschaffungsinstitutionen
in der Gesundheitswirtschaft
Deutschland e.V.



7. BVBG-Veranstaltung

19. Juni 2015

KARL STORZ

Besucher- und Schulungszentrum

Berlin

Bundesverband
der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland
(BVBG) e.V.