

INFORMATIONSBLATT ZUM OPEN-HOUSE-VERFAHREN

„Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“

Bei Open-House-Verfahren bzw. beim Abschluss eines Open-House-Vertrages handelt es sich nicht um die Vergabe eines öffentlichen Auftrags im Sinne der Vergabekoordinierungsrichtlinie (2014/24/EG) bzw. des Vergaberechts. Um ein hohes Maß an Transparenz für die beabsichtigten Vertragsabschlüsse zu gewährleisten und in Ermangelung einer anderen Möglichkeit der Veröffentlichung erfolgt eine Bekanntmachung im Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Union.

I. Einleitung

Nach Vorschrift des § 5 SGB XI in Verbindung mit dem „Leitfaden Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen des GKV Spitzenverbandes“ nachfolgend Leitfaden genannt (Anhang 1) in der jeweils geltenden Fassung sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI für die in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.

Die Pflegekassen der AOK-die Gesundheitskasse in Hessen und der BAHN-BKK beabsichtigen gemeinsam mit geeigneten Leistungserbringern zum Zwecke der Förderung von Präventionsmaßnahmen im Sinne der Vorschrift des § 5 SGB XI die sogenannten Open-House-Verträge zu schließen. Die Leistungserbringer erbringen hierbei die Leistungen der Qualifizierungsmaßnahmen in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflegeeinrichtung setzt anschließend die aus der Qualifizierungsmaßnahme gewonnenen Erkenntnisse in einem Gesamtkonzept innerhalb der jeweiligen Einrichtung um.

Die Ausgaben der Pflegekassen belaufen sich nach § 5 Abs 2 SGBXI für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten auf einen Betrag von 0,30 Euro. Die Ausgaben werden in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches angepasst. Die Bezugsgröße wird vom Schätzerkreis festgelegt und vom Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich im Monat September / Oktober bekanntgegeben.

Die Höhe der Ausgaben (finanzielle Mittel, die in diesem Zusammenhang zum Zwecke einer Förderung von Präventionsmaßnahmen verwendet werden dürfen) ist gemäß Regelung des § 5 Absatz 2 SGB XI gesetzlich vorgegeben. Die finanzielle Förderung endet daher auf schriftliche Mitteilung durch die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen mit sofortiger Wirkung, wenn durch die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen im Rahmen des durchzuführenden Controllings nach näherer Maßgabe des zugrundeliegenden Vertrages festgestellt wird, dass die zur Verfügung stehenden und gesetzlich vorgegebenen finanziellen Mittel durch die

Durchführung weiterer angestrebter Qualifizierungsmaßnahmen überschritten werden könnten oder verbraucht wurden. Aus diesem Grund teilen die Pflegeeinrichtungen, die an den Qualifizierungen teilnehmen möchten, ihr Interesse den Pflegekassen zunächst mit. Erst nach Erhalt einer positiven Mitteilung per Mail gegenüber einer Pflegeeinrichtung durch die Pflegekassen ist eine Teilnahme einer Pflegeeinrichtung an der vertragsgegenständlichen Qualifizierungsmaßnahme möglich.

Der Anbietende wird durch die Pflegekasse sodann mittels einer positiven schriftlichen Mitteilung per Mail entsprechend benachrichtigt, dass er die Qualifizierungsmaßnahme nunmehr durchführen darf. Dadurch wird sichergestellt, dass es zu keiner Überschreitung der gesetzlich vorgegebenen finanziellen Mittel kommt (vgl. oben).

Unter Vorgabe einheitlicher Vertragskonditionen sowie eines einheitlichen Zugangsverfahrens wird geeigneten Anbietenden der Abschluss zu einem Vertrag während der definierten Vertragslaufzeit angeboten.

II. Vereinbarung der Pflegekassen

Die Pflegekassen der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen und der BAHN-BKK haben eine Kooperation zur Durchführung von Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI geschlossen. In dieser Kooperation wurde festgelegt, dass die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen die operative Umsetzung übernimmt.

III. Gegenstand der Open-House-

Gegenstand des Open-House-Vertrages ist der Abschluss eines nicht exklusiven Vertrages zu dem Qualifizierungsmodul „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“. Die Qualifizierung „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ erfolgt ausschließlich in zugelassenen stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die über einen wirksamen und gültigen Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI in Hessen verfügen.

IV. Eignungsvoraussetzungen

Die interessierten Unternehmen müssen Ihre Eignung zwingend durch Vorlage folgender Unterlagen nachweisen:

1. Interessenbekundung zum Abschluss eines Vertrages (Anhang 2)
2. Zuverlässigkeitserklärung (Anhang 3),
3. Soweit zutreffend: Handelsregisterauszug in Kopie (nicht älter als sechs Monate)
4. Versicherungspolice einer Betriebshaftpflicht / Haftpflichtversicherung für Sach-, Vermögens- und Personenschäden in branchenüblicher Höhe in Kopie
5. Abschlusszeugnis als Nachweis der Qualifizierung des einzusetzenden Dozenten nach Maßgabe der Ziffer 6 lit. a) und lit. b) - vgl. unten - in Kopie
6. Die eingesetzte Dozenten müssen zur Erbringung des zugrundeliegenden Auftrages Modul „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ über folgende Qualifikation verfügen:

- a) Grundqualifikation bei „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“: Oecotrophologe/in, Ernährungswissenschaftler/in (Diplom, Bachelor, Master von Hochschule und Uni), Diätassistent/in.
- b) Zusatzqualifikation bei „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“: Fachberater/in für Ernährung im Alter, Fortbildung zum Thema Mangelernährung oder vergleichbare Zusatzqualifikationen.
- c) 2-jährige praktische Lehrtätigkeit und Tätigkeit mit älteren und hochaltrigen Menschen. Der Anbietende verpflichtet sich auf Verlangen der Pflegekassen innerhalb von 2 Wochen einen entsprechenden Nachweis zu übersenden.
- d) Die Leistungserbringung hat durch deutschsprachige Mitarbeitende zu erfolgen (Hochdeutsch, sicher in Wort und Schrift). Der Anbietende setzt zur Erfüllung seiner Leistungspflichten nur Mitarbeitende ein, die für die Erbringung der geschuldeten Leistungen qualifiziert sind und über ausreichende praktische Erfahrung verfügen.

HINWEIS: Gemäß Leitfaden obliegt die endgültige Entscheidung und Zulassung als Dozent im Sinne dieses Vertrages den Pflegekassen.

V. Inhalt, Ziele und Methoden der Qualifizierungsmaßnahme

1. Grundlage des Qualifizierungsmoduls „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ sind:
 - Grundlegenden Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden
 - Demenz, Appetitlosigkeit, Kau- und Schluckstörungen, Dekubitus als Ernährungsrisiken
 - Maßnahmen einleiten
 - Ausreichend trinken – eine besondere Herausforderung
 - Nahrungsanreicherung – Möglichkeiten der Küche
2. Ziele des Qualifizierungsmoduls „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ sind:
 - Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden
 - Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung
3. Methoden des Qualifizierungsmoduls „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ sind:
 - Präsentation (theoretische Grundlagen)
 - Erfahrungsaustausch
 - Praxistipps
 - Besprechen von Fallbeispielen
 - Verkosten von Geschmacksproben

VI. Der Umgang, die Art sowie die Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Anbietende erbringt die Leistungen des Qualifizierungsmoduls „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ nach näheren Bestimmungen des zugrundeliegenden Vertrages für die nach § 72 Abs.2 SGB XI in Hessen zugelassenen stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Die vorgenannten Leistungen dürfen durch den Anbietenden nur dann erbracht werden, wenn die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen der einzelnen Pflegeeinrichtung eine positive schriftliche Mitteilung per Mail und dem Anbietenden eine positive schriftliche Mitteilung per Mail hinsichtlich der Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme erteilt hat. In diesem Fall nimmt der Anbietende nach näherer Maßgabe des zugrundeliegenden Vertrages mit der Pflegeeinrichtung Kontakt auf und vereinbart den Termin für die Durchführung einer Qualifizierungsmaßnahme. Bei der abschließenden Abrechnung reicht der Anbietende die, per Mail übermittelte, positive Mitteilung bei der Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen mit ein.

2. Der Anbietende hat keinen Anspruch auf die Vereinbarung bzw. Durchführung weiterer außer dem in Ziffer 1 benannten Qualifizierungsmodul hinaus.
3. Nach Abschluss des Vertrages mit einem Anbietenden wählen die Pflegeeinrichtungen einen Anbietenden aus einem Anbieterverzeichnis aus, der die zugrundeliegende Qualifizierungsmaßnahme für die Pflegeeinrichtung durchführt. Das Anbieterverzeichnis wird den Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen zur Verfügung gestellt. Der Anbietende ist damit einverstanden, dass seine Daten in das vorgenannte Verzeichnis aufgenommen und den zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Hessen nach Abschluss des Vertrages zur Verfügung gestellt werden.
4. Der Anbietende selbst hat keinen Anspruch auf Berücksichtigung bei der Durchführung des Qualifizierungsmoduls. Die Auswahl trifft, vgl. oben Ziffer 3, die Pflegeeinrichtung selbst. Die Pflegekassen haben keinerlei Einfluss hierauf. Folglich kann es dazu kommen, dass der Anbietende zwar über den zugrundeliegenden Vertrag verfügt, im Laufe der Vertragslaufzeit jedoch nicht ein einziges Mal zum Zuge kommt; mithin in diesem Fall auch keinen Vergütungsanspruch hat, obwohl ein wirksam geschlossener und gültiger Vertrag besteht.
5. Die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen als, von den Pflegekassen bestimmte, Auftraggeberin ist gehalten, die für die Leistungen zur Prävention nach § 5 Abs. 2 SGB XI gesetzlich vorgegebene Höhe der finanziellen Ausgaben zu überwachen und ausschließlich für die Förderung der gesetzlich in § 5 SGB XI festgelegten Aufgaben zu verwenden (vgl. oben unter Ziffer I). Um dieser Verpflichtung nachkommen zu können, hat die Pflegekasse der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen einen Controlling-Mechanismus in Ihrem Hause eingerichtet.
6. Während der Qualifizierung teilt der Dozent das vereinbarte Handout an die Teilnehmenden aus. Das Handout enthält alle wesentlichen Informationen zur Qualifizierung zu „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“.
7. Der Anbietende händigt nach der durchgeführten Qualifizierungsmaßnahme „Mangel trotz Überfluss? Ernährungsrisiken erkennen – Mangelernährung vermeiden“ gemäß Bestimmungen des Vertrages die Teilnehmerbescheinigung an die Teilnehmenden aus.

8. Der Anbietende führt nach jeder Qualifizierungsmaßnahme eine Qualitätssicherung anhand eines an die Teilnehmenden auszuhändigenden Feedbackbogens durch. Die Feedbackbögen werden von den Pflegekassen vorgegeben. Die Gesamtauswertung der Feedbackbögen wird der Pflegekasse der AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen mit der Rechnung übermittelt. Die Original-Feedbackbögen sind den Pflegekassen auf Verlangen innerhalb von 14 Tagen zur Verfügung zu stellen. Die Original-Feedbackbögen werden vom Anbietende 5 Jahre ab dem Zeitpunkt ihrer Erstellung aufbewahrt. Danach ist der Anbietende berechtigt diese zu vernichten. Die Pflegekassen behalten sich vor, weitere Fragebögen zu entwickeln, um die Nachhaltigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen zu überprüfen.
9. Die bei den Qualifizierungsmaßnahmen erhobenen Informationen aus den Feedbackbögen fasst der Anbietende für jedes Kalenderjahr zu einem Gesamtbericht zusammen, den er den beteiligten Pflegekassen bis zum 31.01. des Folgejahres per Mail übermittelt.
10. Die Qualifizierungsmaßnahmen sind an Werktagen (von Montag bis Samstag) im Zeitraum zwischen 07:00 Uhr und 18:00 Uhr hessenweit durchzuführen. Die Terminabstimmung erfolgt zwischen dem Anbietenden und der Pflegeeinrichtung.

VII. Vertragsabschluss

1. Der frühestmögliche Vertragsbeginn ist der 01.01.2022. Die Anbietenden können diesem Vertrag bis zum 01.07.2023 beitreten, sofern Sie die Vertragsunterlagen spätestens am 30.04.2023 bei der Pflegekasse unter der in Ziffer VII unter Nummer 2 angegebenen E-Mail-Adresse angefordert haben. Die in Ziffer VI geforderten Unterlagen müssen vollständig spätestens am 30.05.2023 nach Vorgaben der Ziffer VII unter Absatz 2 genannten Kontaktstelle eingereicht werden. Die in Ziffer IV geforderten Eignungsnachweise und -erklärungen sind ebenfalls bis zu diesem Zeitpunkt einzureichen. Der Vertrag endet spätestens am 31.12.2024.
2. Interessierte Unternehmen erhalten die Vertragsunterlagen inkl. der unter Ziffer IV genannten Unterlagen per E-Mail zugesandt. Die Unterlagen können unter Praevention_Pflege@he.aok.de angefordert werden.
3. Unter Vorgabe einheitlicher Vertragskonditionen (auch hinsichtlich der Höhe der Vergütung) sowie eines einheitlichen Zugangsverfahrens wird im Falle der Eignung des interessierten Unternehmens (aber auch nur im Falle des Vorliegens der unter Ziffer IV vorgenannten Eignungsvoraussetzungen) der Abschluss des bekanntgemachten Open-House-Vertrags angeboten. Vertragsverhandlungen werden nicht geführt. Es besteht kein Anspruch auf Exklusivversorgung.
4. Der Vertragstext wird den interessierten Unternehmen als PDF-Datei zur Verfügung gestellt. Am Vertragstext können im Rahmen des Open-House-Verfahrens keine Änderungen vorgenommen werden.
5. Das interessierte Unternehmen hat zunächst den bei der oben genannten Kontaktstelle anzufordernden Anhang 2 und 3 in 3-facher Ausfertigung im Original auszufüllen, zu datieren, zu unterzeichnen (im Original) und an die unten genannte Adresse in Absatz 6 einzusenden. Der Firmenstempel ist auf der Unterschriftenseite jeweils zu platzieren.

6. Ebenso hat das interessierte Unternehmen die Nachweise unter Ziffer IV. 3, 4 und 5 in 1-facher Ausfertigung in Kopie an folgende Adresse einzusenden:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Markus
Schindler, 65760 Eschborn, Kölner Str. 8,

7. Nach Eingang der vorgenannten erforderlichen Unterlagen wird die Eignung des jeweiligen Interessenten von der Pflegekasse der AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen (vgl. oben) geprüft. Sofern die Eignungsprüfung ein positives Ergebnis ergibt, wird dem interessierten Unternehmen die Vereinbarung zugesandt. Dieser Vertragstext ist im Original und in 3-facher Ausfertigung unterschrieben an die oben genannte Adresse einzusenden.

Angefügte Unterlagen:

Anhang 1 Leitfaden

Anhang 2 Interessensbekundung

Anhang 3 Zuverlässigkeitserklärung