

präQ Gesellschaft zur Präqualifizierung mbH
Wallstraße 1, 55122 Mainz
Telefon: 06131 58 888 0; Telefax: 06131 58 888 29
E-Mail: info@praeq.de

**Präqualifizierungsantrag Bestandskunde
für die Versorgungsbereiche
25B15, 25C15, 25D15, 25F15**

**nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V**

- Re-Präqualifizierung
- Präqualifizierung/Eröffnung einer neuen Betriebsstätte (ggf. Öffnungstermin)
- Erweiterung der Versorgungsbereiche
- Verlegung einer Betriebsstätte/Standortwechsel

1. Angaben zur Betriebsstätte

Ansprechpartner/in für die Präqualifizierung

| | |
|--------------------|--|
| Vor- und Nachname: | |
| Telefon: | |
| Telefax: | |
| E-Mail: | |

Anschrift der Betriebsstätte, für welche die Präqualifizierung beantragt wird

| | |
|--------------------------|--------------------|
| Name des Betriebes: | |
| Anschrift des Betriebes: | Straße, Hausnummer |
| | PLZ, Ort |
| Telefon: | |
| Telefax: | |
| E-Mail: | |
| Institutionskennzeichen: | |
| Betriebsinhaber/in: | |

Angaben zur Rechtsform des Betriebs

| | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelunternehmung | |
| <input type="checkbox"/> Personengesellschaft: | Gesellschaftsform (z. B. GbR) |
| <input type="checkbox"/> juristische Person: | Gesellschaftsform (z. B. GmbH) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | bitte genau bezeichnen |

Angaben zum Hauptbetrieb

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Firmenname des Hauptbetriebs: | |
| Anschrift des Betriebes: | Straße, Hausnummer |
| | PLZ, Ort |
| Institutionskennzeichen: | |

Die Präqualifizierung wird für folgende Hilfsmittel beantragt

| Versorgungsbereich | Beschreibung |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> VB 25B15 | Schieltherapeutika |
| <input type="checkbox"/> VB 25C15 | Okklusionspflaster, Vorhänger/Übersetzbrille, sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> VB 25D15 | Kontaktlinsen |
| <input type="checkbox"/> VB 25F15 | Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer |

Angaben zur fachlichen Leitung (siehe Hinweis Seite 4)

| | | |
|--|--|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Qualifikation der fachlichen Leitung: (Siehe auch Anlage 4) | <input type="checkbox"/> Augenoptiker-Meister/in oder Dipl. Ing. Augenoptik <input type="checkbox"/> Augenarzt/Augenärztin <input type="checkbox"/> Andere Qualifikation _____ | |
| Die fachliche Leitung ist freiberuflich tätig. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

2. Erklärung der Präqualifizierungsstelle

Personenbezogene Daten verwenden wir nur zur Beantwortung Ihrer Anfragen und zur Abwicklung mit Ihnen geschlossener Verträge. Ihre Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung – zum Beispiel im Rahmen von Begehungen – erforderlich ist und bei der Übermittlung der Daten an den GKV-Spitzenverband durch die ZertBau GmbH im Auftrag. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken an Dritte weitergegeben. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen. Diese Einwilligungen sind für den Bestand der Präqualifizierung obligat.

Die Versorgungsbereiche 25B15, 25C15, 25D15, 25F15 sind nicht begehungspflichtig. Zur Feststellung der räumlichen und sachlichen Anforderungen muss sowohl eine Inventarliste als auch eine aussagekräftige und aktuelle Foto-/Videodokumentation eingereicht werden.

3. Erklärung Leistungserbringer/in

- Ich/Wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.
- Ich/Wir erkläre(n) ausdrücklich, dass ich/wir die Präqualifizierungsbedingungen sowie die Entgeltliste in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n) (siehe <https://www.praeq.de/downloads/>).

| Datum | Name Leistungserbringer/in | Unterschrift Leistungserbringer/in |
|-------|----------------------------|------------------------------------|
|-------|----------------------------|------------------------------------|

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen

Inventarliste

Foto-/Videodokumentation

Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person

HINWEIS

Die fachliche Leitung muss grundsätzlich im Rahmen der üblichen Betriebszeiten zur Verfügung stehen. Werden mehrere fachliche Leitungen für einen Versorgungsbereich (auf weiteren Anträgen) benannt, kann die fachliche Leitung auch durch Teilzeitkräfte ausgeübt werden. Es muss dann aber durch die Gesamtarbeitszeit und deren Verteilung sichergestellt sein, dass die fachliche Leitung während der gesamten Betriebszeiten anwesend bzw. erreichbar sind.

Grundsätzlich können freiberuflich Tätige als fachliche Leitung für eine oder mehrere Betriebsstätten benannt werden. Hier muss der Vertrag zwischen dem Unternehmen und dem freiberuflich Tätigen eine Regelung zur Einhaltung der Anforderungen an die fachliche Leitung gemäß den Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V enthalten. Weiterhin müssen Regelungen zur Organisationsstruktur schriftlich definiert worden sein. Grundsätzlich sind berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Ist berufsrechtlich eine Anwesenheitspflicht in einem anderen Betrieb vorgeschrieben, kann die fachliche Leitung nicht gleichzeitig für diese Betriebsstätte fachliche Leitung sein, es sei denn, die zuständige Behörde genehmigt dies bzw. bestätigt die Unbedenklichkeit.

ANLAGE 1

Einzureichende Unterlagen

- Aktuelles PQ-Zertifikat, falls Präqualifizierung von anderer PQ-Stelle erteilt wurde.
- Kopie der Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle mit Angabe der fachlichen Leitung oder Industrie- und Handelskammer u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen (Eintrag in die zugehörige Kammer). Ggf. Bestätigung der Zugehörigkeit zu den freien Berufen durch das zuständige Finanzamt oder eine Kopie des Steuerbescheids (aus dem hervorgeht, dass keine Gewerbsteuer abgeführt wurde).
- Meisterbrief oder gleichwertiger Abschluss bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung bzw. Nachweis siehe Anlage 5. Meisterbrief kann entfallen, wenn der Handwerksrolleintrag die berufsrechtlich vorgesehene Betriebsleitung aufführt.
- Kopie einer aktuellen Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die **ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden** auflistet, den **Risikoort (Adresse der Betriebsstätte)** sowie den **Versicherungszweck** nennt und nicht älter als 12 Monate ist.
- Eigenerklärungen: Im Rahmen eines Präqualifizierungsverfahrens fordert der GKV-Spitzenverband die Vorlage diverser Eigenerklärungen vom Leistungserbringer, die mit rechtsgültiger Unterschrift und aktuellem Datum zu versehen sind. Enthalten Kurzbeschreibung der Maßnahmen zur Sicherstellung der Lager- und Transportmöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen.
- Kopie des Mietvertrages bzw. Grundbuchauszugs.
- Grundrisskizze oder Raumskizze.
- Inventarliste (siehe Anlage 2) mit Datum und Unterschrift
- Foto-/Videodokumentation mit Datum und Unterschrift (siehe Anlage 3)

ANLAGE 2

INVENTARLISTE AUGENOPTIK (gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes)

| Kontaktlinsenarbeitsplatz (25D15) | vor- handen |
|---|--------------------------|
| Einweisungsplatz | <input type="checkbox"/> |
| Ophthalmometer Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> |
| Spaltlampenmikroskop Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> |
| Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen (1. Durchmesserlehre oder Messokular UND 2. Halterung für Keratograph oder Ophthalmometer oder Spaltlampenmikroskop UND 3: Scheitelbrechwertmesser je nach Modell mit Messaufsatz) | <input type="checkbox"/> |
| Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Pflegemittel und Handwaschbecken) | <input type="checkbox"/> |

| Refraktionsraum (25D15) | vor- handen |
|--|--------------------------|
| Raum lässt sich abdunkeln | <input type="checkbox"/> |
| Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht | <input type="checkbox"/> |
| Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist. | <input type="checkbox"/> |
| Skioskop und Skioskopierleisten und/oder Refraktometer Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> |
| Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille (Phoropter allein ist nicht ausreichend) | <input type="checkbox"/> |
| Kreuzzylinder | <input type="checkbox"/> |
| Abgleichleiste | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| Gerät zur Sehzeichendarbietung Typ: Seriennummer*: | <input type="checkbox"/> |
| Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularesehens (für die Nähe) | <input type="checkbox"/> |
| Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus | <input type="checkbox"/> |

*Anforderung der Inventarisierung der sachlichen Ausstattung: Sofern die Gerätschaften nicht bzw. nicht mehr über eine vom Hersteller vergebene Seriennummer verfügen, wird vom Leistungserbringer jeweils eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben und das Gerät entsprechend gekennzeichnet.

RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN

| räumliche Voraussetzungen gemäß Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbandes | 25D | 25F | vorhanden |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Verkaufs-/Empfangsbereich | x | | <input type="checkbox"/> |
| Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen | x | x | <input type="checkbox"/> |
| Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte | | x | <input type="checkbox"/> |
| Geeigneter Spiegel | x | | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktlinsenarbeitsplatz | x | | <input type="checkbox"/> |
| Refraktionsraum | x | | <input type="checkbox"/> |

Datum **Name Leistungserbringer/in** **Unterschrift Leistungserbringer/in**

ANLAGE 3

Foto-/Videodokumentation

Die Fotos/Videos zu den räumlichen und sachlichen Voraussetzungen sollen beschriftet und dürfen nicht älter als drei Monate sein! Das Video kann kommentiert werden. Sie können als Abzug, in Papierform, auf CD, Speicherkarte, USB-Stick oder E-Mail eingereicht werden. Werkzeuge und Geräte können auch in Gruppen angeordnet und fotografiert/gefilmt werden, müssen aber eindeutig erkennbar sein. Bitte achten Sie auf Größe und Schärfe. Die Räume sollten in ihrer Gesamtheit erfasst werden.

| Foto-/Videonachweise für | 25B 15 | 25C 15 | 25D 15 | 25F 15 | ggf. Foto-/Video- bezeichnung/- dateiname | Foto/Video beigefügt |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|---------------------------------|
| Verkaufs-/ Empfangsbereich | x | x | x | x | | <input type="checkbox"/> |
| Lager- und Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen | x | x | x | x | | <input type="checkbox"/> |
| Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte | | | | x | | <input type="checkbox"/> |
| geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Refraktionsraum | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Einweisungsplatz | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Ophthalmometer | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Spaltlampenmikroskop | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation / Desinfektion | | | x | | | <input type="checkbox"/> |

| Foto-/Videonachweise für | 25B 15 | 25C 15 | 25D 15 | 25F 15 | ggf. Foto-/Video- bezeichnung/- dateiname | Foto/Video beigefügt |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|---------------------------------|
| Raum lässt sich abdunkeln | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhenverstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refraktometer höhenverstellbar ist. | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Skioskop und Skioskopierleisten und/ oder Refraktometer | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Kreuzzylinder | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Abgleichleiste | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Gerät zur Sehzeichendarbietung | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularsehens (für die Nähe) | | | x | | | <input type="checkbox"/> |
| Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus | | | x | | | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Die Foto-/Videodokumentation ist vom (bitte Datum eintragen): | |
|--|--|

Datum

Name Leistungserbringer/in

Unterschrift Leistungserbringer/in

ANLAGE 4

Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person gemäß GKV-Kriterienkatalog

| 25A15 | 25B15 | 25C15 | 25D15 | 25E16 | 25F15 |
|---|---------------------------|--|----------------------|--|---|
| Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen | Schieltherapeutika | Vorhänger/Übersetzbrille Sonstige Hilfsmittel bei Au- generkrankungen | Kontaktlinsen | vergrößernde Sehhilfen, Leseständer | Bildschirmlesegeräte Kamerasysteme Leseständer |
| AOM, IAO | AOM, IAO, GQ | APO, AOM, IAO, PZI, GQ | AOM, IAO, AA, GQ | AOM, IAO | IMED, BMT, IK, ITSK, MT, ELE, INT, AOM, IAO, GQ |

| Ab- kür- zung | Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person | Nachweise |
|---------------------|--|--|
| AA | Augenarzt/Augenärztin | Nachweis der neunstelligen lebenslangen Arzt- nummer (LANR), die den Fachgruppen-schlüssel "05" (8. und 9. Stelle in der Ziffernfolge) aufweist |
| AOM | Augenoptikermeister/-in | Handwerksrolleneintrag bzw. Berufsurkunde über die Meisterqualifikation |
| APO | Apotheker/-in | Apothekenbetriebserlaubnis bzw. Approbation bzw. Nachweis über abgeschlossenes Studium |
| BMT | Biomedizinische Technik B.Sc. Medi- zintechnik B. Eng. | Urkunde B. Sc./Urkunde B. Eng. |
| ELE | Eine mindestens regulär dreijährige, duale oder akademische Ausbildung in den Berufsfeldern Elektro, Elektro- technik und/oder Elektronik mit 5jähriger einschlägiger Berufspraxis oder mit Zusatzqualifikation "MTcert®". Mit mindestens zweijäh- riger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbil- dung bzw. Nachweis über abgeschlossenes Studi- um/akademische Ausbildung und Nachweis einer mindestens zweijährigen (VB 16A) bzw. fünfjähri- gen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel oder Nachweis der Zusatzqualifikation "MT cert®". Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis kön- nen Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit |

| Abkürzung | Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person | Nachweise |
|------------------|---|---|
| | | Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| GQ | Gleichwertige Qualifikation | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung Beschreibung und geeigneter Nachweis über Ausbildungsinhalte und Gleichwertigkeit |
| IAO | Dipl.-Ing. Augenoptik (aus Zulassungsempfehlung 1991) | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung |
| IK | Informatikkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel Kaufrau/Kaufmann für Digitalisierungsmanagement mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel | Berufsurkunde über die geschlossene Ausbildung und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| IMED | Dipl. Ing./in der Fachrichtung Medizintechnik. | Diplom-Urkunde |
| INT | Informatik B.Eng. mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für die VB 07B, 07C und 25F Mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel für den VB 16A | Urkunde B.Eng. und Nachweis für VB 16A einer mindestens zweijährigen, ansonsten dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| ITSK | IT-Systemkauffrau/-mann mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel Kaufrau/Kaufmann für IT-System-Management mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel | Berufsurkunde über die geschlossene Ausbildung und Nachweis einer mindestens dreijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachgeschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden. |
| MT | Eine mindestens zweijährige Weiterbildung zur Technikerin/zum Techniker Fachrichtung Medizintechnik oder mindestens einen Bachelor- | Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung oder Urkunde über den Bachelor-Abschluss Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel. |

| Ab- kür- zung | Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person | Nachweise |
|------------------------------|---|---|
| | Abschluss im Bereich Medizintechnik Für den VB 16A mit mindestens zwei- jähriger einschlägiger Berufserfah- rung im Fachhandel | Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis kön- nen Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Be- triebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis er- worben wurde, anerkannt werden. |
| PZI | Pharmazieingenieur/-in (Ausbildung in der DDR) | Nachweis über abgeschlossenes Studium |