

**Voraussetzungen und Nachweise Neukunde
Präqualifizierung für die Versorgungsbereiche
25B, 25C, 25D, 25F
nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
gemäß § 126 Abs. 1 SGB V**

1. Angaben zur Betriebsstätte**Ansprechpartner/in für die Präqualifizierung**

Vor- und Nachname:	
Telefon:	
Telefax:	
E-Mail:	
Name des Betriebs:	
Institutionskennzeichen:	

Fachliche Leitung (siehe Hinweis Seite 2)

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 25B, 25C, 25D und 25F 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.*

*obligatorisch

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

ANLAGEN

Einzureichende Unterlagen

Inventarliste

Foto-/Videodokumentation

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

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.
- ARGE-Bescheinigung mit Angabe des Institutionskennzeichens
- Augenoptikmeister/in:** Handwerksrolleneintragung mit Angabe der fachlichen Leitung
Sonstige: Gewerbeanmeldung, sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder Handelsregisterauszug oder Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes 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 Gewerbesteuer abgeführt wurde).
- Meisterbrief oder gleichwertiger Abschluss bzw. Ausnahmegenehmigung gemäß Handwerksordnung bzw. Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung (siehe auch Anlage 5.). Der Meisterbrief kann entfallen, wenn der Handwerksrolleneintrag die berufsrechtlich vorgesehene Betriebsleitung aufführt.
- aktuelle Versicherungsbestätigung - Betriebshaftpflicht, die **ausdrücklich Personen-, Sach- und Vermögensschäden** auflistet, den **Risikoort (Adresse/n der Betriebsstätte/n bzw. Angabe, dass alle Standorte inkludiert sind)** 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/oder Transportmöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen.
- Mietvertrag bzw. Grundbuchauszug
- Grundrisskizze oder Raumskizze als Nachweis für die räumlichen Voraussetzungen, aus der die Nutzung der Räumlichkeiten hervorgeht (Empfangsbereich, Werkstatt, Refraktion, etc.).
- 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 (25D)	vor- handen
Einweisungsplatz für Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer/Keratograph/Multifunktionssystem Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen (Durchmesserlehre oder Messokular, Halterung für Keratograph oder Ophthalmometer oder Spaltlampenmikroskop, Scheitelbrechwertmesser je nach Modell mit Messaufsatz)	<input type="checkbox"/>
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Kontaktlinsenpflegemittel und Handwaschbecken)	<input type="checkbox"/>

Refraktionsraum (25D)	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 und/oder Multifunktionssystem Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille (Phoropter allein ist nicht ausreichend)	<input type="checkbox"/>
Kreuzzylinder	<input type="checkbox"/>
Abgleichleiste	<input type="checkbox"/>

Refraktionsraum (25D)	vor- handen
Gerät zur Sehzeichendarbietung Typ: Seriennummer*:	<input type="checkbox"/>
Vorrichtung (oder Gerät) zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe inklusive der Beurteilung der Qualität des Binokularsehens (für die Nähe) Typ: Seriennummer*:	<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	25B 25C	25D	25F	vorhan- den
Verkaufs-/Empfangsbereich	x	x	x	<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen			x	<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	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 (für die Kontaktlinsenanpassung ist ein Handspiegel ungeeignet)		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	25C	25D	25F	ggf. Foto-/Video-bezeichnung/-dateiname	Foto/Video beigefügt
Verkaufs-/ Empfangsbereich	x	x	x	x		<input type="checkbox"/>
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen				x		<input type="checkbox"/>
Lagermöglichkeit 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 (für die Kontaktlinsenanpassung ist ein Handspiegel ungeeignet)			x			<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsenarbeitsplatz			x			<input type="checkbox"/>
Einweisungsplatz für Kontaktlinsen			x			<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum			x			<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer/Keratograph/ Multifunktionssystem			x			<input type="checkbox"/>
Spaltlampenmikroskop			x			<input type="checkbox"/>
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen Durchmesserlehre oder Messokular, Halterung für Keratograph oder Ophthalmometer oder Spaltlampenmikroskop, Scheitelbrechwertmesser je nach Modell mit Messaufsatz)			x			<input type="checkbox"/>

Foto-/Videonachweise für	25B	25C	25D	25F	ggf. Foto-/Video-bezeichnung/-dateiname	Foto/Video beigefügt
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion (wenigstens aktuelle Kontaktlinsenpflege-mittel und Handwasch-becken)			x			<input type="checkbox"/>
Refraktionsraum lässt sich abdunkeln			x			<input type="checkbox"/>
Tageslicht oder tageslicht-ähnliches Kunstlicht			x			<input type="checkbox"/>
Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl; die Höhen-verstellbarkeit kann entfallen, wenn das Refrakto-meter höhenverstellbar ist.			x			<input type="checkbox"/>
Skioskop und Skioskopierleisten und/oder Refraktometer und/oder Multifunktionssystem			x			<input type="checkbox"/>
Messgläserkasten und Refraktions-messbrille			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 Binokularesehens (für die Nähe) (z. B. Nahprüf tafeln mit der Möglichkeit der Trennung der Seheindrücke, Messbrille, Nahprüfgerät/Tablet mit entsprechenden Testreihen zur Testung der Qualität des Binokularesehens 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

25A	25B	25C	25D	25E	25F
Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen	Schieltherapeutika	Vorhänger/Übersetzbrille Sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen	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

Abkürzung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
AA	Augenarzt/Augenärztin	Nachweis der neunstelligen lebenslangen Arztnummer (LANR), die den Fachgruppenschlüssel "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. Medizintechnik B. Eng.	Urkunde B. Sc./Urkunde B. Eng.
ELE	Eine mindestens regulär dreijährige, duale oder akademische Ausbildung in den Berufsfeldern Elektro, Elektrotechnik und/oder Elektronik mit 5jähriger einschlägiger Berufspraxis oder mit Zusatzqualifikation "MTcert®". Mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufspraxis im	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung bzw. Nachweis über abgeschlossenes Studium/akademische Ausbildung und Nachweis einer mindestens zweijährigen (VB 16A) bzw. fünfjährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel oder Nachweis der Zusatzqualifikation "MTcert®". Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis

Ab- kür- zung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
	Fachhandel für den VB 16A ELE	können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit 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 Digitali- sierungsmanagement 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 drei- jähriger 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/Fach- geschäfts, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.
MT	Eine mindestens zweijährige Weiterbildung zur Technikerin/zum Techniker Fachrichtung Medizin-	Berufsurkunde über die abgeschlossene Ausbildung oder Urkunde über den Bachelor- Abschluss

Ab- kür- zung	Anforderungen an die fachliche Leitung/verantwortliche Person	Nachweise
	<p>technik oder mindestens einen Bachelor-Abschluss im Bereich Medizintechnik</p> <p>Für den VB 16A mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel.</p>	<p>Für VB 16A Nachweis einer mindestens zweijährigen einschlägigen Berufspraxis im Fachhandel.</p> <p>Als Nachweis der einschlägigen Berufspraxis können Zeugnisse oder andere Bestätigungen mit Tätigkeitsbeschreibungen des Betriebs/Fachhandels, in dem die Berufspraxis erworben wurde, anerkannt werden.</p>
PZI	Pharmazieingenieur/-in (Ausbildung in der DDR)	Nachweis über abgeschlossenes Studium