

Berufliche Anforderung an die fachliche Leitung

Die Versorgungsbereiche, für die eine Präqualifizierung beantragt wird, sind anzukreuzen. In **Spalte 3** sind die Nummern der Betriebsstätten, Filialen einzutragen, für die der Versorgungsbereich ebenfalls beantragt wird.

| | |
|------|--|
| OTM | Orthopädietechnikermeister/in |
| IOTR | Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehathechnik |
| OT | Orthopädietechniker/in |
| OTSM | Orthopädienschuhmachermeister/in |
| OTS | Orthopädienschumacher/in |
| IMED | Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik |
| FS | Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel |
| APO | Apotheker/in |
| GKA | Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in |
| TMED | Techniker/in Fachrichtung Medizintechnik |
| HEB | Hebammen/ Entbindungspfleger |
| RBS | Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte |
| GQ | Gleichwertige Qualifikation |

| Versorgungsbereiche | | Nr. Betrieb Filiale | Versorgungs- teilbereiche | Inhalt der Versorgungsteilbereiche | Berufliche Anforderungen |
|--------------------------|------------|------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 07A | | 07.50.01 | Blindenlangstöcke | OTM, IOTR, OT, IMED, RBS, TMED, GQ |
| <input type="checkbox"/> | 07B | | 07.50.02 | Elektronische Blindenleitgeräte | IMED, RBS, TMED, GQ |
| <input type="checkbox"/> | 07D | | 07.99.99.6 | Schulung in Orientierung und Mobilität (Unterweisung in die Nutzung des Hilfsmittels Langstock und elektronische Blindenleitgeräte) | RBS, GQ |

Allgemeine Anforderungen

| Allgemeine Anforderungen | Nachweise bei Präqualifizierung oder Eigenerklärung | Nachweise bei Repräqualifizierung | Erklärung und Nachweise |
|---|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt | Kopie der Gewerbebeanmeldung , sofern es sich um einen Gewerbebetrieb handelt oder des Handelsregister-auszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer, Approbation u. ä.) oder Eigenerklärung bei Gewerbebetreibenden, die nicht zum Eintrag verpflichtet sind oder Erklärung der Zugehörigkeit zu freien Berufen . | Bei Änderung der Gegebenheiten | <input type="checkbox"/> ja |
| Abschluss einer Betriebshaftpflicht-versicherung, die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt | Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises, der nicht älter als zwölf Monate ist. | aktueller Nachweis erforderlich | <input type="checkbox"/> ja |
| Insolvenzfreiheit Eigenerklärung, dass über das Firmenvermögen das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares Verfahren nicht eröffnet, die Eröffnung nicht beantragt oder mangels Masse abgelehnt worden ist und sich die Firma nicht in Liquidation befindet. (Als ausländischer Anbieter ist eine Eigenerklärung erforderlich, dass sich die Firma nicht in Verhältnissen, die nach den Rechtsvorschriften des Herkunftslandes mit den genannten Verfahren vergleichbar sind, befindet.) | Eigenerklärung Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass im Sinne der Insolvenzordnung über mein/unser Firmenvermögen weder ein Insolvenzverfahren eröffnet wurde, oder beantragt wurde, oder mangels Masse abgelehnt wurde. | Bei Änderung der Gegebenheiten | <input type="checkbox"/> ja |
| Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge Eigenerklärung, dass die Firma der gesetzlichen Verpflichtungen zur Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge nachgekommen ist oder nachkommt. | Eigenerklärung Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich/wir meiner/unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkomme(n), meine/unsere privaten und betrieblichen Steuern fristgerecht und vollständig zu begleichen. Des Weiteren versichere ich/versichern wir, dass die zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge fristgerecht und vollständig von mir/uns beglichen werden. | Bei Änderung der Gegebenheiten | <input type="checkbox"/> ja |
| Erfüllung der gewerberechtlichen Voraussetzungen | Bei Gewerbebetreibenden Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150a GewO. | aktueller Nachweis erforderlich | <input type="checkbox"/> ja |
| Beachtung des Datenschutzes Eigenerklärung über die Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes | Eigenerklärung Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich meiner/wir unserer gesetzlichen Verpflichtung zur ordnungsgemäßen und datenschutzgerechten Erledigung sämtlicher Aufgaben, die bei der Durchführung von Versorgung der Leistungsempfänger anfallen, nachkomme(n). Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, die Verarbeitung der uns übergebenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der vertraglich festgelegten Vereinbarungen zu verwenden. Die bei der Datenverarbeitung eingesetzten Mitarbeiter/innen sind schriftlich auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet. | Bei Änderung der Gegebenheiten | <input type="checkbox"/> ja |
| Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten | Eigenerklärung Hiermit versichere ich Ihnen/versichern wir Ihnen, dass ich meiner/wir unserer gesetzlichen Verpflichtung zur Einhaltung des § 128 SGB V nachkommen. Wir unterhalten keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteiligen Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung und gewähren keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln. | Bei Änderung der Gegebenheiten | <input type="checkbox"/> ja |

Organisatorische Voraussetzungen

| Versorgungsbereiche(x) weitere Vertriebswege sind möglich | Ich/wir erfüllen folgende organisatorischen Voraussetzungen | schriftliche Selbstverpflichtung (Eigenerklärung) | Erklärung oder Nachweise |
|---|--|--|--------------------------------|
| 07A, 07B | Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden) | Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen inkl. Beschreibung der Maßnahmen | <input type="checkbox"/> ja |
| 07A, 07B | Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen | Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen inkl. Beschreibung der Maßnahmen | <input type="checkbox"/> ja |
| 07B | Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung | Ich/wir gewährleisten die Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung inkl. Beschreibung der Maßnahmen | <input type="checkbox"/> ja |
| 07A, 07B | Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte) | Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (gilt nur für konfektionierte Produkte) | <input type="checkbox"/> ja |
| 07D | Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden] | Ich/wir gewährleisten die zeitnahe Versorgung vor Ort Beschreibung der Maßnahmen für eine sach-gerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatori-schen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter) Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> ja |
| 07A – 07C(x) | Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden] | Ich/wir gewährleisten die Vorhaltung von verschiedenen Produkten vor Ort und Verfahrensbeschreibung | <input type="checkbox"/> ja |
| 07D | Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden; gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) | Ich/wir gewährleisten die sachgerechte Beratung und Einweisung des Versicherten durch qualifiziertes Personal | <input type="checkbox"/> ja |

Bei den im Kriterienkatalog angegebenen Versorgungs(teil)bereichen ist folgendes zu gewährleisten.

Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)

[Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]

ACHTUNG! Hier ist eine **Beschreibung der Maßnahmen** für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstesatzes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter)

- **Nachweis über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität.
(Kopie vom Fahrzeugschein oder Foto)**

- **Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person .**

Räumliche Voraussetzungen

| Versorgungsbereiche | Ich/wir erfüllen folgende räumlichen Voraussetzungen | Erklärung und Nachweise |
|---------------------|--|-----------------------------|
| 07A, 07B | Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen | <input type="checkbox"/> ja |
| 07B | Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte | <input type="checkbox"/> ja |

(x) weitere Vertriebswege sind möglich

Versorgungen in den Versorgungsbereichen 01 A-D, 02 A, 02 B, 03 A-E, 07 A, 09 A, 11 A, 11 B, 14 D, 15 A, 15 B, 16 B, 17 E, 19 B, 21 B, 29 A können auch im allgemeinen Lebensbereich oder der häuslichen Umgebung des Versicherten stattfinden.

Nachweise bei Präqualifizierung

Protokoll über Betriebsbegehung durch einschlägig fachlich ausgebildete Personen gemäß Anhang dieser Empfehlungen in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen für Neubetriebe, bei Bezug von neuen Räumlichkeiten oder bei maßgeblichen Änderungen (bauliche Maßnahmen u. ä.) sowie Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden).

In allen übrigen Fällen:

Mietvertrag oder Grundbuchauszug in einfacher Kopie (Angaben und Inhalte, die für den Nachweis der Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen nicht relevant sind, können geschwärzt werden),

- **Grundrisskizze,**
- **Raumskizze**
- **und Fotodokumentation.**

Bei Auffälligkeiten und Unplausibilitäten in den schriftlichen Unterlagen ist nach Stellungnahmemöglichkeit des Leistungserbringers in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen ebenfalls eine Betriebsbegehung - ggf. nur partiell - auf dessen Kosten durchzuführen. Dies setzt seine Beauftragung voraus, ansonsten ist von der Nichterfüllung der Anforderungen auszugehen.

Auf freiwilliger Basis kann auf Kosten des Leistungserbringers anstelle der schriftlichen Nachweisführung in den angegebenen Versorgungs(teil)bereichen eine Betriebsbegehung erfolgen.

Nachweise bei Repräqualifizierung: Bei Änderung der Gegebenheiten

Sachliche Ausstattungsvoraussetzungen

| Inventarbezeichnung | vorhanden |
|---|-----------------------------|
| Werkbank mit Werkzeugausstattung | <input type="checkbox"/> ja |
| Allgemeine Kommunikation | <input type="checkbox"/> ja |
| Geräte zur Erstellung von Punktschrift-Materialien | <input type="checkbox"/> ja |
| Sprechender Kompass (auch taktil sowie Kontrastreich für Sehbehinderte) | <input type="checkbox"/> ja |
| Lorman-Handschuh | <input type="checkbox"/> ja |
| Diktiergerät | <input type="checkbox"/> ja |
| Optische Ausstattung | <input type="checkbox"/> ja |
| Verschiedene optische Lupen | <input type="checkbox"/> ja |
| Low Vision Leuchten mit verschiedenen Lichtfarben und Leuchtstärken | <input type="checkbox"/> ja |
| Zugriff auf Bildschirmlesegerät | <input type="checkbox"/> ja |
| Zugriff auf elektronische Handlupen | <input type="checkbox"/> ja |
| 4 x 12 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 6 x 16 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 8 x 20 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 8 x 30 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 10 x 20 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 10 x 30 Monokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 6 x Binokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 8 x Binokular | <input type="checkbox"/> ja |
| 2 x Extender | <input type="checkbox"/> ja |
| Zugriff auf Bauerfeind Prisma | <input type="checkbox"/> ja |
| Kantenfilter als Serie (Clip-ons und Überziehmodelle)n | <input type="checkbox"/> ja |
| Oberkanten- und Seitenschutz für Brillen | <input type="checkbox"/> ja |
| Leeres Brillengestell | <input type="checkbox"/> ja |
| Taschenlampen (Standard, Aspherilux, Xenon, LED) | <input type="checkbox"/> ja |
| Taktile Medien | <input type="checkbox"/> ja |
| Zugriff auf einen Fuser | <input type="checkbox"/> ja |
| Materialien zur Erstellung taktiler Pläne | <input type="checkbox"/> ja |
| Verschiedene Modelle zur Darstellung von Umweltmustern | <input type="checkbox"/> ja |

Einzureichende Unterlagen (Nachweise)

- Qualifikationsnachweise der fachlichen Leitung/en: Approbationsurkunde, Diplom-Urkunde, Berufsurkunde über eine abgeschlossene Berufsausbildung, Meisterbrief bzw. Ausnahmegenehmigung gem. Handwerksordnung
- Sonstige Befähigungsnachweise, Zeugnisse oder Tätigkeitsnachweise, Zertifikate
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister nach § 150 a GewO
- Kopie des Handelsregisterauszugs oder der Eintragung in das Berufsregister des Firmensitzes (Handwerksrolle oder Industrie- und Handelskammer)
- Kopie eines aktuellen Versicherungsnachweises (nicht älter als zwölf Monate) über eine Betriebshaftpflichtversicherung die mindestens Personen-, Sach- und Vermögensschäden abdeckt
- Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter)
Eigenerklärung über ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeit der Mobilität
Angaben zur Erreichbarkeit des fachlichen Leiters/der verantwortlichen Person
- Kopie des/r Mietvertrages/Mietverträge oder Grundbuchauszug /- auszüge
- Grundrisse/Raumskizzen
- Fotodokumentation über Räumlichkeiten
 - Verkaufs-/Empfangsbereich
 - Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege
 - Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit
 - Laufgang/ Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt
 - Behindertenzugang (nur bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)
 - Behinderten WC (nur bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)
 - Werkstattraum/ -platz für Herstellung, Anpassung und Zurichtung
 - Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebene Spezifikation.
 - Für einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte.
- Fotodokumentation Sachmittelausstattung
- Nachweis über einen ausreichenden Fuhrpark oder andere geeignete Möglichkeiten der Mobilität
- Angaben zur Erreichbarkeit der fachlichen Leitung/en bzw. der verantwortlichen Personen
- Organisationsdiagramm
- ggf. Protokoll der Betriebsbegehung
- bestehende Zulassungen und Lieferberechtigungen von Kostenträgern
- Letztgültige Präqualifizierungsbestätigung [nicht bei Erstpräqualifizierung]

GPQG Gesellschaft für Präqualifizierung
im Gesundheitswesen mbH

Kanalstraße 24

D-24159 Kiel

Erklärung des Antragstellenden und der fachlichen Leitungen

Ich/wir erkläre(n), dass die abgegebenen Erklärungen und gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen nach **§ 2 Abs. 8** des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 werde(n) ich/wir die **GPQG**, Gesellschaft für Präqualifizierung im Gesundheitswesen mbH unverzüglich schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben nach **§ 2 Abs. 11** des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vom 29.03.2010 zur Einschränkung, Aussetzung oder zum Entzug der Präqualifizierung führen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellenden

Ort, Datum

Unterschrift(en) der fachlichen Leitung(en)


Firmenstempel