



Fragen und Antworten

**Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich**

(Stand: 15.7.2010)

<b>Inhalt Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich.....</b>	<b>1</b>
<b>I. Präqualifizierung – Begriff und Hintergründe.....</b>	<b>4</b>
Was versteht man unter Präqualifizierung ?.....	4
Wie ist das Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? .....	4
Muss jede einzelne Krankenkasse prüfen, ob ein Leistungserbringer geeignet ist?4	
Wie erfährt die Krankenkasse von der Präqualifizierung potenzieller Vertragspartner?.....	5
Wer kann Präqualifizierungsstelle werden?.....	5
Was ist neu an diesem Verfahren?.....	5
Wie wird man Präqualifizierungsstelle? .....	7
Die gesetzliche Übergangsfrist für das Zulassungsverfahren endet am 30.6.2010. Wie ist die Situation ab 1.7.2010 bis zur Benennung der ersten Präqualifizierungsstellen bei den Ersatzkassen geregelt? .....	7
<b>II. Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland .....</b>	<b>8</b>
Was sind Hilfsmittel? .....	8
Was alles umfasst der Anspruch von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung?.....	8
Welche Anforderung wird an Hilfsmittel gestellt? .....	8
Gibt es eine Liste der zugelassenen Hilfsmittel? .....	8
Wer entscheidet über die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und wer beantragt das? .....	9
Wie viele Hilfsmittel sind zur Zeit im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt und wie viele Leistungserbringer gibt es?.....	9
Was kostet die Hilfsmittelversorgung in Deutschland? .....	9
<b>III. Das Präqualifizierungsverfahren im Einzelnen .....</b>	<b>9</b>
Wie wird ein Präqualifizierungsverfahren eingeleitet?.....	9
Welche Kriterien werden in einem Präqualifizierungsverfahren überprüft?.....	10
Wie lange gilt eine Präqualifizierung?.....	10
Was passiert, wenn sich innerhalb dieser Frist die Rahmenbedingungen bei einem präqualifizierten Leistungserbringer ändern?.....	10
Kann eine Präqualifizierung auch abgelehnt oder entzogen werden?.....	11
<b>IV. Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek).....</b>	<b>11</b>
Wie wird die Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) organisiert? .....	11
Warum sollte ein Leistungserbringer die Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) wählen? .....	12
Wie kann eine Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) beantragt werden?.....	12
Wann kann erstmalig ein Präqualifizierungsantrag bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) gestellt werden?.....	13

Wie lange dauert die Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)?.....	13
Was kostet die Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)?.....	13
Was passiert, wenn der Leistungserbringer mit der Entscheidung der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) nicht einverstanden ist?.....	14
<b>Anlage 1</b> .....	<b>15</b>

**Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin**

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redaktion: Manuela–Andrea Pohl (Abteilung Kommunikation)/

Dr. Tanja Börner, Christian Schaub (Stabsbereich Unternehmensentwicklung),

Christian Bumiller (Landesvertretung Niedersachsen)

Layout: Britta Rauh–Weißefeld (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon: 0 30/2 69 31 – 0 / Telefax: 0 30/2 69 31 – 29 00

E–Mail: [presse@vdek.com](mailto:presse@vdek.com), Internet: [www.vdek.com](http://www.vdek.com)

## **I. Präqualifizierung – Begriff und Hintergründe**

### **Was versteht man unter Präqualifizierung ?**

Der Begriff Präqualifizierung kommt aus dem Vergaberecht. Interessierte Unternehmen weisen ihre Eignung einmal für eine unbestimmte Anzahl von künftigen Vergabeverfahren nach und können sich damit in einem zentralen Verzeichnis registrieren lassen. Mit den derart nachgewiesenen Qualifikationsmerkmalen gelten diese Bieter bezogen auf die betreffenden Merkmale als anerkannt und müssen nicht mehr in jedem konkreten Vergabeverfahren gegenüber dem Auftraggeber ihre Eignung nachweisen. Insbesondere in der Baubranche ist dieses Verfahren in Deutschland seit 2006 etabliert.

### **Wie ist das Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?**

Im Hilfsmittelbereich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) treten vergaberechtliche Aspekte eher in den Hintergrund, das Verfahren ist aber ganz ähnlich: Auch hier ist die Idee, eine bestimmte Eignung im Vorfeld nachzuweisen, um Vertragsabschlüsse zu vereinfachen. Die Krankenkassen sind nämlich per Gesetz verpflichtet sicherzustellen, dass die zur Versorgung mit Hilfsmitteln herangezogenen Sanitätshäuser, Hörgeräteakustiker o. ä. zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in der Lage sind (§ 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nur solche Leistungserbringer können überhaupt Vertragspartner der Krankenkassen sein.

### **Muss jede einzelne Krankenkasse prüfen, ob ein Leistungserbringer geeignet ist?**

Ja, im Prinzip schon. Um aber den Aufwand der jeweiligen Überprüfung des Leistungserbringers sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer zu vermeiden, wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) die Möglichkeit geschaffen, unabhängige zentrale Stellen mit der Eignungsprüfung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich zu beauftragen. Dies sind die so genannten Präqualifizierungsstellen. Die Krankenkassen haben dann von der Eignung eines Leistungserbringers auszugehen, wenn eine Bestätigung einer Präqualifizierungsstelle vorliegt (§ 126 Abs. 1a SGB V). Die Bestätigung ist Voraussetzung, um überhaupt als Vertragspartner der Krankenkassen in Betracht gezogen werden zu können, führt aber nicht automatisch zu einem Vertragsabschluss.

### **Wie erfährt die Krankenkasse von der Präqualifizierung potenzieller Vertragspartner?**

Stellt die Präqualifizierungsstelle die Eignung eines Leistungserbringers zur Abgabe bestimmter Hilfsmittel fest, wird dem Leistungserbringer eine entsprechende Bestätigung ausgestellt. Gleichzeitig meldet jede Präqualifizierungsstelle ihre Daten an den GKV-Spitzenverband. Die Ergebnisse der Präqualifizierungsverfahren werden in ein Verzeichnis eingestellt, das der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen in geeigneter Weise zur Verfügung stellt. Auf diese Weise werden die Krankenkassen sowohl über den Datentransfer des GKV-Spitzenverbandes als auch mittels des vom Leistungserbringer vorgelegten Zertifikats über die Eignung des potenziellen Vertragspartners für die Abgabe bestimmter Hilfsmittel oder -produktgruppen informiert.

### **Wer kann Präqualifizierungsstelle werden?**

Das regelt eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich auf Bundesebene<sup>1</sup>. Die Vereinbarung ist mit Wirkung zum 1.4.2010 in Kraft getreten. Danach sind Präqualifizierungsstellen geeignete Stellen, die die definierten personellen und technischen Voraussetzungen erfüllen, um das Präqualifizierungsverfahren sachgerecht durchzuführen. Präqualifizierungsstellen müssen neutral und unparteilich sein. Dazu gehört insbesondere, dass die Präqualifizierungsstellen ohne Eigeninteresse am Ausgang des Präqualifizierungsverfahrens handeln. Außerdem müssen sie allen Antragstellern einen gleichberechtigten Zugang und gleiche Informationen zum Verfahren gewähren. Leistungserbringer und deren Organisationen, die Vertragspartner der Krankenkassen sind oder sein können, können nicht selbst Präqualifizierungsstellen werden. Präqualifizierungsstellen sind bundesweit und für alle Sektoren im Hilfsmittelbereich tätig. Ebenfalls möglich sind sektorale Lösungen.

### **Was ist neu an diesem Verfahren?**

Mit der Präqualifizierung wird das gesamte Zulassungsgeschäft im Hilfsmittelbereich auf neue Füße gestellt. Um hierher zu gelangen, brauchte es drei Stationen: die „alte Situation“ bis 31.3.2007, die „Zwischenlösung“ nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) und die „Nachbesserung“ nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG).

---

<sup>1</sup> Eine Auflistung der an der Vereinbarung beteiligten Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene befindet sich in Anlage 1.

- **„Alte Situation“ bis 31.3.2007**

Bis Ende März 2007 hatte jeder Leistungserbringer, der die Voraussetzungen der gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 2.5.1991 erfüllte, das Recht, zur Hilfsmittelversorgung zugelassen zu werden. Überprüft wurden die Zulassungsvoraussetzungen von den Krankenkassen oder deren Verbänden. Die Zulassung war ein Verwaltungsakt, und sie berechtigte die Leistungserbringer zur Versorgung von Versicherten mit oder ohne Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen. Das heißt, die Patienten konnten ihren Leistungserbringer frei wählen, und die Krankenkassen mussten abgegebene Hilfsmittel von allen Leistungserbringern bezahlen, die zur Versorgung zugelassen waren (Kontrahierungszwang).

- **„Zwischenlösung“ nach dem GKV-WSG**

Ab dem 1.4.2007 wurden keine Neuzulassungen mehr ausgesprochen. Neue Betriebe oder Betriebe, in denen sich die personellen, räumlichen oder technischen Verhältnisse maßgeblich geändert hatten, erhielten statt dessen eine Abgabeberechtigung, die an Verträge gekoppelt war. Mit anderen Worten war die Versorgung für Neubetriebe oder Betriebe mit Veränderungen nur noch bei einem bestehenden Vertrag zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse möglich. Leistungserbringer mit bestehender Zulassung blieben allerdings bis zum 31.12.2008 versorgungsberechtigt. Das heißt, die Krankenkasse musste für abgegebene Hilfsmittel von diesen Leistungserbringern auch ohne vertragliche Grundlage zahlen. Patienten konnten daher zumindest eingeschränkt ihren Leistungserbringer noch frei wählen.

- **„Nachbesserung“ durch das GKV-OrgWG**

Die Zwischenlösung nach dem GKV-WSG führte zu einem enormen Verwaltungsaufwand für Krankenkassen und Leistungserbringer und brachte mangels einheitlichem Standard teilweise Rechtsunsicherheit. Die Regelungen wurden daher mit dem GKV-OrgWG dahingehend nachgebessert, dass die Übergangsfrist für Leistungserbringer mit bestehender Zulassung bis 30.6.2010<sup>2</sup> verlängert und das Präqualifizierungsverfahren etabliert wurde. Für das Präqualifizierungsverfahren gilt weiterhin der Grundsatz, dass Leistungserbringer nur bei bestehendem Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse zur Versorgung berechtigt sind. Vorab müssen sie aber, ähnlich der vorherigen Zulassungspraxis, nachweisen, dass sie zur Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln geeignet sind. Dieser Nachweis erfolgt gegenüber der jeweiligen Präqualifizierungsstelle. Das Präqualifizierungsverfahren ist für den Leistungserbringer kostenpflichtig. Patienten können nur noch diejenigen Leistungserbringer wählen, mit denen ihre Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat.

---

<sup>2</sup> Zum Verfahren ab dem 1.7.2010 siehe Seite 7.

## **Wie wird man Präqualifizierungsstelle?**

Die Benennung als Präqualifizierungsstelle ist beim GKV-Spitzenverband zu beantragen. Über diesen Antrag entscheidet der GKV-Spitzenverband innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage des vollständigen Antrags. Entscheidungsgrundlage ist, ob die genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Ist dies gegeben, erfolgt die Benennung als Präqualifizierungsstelle. Auf diese Weise ist es möglich, dass mehrere Präqualifizierungsstellen benannt werden.

Da aktuell noch nicht alle Rahmenbedingungen (z.B. die Datenaustauschstrukturen) abschließend geklärt sind, ist es derzeit faktisch nicht möglich, vollständige Antragsunterlagen beim GKV-Spitzenverband einzureichen. Der GKV-Spitzenverband rechnet damit, dass erste Benennungen im November 2010 ausgesprochen werden.

## **Die gesetzliche Übergangsfrist für das Zulassungsverfahren endet am 30.6.2010. Wie ist die Situation ab 1.7.2010 bis zur Benennung der ersten Präqualifizierungsstellen bei den Ersatzkassen geregelt?**

Bis der GKV-Spitzenverband die ersten Präqualifizierungsstellen benennt, also voraussichtlich bis November 2010, wird der vdek die Qualitätsprüfungen für die Ersatzkassen in gewohnter Weise durchführen. Konkret bedeutet dies Folgendes:

- Für Leistungserbringer, die am 31.3.2007 über eine Zulassung des damaligen VdAK/AEV<sup>3</sup> verfügten oder im Anschluss eine Abgabeberechtigung vom vdek erhalten haben, gelten die Voraussetzungen des § 126 SGB V auch weiterhin als erfüllt. Ein neuer Nachweis der Qualitätsvoraussetzungen ist für diese Leistungserbringer nicht erforderlich.
- Für Qualitätsprüfungen ab dem 1.7.2010 haben die Ersatzkassen die vdek-Landesvertretungen weiterhin beauftragt, im Namen der Ersatzkassen bei Vorliegen der derzeit noch geltenden Kriterien den Leistungserbringern Abgabeberechtigungen auszustellen. Dies gilt auch für Veränderungsmeldungen zugelassener oder abgabeberechtigter Betriebe. Leistungserbringer können ihre Anträge oder Änderungsmeldungen wie bisher an die jeweilige vdek-Landesvertretung in ihrem Bundesland schicken.

---

<sup>3</sup> Der VdAK und der AEV haben sich zum 1.1.2009 unter dem Dach des vdek zusammengeschlossen.

## **II. Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland**

### **Was sind Hilfsmittel?**

Hilfsmittel sind Produkte wie insbesondere Hörhilfen, Körperersatzstücke oder orthopädische Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen). Sie sind im Einzelfall erforderlich, um einen Erfolg in der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen aber Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens.

### **Was alles umfasst der Anspruch von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung?**

Versicherte haben bei Bedarf, also wenn die Leistung erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behandlung auszugleichen, Anspruch auf das benötigte Hilfsmittel. Dieser Anspruch ist aber nicht ausschließlich auf die Versorgung mit dem einzelnen Produkt, also auf die Abgabe des Hilfsmittels, begrenzt. Vielmehr haben Versicherte ebenfalls Anspruch auf die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung eines ausgelieferten Hilfsmittels. Mehr noch: Auch die Ausbildung im Gebrauch des benötigten Hilfsmittels und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvorhergesehenen gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen werden von den Krankenkassen bezahlt.

### **Welche Anforderung wird an Hilfsmittel gestellt?**

Für Hilfsmittel müssen die Funktionstauglichkeit und Sicherheit sowie weitere Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden. Maßgeblich ist, dass die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erfolgt. Auch hierfür erforderliche indikations- und einsatzbezogenen Qualitätsanforderungen werden vorausgesetzt. Für die ordnungsgemäße und sichere Handhabung sind außerdem Informationen in deutscher Sprache erforderlich.

### **Gibt es eine Liste der zugelassenen Hilfsmittel?**

Ja, wer sich über zugelassene Hilfsmittel informieren will, kann das mit Hilfe des so genannten Hilfsmittelverzeichnisses machen. Dieses offizielle Verzeichnis ist im Bundesanzeiger veröffentlicht. Hier sind alle Hilfsmittel aufgeführt, die von den gesetzlichen Krankenkassen in der Hilfsmittelversorgung bezahlt werden. Das Hilfsmittelverzeichnis wird regelmäßig fortgeschrieben. Diese Fortschreibung erfolgt mit

dem Ziel, die Qualitätsanforderungen an Hilfsmittel weiterzuentwickeln und, sofern notwendig, abzuändern. Auch wird die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Produkten überprüft.

### **Wer entscheidet über die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und wer beantragt das?**

Der GKV-Spitzenverband erstellt das systematisch strukturierte Hilfsmittelverzeichnis. Er regelt das Verfahren zur und entscheidet zugleich über die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis. Er kann sich dabei vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beraten lassen. Hersteller, die Hilfsmittel in das Verzeichnis aufgenommen haben wollen, müssen beim GKV-Spitzenverband einen Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis stellen und dabei nachweisen, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt sind.

### **Wie viele Hilfsmittel sind zur Zeit im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt und wie viele Leistungserbringer gibt es?**

Insgesamt beinhaltet das Hilfsmittelverzeichnis ca. 20.000 Eintragungen. Diese Hilfsmittel sind aktuell in 34 unterschiedliche Produktgruppen eingeteilt. Deutschlandweit sind derzeit rund 55.000 Leistungserbringer von Hilfsmitteln tätig.

### **Was kostet die Hilfsmittelversorgung in Deutschland?**

Im Jahr 2009 wurden von den gesetzlichen Krankenkassen über 5 Milliarden € für die Versorgung mit Hilfsmitteln ausgegeben. Dies entspricht einem Anteil von rund 3 Prozent an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2009.

## **III. Das Präqualifizierungsverfahren im Einzelnen**

### **Wie wird ein Präqualifizierungsverfahren eingeleitet?**

Die Präqualifizierung erfolgt auf Antrag. Allen Leistungserbringern ist die Möglichkeit zu geben, bei einer der vom GKV-Spitzenverband benannten Präqualifizierungsstellen einen solchen Antrag zu stellen und ein Präqualifizierungsverfahren zu durchlaufen. Wichtig ist, dass die Erfüllung der Anforderungen für jeden Hauptbetrieb und jede Betriebsstätte bzw. Filiale sowie für jedes Tochterunternehmen nachzuweisen ist, sofern dort die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt. Für Unternehmen mit mehreren Betriebsstätten oder Filialen kann dies in einem Präqualifizierungsverfahren geschehen.

### **Welche Kriterien werden in einem Präqualifizierungsverfahren überprüft?**

Der GKV-Spitzenverband entwickelt Empfehlungen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Diese Empfehlungen werden voraussichtlich im August 2010 verabschiedet. Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß § 126 Abs. 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern<sup>4</sup> tragen zur Weiterentwicklung dieser Empfehlungen bei. Die Präqualifizierungsstelle legt diese Kriterien zu Grunde und überprüft so die grundsätzliche Eignung eines Leistungserbringers zur Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln bzw. -produktgruppen. Dabei kann es sein, dass für die Eignungsprüfung auch Betriebsbegehungen beim Leistungserbringer notwendig werden. Für einige Bereiche können Begehungen auch gemäß der Empfehlungen vorgeschrieben sein. Die Krankenkasse kann darüber hinaus weiter gehende, auftragsbezogene Kriterien in ihren jeweiligen Verträgen mit den Leistungserbringern vereinbaren.

### **Wie lange gilt eine Präqualifizierung?**

Die Präqualifizierungsbestätigung ist grundsätzlich auf fünf Jahre befristet. Innerhalb dieser Frist sind die in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der an der Vereinbarung beteiligten Leistungserbringerorganisationen (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) genannten Anforderungen erneut nachzuweisen. Voraussetzung für eine erneute Präqualifizierung ist, dass ein präqualifizierter Leistungserbringer spätestens sechs Monate vor Ablauf der Fünf-Jahres-Frist entsprechende vollständige Nachweisunterlagen bei einer Präqualifizierungsstelle einreicht. Sind diese vollständig und fristgerecht eingereicht, bleibt die erteilte Präqualifizierung bis zur Entscheidung durch die Präqualifizierungsstelle erhalten.

### **Was passiert, wenn sich innerhalb dieser Frist die Rahmenbedingungen bei einem präqualifizierten Leistungserbringer ändern?**

Bereits präqualifizierte Leistungserbringer müssen der Präqualifizierungsstelle maßgebliche Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die zum Zeitpunkt der Erteilung der Bescheinigung vorgelegen haben, unverzüglich anzeigen. Es obliegt dem Leistungserbringer nachzuweisen, dass er die Präqualifizierungsanforderungen weiterhin erfüllt.

---

<sup>4</sup> Vgl. Anlage 1.

Maßgebliche Änderungen liegen vor:

- a. bei Wechsel des Inhabers eines Einzelunternehmens und/oder
- b. bei Wechsel des fachlichen Leiters bzw. der für die Leistungserbringung verantwortlichen Person und/oder
- c. bei Standortwechsel des Unternehmens oder von Teilen des Unternehmens, soweit dort die Hilfsmittelleistung erbracht wird und/oder
- d. bei maßgeblichen räumlichen Änderungen, die die Präqualifizierungskriterien gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V berühren
- e. bei Erweiterung des Hilfsmittelspektrums, soweit die Ausgangspräqualifikation dieses nicht umfasst
- f. bei Auflösung des Unternehmens oder bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Firmenvermögen bzw. eines vergleichbaren Verfahrens oder wenn sich das Unternehmen in Liquidation befindet und/oder
- g. bei Änderungen, die in den Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V als maßgeblich gekennzeichnet sind.

Diese Aufzählung kann ggf. durch die Vereinbarungsparteien ergänzt werden. Sofern die bereits erteilte Präqualifizierungsbestätigung noch gültig ist, muss nur in Bezug auf die geänderten Verhältnisse nachgewiesen werden, dass die Präqualifizierungsanforderungen weiterhin erfüllt sind.

#### **Kann eine Präqualifizierung auch abgelehnt oder entzogen werden?**

Ja, eine Präqualifizierung kann sowohl ganz abgelehnt als auch eingeschränkt werden, wenn die Präqualifizierungsanforderungen nicht oder nur teilweise erfüllt sind. Auch erteilte Bestätigungen können eingeschränkt, ausgesetzt oder zurückgezogen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden. Dies gilt z. B., wenn sich herausstellt, dass der Leistungserbringer unzutreffende Nachweise eingereicht hat oder wenn er es unterlässt, maßgebliche Änderungen in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen anzuzeigen.

#### **IV. Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

##### **Wie wird die Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) organisiert?**

In die Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich werden beim vdek alle 18 Standorte – die Landesvertretungen inklusive der Geschäftsstelle Westfalen-Lippe sowie die Zentrale des vdek in Berlin – eingebunden. Die Durchführung des Verfahrens obliegt entsprechend qualifizierten und erfahrenen Mitarbeitern aus den Landesvertretungen, die bereits das bisherige Antragsverfahren im Hilfsmittelbereich fachlich kom-

petent abgewickelt haben. Die fachliche Leitung der Präqualifizierungsstelle wird ebenfalls auf Landesebene angesiedelt, um die Nähe zur praktischen Tätigkeit zu gewährleisten. Eine persönliche Erreichbarkeit für die Kunden vor Ort und eine flächendeckende Präsenz sind damit jederzeit innerhalb der angegebenen Öffnungszeiten sichergestellt.

Die Zentrale des vdek in Berlin übernimmt im Rahmen der Tätigkeit als Präqualifizierungsstelle vor allem organisatorische und koordinative Funktionen. Durch einen ständigen Informationsaustausch sorgt sie in Zusammenarbeit mit der Leitung der Präqualifizierungsstelle dafür, dass in den Ländern ein permanenter, qualitativ hochwertiger bundeseinheitlicher Service gewährleistet wird und trägt dazu bei, dass auf Herausforderungen flexibel und frühzeitig reagiert werden kann.

### **Warum sollte ein Leistungserbringer die Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) wählen?**

Der vdek wird als Präqualifizierungsstelle auf jahrelang bewährte Strukturen und Erfahrungen zurückgreifen. Als Dienstleister für alle Ersatzkassen werden beim vdek Kundenorientierung und Service von jeher groß geschrieben. Durch die regionale Präsenz in jedem Bundesland ist gewährleistet, dass Antragsteller immer einen persönlichen Ansprechpartner direkt vor Ort haben. Mehr noch: Viele Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich hatten im Zulassungsgeschäft bereits Kontakt zu der Landesvertretung des vdek in ihrem Bundesland. Diese einmal aufgebauten Kontakte bleiben auch weiterhin bestehen, und der Antrag auf Präqualifizierung kann so schnell und unbürokratisch im jeweiligen Bundesland gestellt werden. Fachliche Kompetenz ist ebenfalls garantiert: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über zumeist jahrelange Erfahrungen im bisherigen Zulassungsgeschäft im Hilfsmittelbereich. Zudem erfolgt die Präqualifizierung zu einem fairen Preis.

### **Wie kann eine Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) beantragt werden?**

Die Präqualifizierung erfolgt auf schriftlichen Antrag. Interessierte Leistungserbringer können die Antragsunterlagen auf der Homepage der Präqualifizierungsstelle des vdek downloaden. Die Homepage wird in Kürze veröffentlicht, die Antragsunterlagen werden spätestens mit Aufnahme der Tätigkeit als Präqualifizierungsstelle ins Netz gestellt. Der Antrag sollte an die jeweilige Landesvertretung des vdek im Bundesland des Leistungserbringers geschickt werden. Die Ansprechpartner im Land werden ebenfalls auf der Homepage des vdek veröffentlicht. Bei Fragen zum Präqualifizierungsverfahren helfen die Landesvertretungen des vdek auch bereits heute gerne weiter.

### **Wann kann erstmalig ein Präqualifizierungsantrag bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) gestellt werden?**

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat bereits einen Antrag auf Benennung als Präqualifizierungsstelle beim GKV-Spitzenverband gestellt, der umgehend vervollständigt wird, sobald die Rahmenbedingungen endgültig feststehen. Die Präqualifizierungsstelle des vdek wird bundesweit und für alle Sektoren im Hilfsmittelbereich tätig sein.

Sofort nach Benennung durch den GKV-Spitzenverband, also voraussichtlich im November 2010, nimmt die Präqualifizierungsstelle des vdek ihre Arbeit auf. Das heißt aber nicht, dass alle Leistungserbringer schon im November 2010 einen Präqualifizierungsantrag stellen müssen. Vielmehr gelten bereits bestehende Verträge mit Krankenkassen oder deren Verbänden weiter.

### **Wie lange dauert die Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)?**

Jeder Präqualifizierungsantrag wird in der Präqualifizierungsstelle innerhalb von zehn Tagen nach Eingang auf Vollständigkeit geprüft. Sollten die Unterlagen unvollständig sein, erfolgt ein entsprechender Hinweis an den Leistungserbringer. Sollte eine Begehung notwendig oder vorgeschrieben sein, wird diese grundsätzlich innerhalb von vier Wochen durchgeführt. Eine Entscheidung über die Präqualifizierung wird spätestens innerhalb von acht Wochen nach Vorlage der vollständigen Unterlagen und Eingang des vollständigen Rechnungsbetrages getroffen.

### **Was kostet die Präqualifizierung bei der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)?**

Die Präqualifizierungsstelle des vdek wird ihre aktuelle Entgelttabelle auf ihrer Homepage veröffentlichen. Die Leistungserbringer werden um Vorkasse gebeten; dies entspricht dem Vorgehen gemäß der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer für Hilfsmittel auf Bundesebene<sup>5</sup>. Eine Entscheidung über den Präqualifizierungsantrag kann daher erst getroffen werden, wenn die Rechnung der Präqualifizierungsstelle des vdek vollständig beglichen worden ist. Die Acht-Wochen-Frist, innerhalb derer eine schriftliche Bestätigung oder Ablehnung der Präqualifizierung zu erteilen ist, beginnt somit erst mit dem Eingang des Entgelts auf dem Konto der Präqualifizierungsstelle des vdek.

---

<sup>5</sup> Vgl. Anlage 1.

**Was passiert, wenn der Leistungserbringer mit der Entscheidung der Präqualifizierungsstelle des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) nicht einverstanden ist?**

In diesem Fall ist der Beschwerdeweg möglich. Jede Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, eine Beschwerdestelle einzurichten. Die unabhängige Beschwerdestelle der Präqualifizierungsstelle des vdek ist unter folgender Adresse zu erreichen:

Beschwerdestelle der Präqualifizierungsstelle  
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin.

Das Beschwerdeverfahren ist gemäß Präqualifizierungsvereinbarung ebenfalls kostenpflichtig. Die Kosten sind der aktuellen Entgelttabelle zu entnehmen, die auf der Homepage der Präqualifizierungsstelle veröffentlicht wird. Bevor die Beschwerdestelle die eingereichte Beschwerde prüft, ist vom Einreicher gemäß der Vereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer für Hilfsmittel auf Bundesebene<sup>6</sup> ein Vorschuss in Höhe von 50 Prozent der Beschwerdekosten zu entrichten.

---

<sup>6</sup> Vgl. Anlage 1.

## Anlage 1

Die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sind:

Arbeitsgemeinschaft Orthopädieschuhtechnik, Düsseldorf und München  
Bundesfachverband Elektronische Hilfsmittel für Behinderte e. V., Hamm  
Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdöR, Mainz  
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Dortmund  
Bundesverband der Rehabilitationslehrer/-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e. V., Leipzig  
Bundesverband der Zweithaar-Einzelhändler und zertifizierter Zweithaarpraxen e. V., Albstadt-Laufen  
Bundesverband Medizintechnologie e. V., Berlin  
Deutscher Apothekerverband, Berlin  
Deutsche Blindenführhundschaften e. V., Waldkirchen  
Deutsche Ocularistische Gesellschaft (DOG) e. V., Köln  
Deutscher Bundesverband der Epithetiker e.V., Hamburg  
Fachvereinigung Medizin Produkte e. V., Köln  
SPECTARIS, Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Berlin  
Verband CPM Therapie e. V., Dortmund  
Zentralverband der Augenoptiker, Bundesinnungsverband, Düsseldorf  
Zentralverband Gesundheitshandwerk Orthopädieschuhtechnik, Hannover

Es handelt sich hierbei um die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene im Sinne des § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V.