

Informationsblatt und Einwilligung zur Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI

Der **Medizinische Dienst Baden-Württemberg** ist der organisatorisch selbstständige und fachlich unabhängige sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen führen wir jedes Jahr in Pflegeeinrichtungen eine **Qualitätsprüfung** gem. §§ 114 ff. SGB XI durch. Zweck und Durchführung sind in den für den Medizinischen Dienst verbindlichen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) festgelegt.

Unsere Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer ermitteln bei einer Stichprobe der versorgten Personen, ob die vertraglichen und gesetzlichen **Leistungs- und Qualitätsanforderungen** erfüllt sind und prüfen in ambulanten Pflegediensten die individuell abgerechneten Leistungen. Zudem befragen sie die ausgewählte versorgte Person und überprüfen ihren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand.

Die **Stichprobenauswahl** ist auf Sie gefallen. Um unsere Qualitätsprüfung zu unterstützen, bitten wir Sie um Ihre **Einwilligung zur Teilnahme** – und der damit verbundenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten.

Unsere Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer **besuchen und befragen Sie** zu den Bereichen Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung (z. B. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Körperpflege), Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z. B. Medikamentöse Therapie, Wundversorgung), Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (z. B. Tagesstruktur, Beschäftigung) und Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen (z. B. Heimeinzug, Krankenhausaufenthalte). **Um den Pflegezustand Ihrer Haut zu beurteilen**, kann es erforderlich sein, dass sich unsere Prüferinnen und Prüfer mit Ihrer Zustimmung beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen.

Ihre Einwilligung kann auch noch während unseres Besuches jederzeit ganz oder teilweise von Ihnen zurückgenommen werden, wenn Sie uns dies mitteilen oder erkennbar signalisieren.

Unsere Prüferinnen und Prüfer führen mit den Beschäftigten des Pflegedienstes bzw. der Pflegeeinrichtung ein **Fachgespräch**. Auch Ihre gesetzliche Vertretung / Betreuung, Ihre Angehörigen sowie sonstige an der Versorgung beteiligte Personen können **befragt** werden.

**Verbund Qualitätsprüfung
Pflegeeinrichtungen**
Telefon 07721 8995 2100

qp@md-bw.de

**Datenschutzbeauftragte/r
Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg**
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schwarzwald
Telefon 07821 938-0

**Weitere Informationen zum
Datenschutz des Medizinischen
Dienstes:**

<https://www.md-bw.de/datenschutz>

**Weitere Informationen zur
Qualitätsprüfung des Medizinischen
Dienstes:**

<https://www.md-bw.de/fuer-versicherte/pflege/qualitaetspruefung>

Im Anschluss werden ggfs. Ihre fallbezogenen Daten zur Ergebniserfassung der Pflegeeinrichtung (Indikatorendaten) überprüft und Ihre **Pflegedokumentation** sowie ggfs. abrechnungsrelevante Unterlagen eingesehen. Bei Bedarf angefertigte **Kopien** werden nach Abschluss des Verfahrens vernichtet.

Die **Ergebnisse der Qualitätsprüfung** werden nach Maßgabe der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in einem **Prüfbericht** zusammengefasst und wie gesetzlich vorgesehen der betroffenen Pflegeeinrichtung, den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Träger der Sozialhilfe und den Heimaufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit mitgeteilt.

Im Prüfbericht werden Ihre personenbezogenen Daten pseudonymisiert, indem statt Ihres Namens und Vornamens ein Pseudonym (z.B. P1) erscheint und statt Ihres vollständigen Geburtsdatum nur Ihr Geburtsjahr.

Bei Auffälligkeiten in der **Abrechnungsprüfung** erhält Ihre eigene Pflegekasse den Prüfbericht und in einem gesonderten Dokument Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum sowie die festgestellten Auffälligkeiten (Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen) als Anlage.

Personenbezogene Daten, die Sie betreffen, werden **nach fünf Jahren gelöscht** (§ 97 Abs. 3 S. 1 SGB XI).

Sie haben ein **Recht auf Berichtigung und Einschränkung** der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Die Einwilligung zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung kann **jederzeit widerrufen** werden, ohne dass Ihnen hierdurch irgendwelche Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit, der bis zu Ihrem Widerruf aufgrund der Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung, bleibt hiervon unberührt. Bei Widerruf der Einwilligung wird auch der Anspruch auf **Datenlöschung** geprüft.

Falls Sie der Auffassung sind, dass bei der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Datenschutzrecht verletzt wurde, wenden Sie sich bitte an uns. Des Weiteren haben Sie auch ein **Recht auf Beschwerde** direkt beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg.

Ihre Teilnahme an der Qualitätsprüfung ist freiwillig! Durch eine Ablehnung entstehen Ihnen keine Nachteile.

Dieser Besuch des Medizinischen Dienstes steht **nicht** im Zusammenhang mit Ihrem Pflegegrad.

Er dient ausschließlich der Bewertung des Pflegedienstes bzw. der Pflegeeinrichtung.

Freundliche Grüße

Andreas Klein
Vorstandsvorsitzender

Einwilligung zur Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff SGB XI

IK-Nummer Pflegeeinrichtung: _____ (durch Medizinischen Dienst auszufüllen)

Das beigefügte Informationsblatt zur Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff. SGB XI habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit willige ich Frau/Herr _____ (Name versorgte Person)

geboren am _____
ein, dass mich die Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg im Rahmen der Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI in die Stichprobe einbeziehen.

Ich bin einverstanden, dass die Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer, soweit für die Prüfungsdurchführung erforderlich,

- ✓ meine **Wohnung bzw. meine Wohnräume betreten**,
- ✓ meinen **gesundheitlichen und pflegerischen Zustand** erheben,
- ✓ mich selbst, die Beschäftigten der Einrichtung, meine gesetzliche Vertretung/Betreuung sowie meine Angehörigen **befragen**,
- ✓ Einsicht in meine **Pflegedokumentation** und ggf. in meine fallbezogenen Daten zur Ergebniserfassung nehmen,
- ✓ Einsicht in **abrechnungsrelevante Unterlagen** nehmen und bei Bedarf Kopien erstellen,
- ✓ meine **personenbezogenen Daten** für die Erstellung eines Prüfberichts verarbeiten.

Die zu meiner Person erhobenen Daten werden gemäß § 97 SGB XI nach fünf Jahren gelöscht. **Die Teilnahme an der Qualitätsprüfung ist freiwillig. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch eine Ablehnung entstehen mir keine Nachteile.**

Gesetzliche/r Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte/r

_____ (Name, Vorname)

Hiermit versichere ich, dass ich befugt bin, die oben genannte versorgte Person zu vertreten.

Bei Fax-Einwilligung bitte zurück an **Fax-Nr.** _____

Datum, Ort

Unterschrift der versorgten Person
bzw. gesetzliche/r Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte/r

☐ Die versorgte Person willigt ein, sie kann nicht eigenhändig unterschreiben.

Begründung: _____

☐ Die/der ges. Vertreter/in bzw. Bevollmächtigte gibt nach umfassender Aufklärung an, dass die versorgte Person selbst die Zustimmung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung erteilen kann.

Name Qualitätsprüfer/in: _____