

Informationsblatt zur Qualitätsprüfung gemäß § 275b SGB V und zur Einwilligung

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 Krankenkassen und der Ersatzkassen führen wir bei ambulanten oder stationären Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege und/oder außerklinischen Intensivpflege eine **Qualitätsprüfung gem. § 275b SGB V** durch.

Zweck und Durchführung sind in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 275b SGB V für häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (QPR-HKP und AKI) festgelegt.

Unsere Qualitätsprüferinnen /-prüfer ermitteln bei einer Stichprobe der versorgten Personen, ob die vertraglichen und gesetzlichen **Leistungs- und Qualitätsanforderungen** erfüllt sind und prüfen bei ambulanten oder stationären Leistungserbringern die individuell abgerechneten Leistungen. Zudem befragen sie, sofern möglich, die ausgewählte Person und/oder deren An- und Zugehörige bzw. sonstige Pflegepersonen und/oder vertretungsberechtigte Personen (z. B. Betreuerinnen / Betreuer, bevollmächtigte Personen) und überprüfen den gesundheitlichen und pflegerischen Zustand.

Die **Stichprobenauswahl** ist auf Sie gefallen. Um unsere Qualitätsprüfung zu unterstützen, bitten wir Sie und/oder Ihre vertretungsberechtigte Person um **Einwilligung zur Teilnahme** – und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten.

Unsere Qualitätsprüferinnen /-prüfer **besuchen und befragen Sie** und/oder Ihre vertretungsberechtigte Person zu Ihren besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen (z.B. Beatmungsmanagement, Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Körperpflege, medikamentöse Therapie, Wundversorgung, sonstige Behandlungspflege, etc.).

Um den Pflegezustand der Haut der versorgten Person zu beurteilen, kann es erforderlich sein, dass sich unsere Qualitätsprüferinnen /-prüfer **mit Ihrer Zustimmung** beispielsweise die Achselhöhlen, das Gesäß, die Füße oder Wunden ansehen. Dies erfolgt immer im Beisein Ihrer Pflegekraft.

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

**Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg**

Berliner Straße 23
78048 Villingen-Schwenningen

Telefon 07721 8995 2100
Telefax 07721 8995 7050

Vorstandsvorsitzender
Andreas Klein

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Irene Götz <> Hubert Seiter

Institutionskennzeichen
190 800 543

**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>

Unsere Qualitätsprüferinnen /-prüfer führen mit den Beschäftigten des Leistungserbringers ein **Fachgespräch**. Auch Ihre vertretungsberechtigte Person, Ihre An- und Zugehörigen sowie sonstige an der Versorgung beteiligte Personen können **befragt** werden. Im Anschluss werden Ihre **Pflegedokumentation** sowie ggfs. abrechnungsrelevante Unterlagen eingesehen.

Die **Ergebnisse der Qualitätsprüfung** werden nach Maßgabe der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR-HKP und AKI) in einem **Prüfbericht** zusammengefasst und dem geprüften Leistungserbringer, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie 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 Geburtsdatums nur Ihr Geburtsjahr.

Bei Auffälligkeiten in der **Abrechnungsprüfung** wird Ihrer Krankenkasse in einem gesonderten Dokument Ihr Name, Vorname, Geburtsdatum offengelegt und Ihre Krankenkasse erhält die festgestellten Auffälligkeiten (Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen) als Anlage zum Prüfbericht.

Personenbezogene Daten, die Sie betreffen, werden **nach fünf Jahren gelöscht** (§ 276 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

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 das 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 Leistungserbringers.

Freundliche Grüße

Andreas Klein
Vorstandsvorsitzender

Einwilligung zur Qualitätsprüfung nach § 275b SGB V

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

Das beigefügte Informationsblatt zur Qualitätsprüfung gemäß § 275b SGB V und zur Einwilligung habe ich zur Kenntnis genommen.

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

geboren am _____

ein, dass mich die Qualitätsprüferinnen /-prüfer des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 275b SGB V in die Stichprobe einbeziehen. Ich bin einverstanden, dass die Qualitätsprüferinnen /-prüfer, soweit für die Prüfungsdurchführung erforderlich,

- ✓ meine **Wohnung und die Räume betreten, die meinem Wohnrecht unterliegen**,
- ✓ meinen **gesundheitlichen und pflegerischen Zustand** erheben,
- ✓ mich selbst, die Beschäftigten des Leistungserbringers und/oder meine vertretungsberechtigte Person, meine An- und Zugehörigen sowie sonstige an der Versorgung beteiligte Personen **befragen**,
- ✓ Einsicht in meine **Pflegedokumentation** sowie 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 § 276 Abs. 2 Satz 4 SGB V nach fünf Jahren gelöscht. **Die Teilnahme an der Qualitätsprüfung ist freiwillig. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch eine Ablehnung entstehen mir keine Nachteile.**

Vertretungsberechtigte Person (z.B. Betreuerin / Betreuer, bevollmächtigte Person)

_____ (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.
der vertretungsberechtigten Person

- ☐ Die versorgte Person willigt ein, sie kann nicht eigenhändig unterschreiben.
Begründung: _____
- ☐ Die vertretungsberechtigte Person gibt nach umfassender Aufklärung an, dass die versorgte Person selbst die Zustimmung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung erteilen kann.

Name Qualitätsprüferin/-prüfer: _____