 Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz	Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI in Verbindung mit Abrech- nungsprüfungen nach § 275b - ambulant - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz	Seite: 1/3 Stand: 07/2021
--	--	------------------------------


Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung

Name der Einrichtung	
Prüfdatum	Auftrags-Nr.
Name	
Geburtsdatum	Pflegegrad

Jedes Jahr wird in Pflegeeinrichtungen gem. §§ 114, 114 a SGB XI eine Qualitätsprüfung durchgeführt. Inhalt der Qualitätsprüfungen in ambulanten Einrichtungen ist auch die Abrechnungsprüfung (§ 275b SGB V).

Die Qualitäts-Prüferinnen und -Prüfer des Medizinischen Dienstes ermitteln, ob die Pflegeeinrichtungen die vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Hierfür befragen sie auch Pflegebedürftige und überprüfen ihren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand. Die Pflegebedürftigen, die an der Qualitätsprüfung teilnehmen, werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Diese Zufallsauswahl ist auf Sie gefallen. Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung.

Die Qualitäts-Prüferinnen und -Prüfer des Medizinischen Dienstes begutachten die Gegebenheiten in der Pflegeeinrichtung und die Abläufe bei der Pflege. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden Unterlagen, wie z. B. Pflegeverträge und Rechnungen, eingesehen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt. Darüber hinaus befragen sie Sie zu Ihrer Zufriedenheit mit Ihrer Pflegeeinrichtung und führen eine Inaugenscheinnahme bei Ihnen durch. Diese umfasst Aspekte der Pflege, Mobilität, Wundbehandlung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Körperpflege sowie den Umgang mit Demenz. Der Schutz Ihrer Intimsphäre wird dabei selbstverständlich gewahrt. Im Anschluss an Ihre Befragung und Inaugenscheinnahme wird Ihre Pflegedokumentation eingesehen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden in einem Prüfbericht zusammengefasst. Die für die Inaugenscheinnahme von Ihnen erfassten personenbezogenen Daten, wie Name, Alter, Geburtsdatum, erscheinen im Prüfbericht ausschließlich in anonymisierter Form. Werden im Rahmen der Überprüfung der Einrichtung schwerwiegende Mängel festgestellt, erfolgt hierzu eine Informationsweiterleitung des Medizinischen Dienstes an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen (§ 97 Abs. 1 S.2 SGB XI in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X).

 <p>Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI in Verbindung mit Abrech- nungsprüfungen nach § 275b - ambulant - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Seite: 2/3 Stand: 07/2021</p>
---	---	--------------------------------------

Ich gebe hiermit

- den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz im Rahmen der Pflegequalitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI**
- der Auditorin/dem Auditor des Medizinischen Dienstes _____/ PKV-Prüfdienstes im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen
(Name: _____)

meine **Einwilligung** für:

- das **Betreten meiner Wohnung bzw. Wohnräume,**
- die **Inaugenscheinnahme meines gesundheitlichen und pflegerischen Zustands,**
- die **Einsichtnahme in meine Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,**
- die **Befragung meiner Person, der Beschäftigten der Einrichtung, meiner Betreuerin/meines Betreuers sowie meiner An- und Zugehörigen,**
- die damit jeweils zusammenhängende **Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.**

Die Teilnahme an der Inaugenscheinnahme, die Befragung, die Einsichtnahme in Ihre Pflegedokumentation sowie die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme hat keinen Einfluss auf Ihren Pflegegrad. Sollten Sie sich nicht einverstanden erklären, werden Ihnen daraus keine Nachteile entstehen.

Die zu Ihrer Person erhobenen Daten werden gemäß SGB XI § 97 nach 5 Jahren gelöscht.

Sie können Ihre Einwilligung hierzu jederzeit schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf gilt nur für die zukünftige Nutzung Ihrer Daten. (Der Widerruf ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz zu erklären).

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz, Externe QS in Pflegeeinrichtungen, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey


Die Daten der Pflegebedürftigen/des Pflegebedürftigen werden in der Regel anonymisiert an die Pflegekassen im Bundesland übermittelt.

Werden im Rahmen der Überprüfung ambulanter Pflegedienste Mängel

- **in der pflegerischen Versorgung erbrachter Leistungen festgestellt, leitet der Medizinische Dienst die entsprechenden Informationen gemäß § 115 Abs. 5 SGB XI an die zuständige Pflegekasse der Pflegebedürftigen/des Pflegebedürftigen weiter.**
- **in der Abrechnung von Leistungen festgestellt, leitet der Medizinische Dienst die entsprechenden Informationen gemäß Punkt 9 Ziffer 1 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (Teil 1 Ambulante Pflege) an die zuständige Pflegekasse der Pflegebedürftigen/des Pflegebedürftigen weiter.**

Ort/Datum

Versicherte/Versicherter, gesetzliche
Betreuerin/gesetzlicher Betreuer oder Bevoll-
mächtigte/Bevollmächtigter

 <p>Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI in Verbindung mit Abrech- nungsprüfungen nach § 275b - ambulant - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Seite: 3/3 Stand: 07/2021</p>
---	---	--------------------------------------

Durch die gesetzliche Betreuerin/den gesetzlichen Betreuer oder die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten

_____ erfolgte
Name, Vorname

- die Bestätigung der Einwilligung in Textform (siehe Anlage).
- in Abweichung von der erforderlichen Textform ausnahmsweise nur die mündliche Einwilligung, weil:

_____ Begründung

Nach Angaben der Einrichtungsvertreterin/des Einrichtungsvertreterers ist die Versicherte/der Versicherte:

- einwilligungsfähig
- einwilligungsfähig, ist jedoch physisch nicht in der Lage, eine Unterschrift zu leisten
- bzw. hat die Versicherte/der Versicherte
- eine Betreuerin/einen Betreuer
- eine Vorsorgebevollmächtigte/einen Vorsorgebevollmächtigten

_____ Ort/Datum

_____ Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter der
Pflegeeinrichtung

_____ Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter
Medizinischer Dienst

Bemerkungen: