

Für eine reibungslose telefonische Begutachtung und eine möglichst schnelle Erstellung des Leistungsbescheids durch die Pflegekasse beachten Sie bitte die folgenden Hinweise.



## Informationen zur Pflegebegutachtung!



Aufgrund der Infektionslage führen wir zum Schutz der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bzw. Betreuern die von der Pflegekasse beauftragten Pflegebegutachtungen zurzeit **TELEFONISCH** durch, ohne persönlichen Hausbesuch.

---

### 1 VOR DEM BEGUTACHTUNGSTERMIN

- ✓ Der beigelegte Fragebogen dient zur Vorbereitung, senden Sie ihn nicht an uns zurück! Füllen Sie ihn aus und halten Sie ihn sowie weitere relevante Unterlagen wie Arztbriefe etc. zum Begutachtungstermin bereit.
- ✓ Sollten Sie den Fragebogen nicht erhalten haben oder einen weiteren benötigen, steht er Ihnen als Download bereit unter [www.md-bayern.de/unserethemen/pflegebegutachtung/informationsmaterial](http://www.md-bayern.de/unserethemen/pflegebegutachtung/informationsmaterial)
- ✓ Die pflegebedürftige Person muss bei der telefonischen Begutachtung persönlich anwesend sein – unabhängig von der Beeinträchtigung. Vertrauenspersonen wie **Betreuer, Angehörige, Hausärzte oder Pflegedienste** können und sollen an dem Termin **zusätzlich** teilnehmen.
- ✓ Falls weitere Personen wie **Betreuer, Angehörige, Hausärzte oder Pflegedienste** zum Termin nicht bei der pflegebedürftigen Person vor Ort sein können, z. B. weil sie entfernt wohnen, können Sie per E-Mail an [info@md-bayern.de](mailto:info@md-bayern.de) beantragen, dass die Begutachtung als **Telefonkonferenz durchgeführt wird**.
- ✓ Bitte teilen Sie uns eine **Terminabsage so früh wie möglich** mit (z. B. weil sich die versicherte Person im Krankenhaus oder auf Reha befindet etc.). Am schnellsten über unsere Website unter [www.md-bayern.de/kontakt](http://www.md-bayern.de/kontakt). Bitte informieren Sie uns auch über jede Änderung, wie eine neue Telefonnummer, einen Umzug etc.
- ✓ Sollten Sie den Termin verschieben müssen, ist es aus organisatorischen Gründen leider nicht möglich, direkt einen neuen (Wunsch-)Termin zu vereinbaren. Bitte beachten Sie auch, dass Verschiebungen immer zu Verzögerungen beim Leistungsbescheid führen.

---

## 2 ZUM BEGUTACHTUNGSTERMIN

- ✓ Die Pflegebegutachtung wird **rund eine Stunde** dauern.
- ✓ Für den Begutachtungstermin ist ein **Zeitfenster** angegeben, z. B. **zwischen 10 und 12 Uhr**. Das heißt: Die Begutachtung kann auch um 10.30 Uhr oder um 11.00 Uhr beginnen. Sollen beim Termin weitere Vertrauenspersonen wie z. B. Angehörige oder Pflegedienste dabei sein, können wir uns ca. 60 Minuten vor dem Start der Begutachtung telefonisch ankündigen, damit die Vertrauenspersonen zeitgerecht vor Ort sein können. Bitte teilen Sie uns per E-Mail oder Telefon ggf. die Telefonnummer mit, unter der wir uns ankündigen sollen.
- ✓ Bei der telefonischen Begutachtung wird der beiliegende Fragebogen gemeinsam durchgegangen. Sollte die pflegebedürftige Person das Gespräch nicht umfassend und nur eingeschränkt führen können oder sollten wichtige Informationen fehlen, **können jederzeit Betreuer/Angehörige oder weitere Vertrauenspersonen alles Nötige ergänzen und/oder das Gespräch übernehmen.**

---

## 3 NACH DEM BEGUTACHTUNGSTERMIN

- ✓ Nach der telefonischen Begutachtung können keine zusätzlichen Informationen mehr berücksichtigt werden. **Bitte senden Sie keine Unterlagen nach**, da das Gutachten in der Regel noch am gleichen Tag fertiggestellt wird. Sollten nach der Begutachtung noch Informationen fehlen, werden wir Sie umgehend informieren.
- ✓ Den Leistungsbescheid erhalten Sie direkt über die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zugeschickt. **Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an die Pflegekasse!**



### ZU GUTER LETZT:

Terminabsagen können Sie einfach online durchführen: [www.md-bayern.de/kontakt](http://www.md-bayern.de/kontakt).

Sollten Sie Informationen wie geänderte Telefonnummer, Umzug etc. melden wollen, erreichen Sie uns auch unter **089 159060 3333** von Mo–Fr von 8 bis 18 Uhr oder per E-Mail an [info@md-bayern.de](mailto:info@md-bayern.de).

Bitte haben Sie Verständnis, dass es bei Anrufen und Rückfragen derzeit zu längeren Wartezeiten kommen kann. Aufgrund der Umstellung auf die telefonische Begutachtung sind unsere Leitungen immer wieder überlastet. Vielen Dank!

Alle Informationen zur Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Bayern finden Sie hier: [www.md-bayern.de/pflegebegutachtung](http://www.md-bayern.de/pflegebegutachtung).



**Hinweis:** Mit der Beantwortung der folgenden Fragen erleichtern Sie die Befragung zu Ihrem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den MD. Bitte füllen Sie den Bogen vor dem Termin zum Telefoninterview aus. Sie können sich damit auf das Gespräch so vorbereiten, dass nichts Wichtiges vergessen wird. Bitte halten Sie den Fragebogen beim Telefontermin bereit. Schicken Sie ihn nicht an den MD zurück. **Wenn möglich, halten Sie bitte auch aktuelle Befunde/Arztbriefe bereit.** Vielen Dank!

**Wer ist beim Telefoninterview zusätzlich zur pflegebedürftigen Person anwesend und gibt Auskunft?**

\_\_\_\_\_  
*Name und Beziehung zur pflegebedürftigen Person (z.B. Ehepartner, Tochter/Sohn, Betreuer etc.)*

**Name der pflegebedürftigen Person** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Sind Sie in letzter Zeit in einem Krankenhaus behandelt worden? Bitte nennen Sie die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden beeinträchtigen Sie im Alltag am meisten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Auswirkungen haben die Beeinträchtigungen auf Ihre Selbständigkeit? Wobei benötigen Sie daher die Hilfe einer anderen Person (z.B. bei der Fortbewegung, bei der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme)?**

---



---



---



---

**Benötigen Sie bei den folgenden Aktivitäten die Unterstützung einer anderen Person?**

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Waschen/Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hilfe bei Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Benötigen Sie die Unterstützung einer anderen Person, um...**

sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. Frühstück)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z.B. Beruf, Eheschließung) zu erinnern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachverhalte zu verstehen (z.B. in Zeitungsartikeln und Nachrichtenmeldungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufforderungen zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nahestehende Personen zu erkennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefahren zu erkennen (z.B. im Umgang mit Elektrogeräten, Risiken im Verkehr)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Gibt es weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßig die Unterstützung einer anderen Person brauchen (z.B. besondere psychische Problemlagen)? Bitte notieren Sie hier kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht, was eine andere Person dann für Sie tun muss und wie oft das vorkommt.**

---



---



---



**Benötigen Sie bei den folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?**

sich tagsüber beschäftigen (z.B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
über den Tag hinaus planen (z.B. einen Arzttermin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bei der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bei außerhäuslichen Aktivitäten (z.B. Spaziergänge)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?** ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?** ☐ ambulant ☐ stationär

**Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?**

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter
<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> andere (bitte benennen): _____		

**Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z. B. Toilettengang)?**

☐ ja, \_\_\_\_mal pro Nacht ☐ nein

**Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause? (regelmäßig bedeutet: mindestens 1x pro Woche)**

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflegetage pro Woche*	Pflegestunden pro Woche*	Weitere Pflegebedürftige, die gepflegt werden*
A							
B							
C							
D							

*\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en).*



**Wie ist Ihre häusliche Situation?**

Ich lebe... ☐ alleine ☐ mit Pflegeperson (siehe Tabelle): ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

**Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht...; B macht...)?**

---

---

**Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt und/oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung?**

☐ ja ☐ nein

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal täglich **oder** \_\_\_\_\_ mal wöchentlich

**Name des Pflegedienstes und/oder der Tagespflegeeinrichtung:**

---

**Was macht der Pflegedienst für Sie/bei Ihnen?**

---

---

**Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie Hilfe von einer anderen Person?**

☐ Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

☐ Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ Blutzuckermessung \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ Blutdruckmessung \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen \_\_\_\_\_ mal täglich

☐ andere:

**Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?**

\_\_\_\_\_ mal monatlich ☐ alleine ☐ Begleitung erforderlich

**Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?**

☐ Krankengymnastik \_\_\_\_\_ mal monatlich ☐ alleine ☐ mit Begleitung

☐ Ergotherapie \_\_\_\_\_ mal monatlich ☐ alleine ☐ mit Begleitung

☐ Logopädie \_\_\_\_\_ mal monatlich ☐ alleine ☐ mit Begleitung

☐ \_\_\_\_\_ mal monatlich ☐ alleine ☐ mit Begleitung

## **Datenschutz wird bei uns großgeschrieben**

Krankheit oder Pflegebedürftigkeit betreffen den privatesten Bereich des Menschen. Aus diesem Grund behandelt der MD Bayern Ihre persönlichen Daten mit höchster Diskretion. Unsere Mitarbeiter/-innen sind zur Einhaltung des Sozialdatenschutzes gemäß § 35 SGB I verpflichtet. Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie gemäß Art. 13, 14 der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit §§ 82, 82a SGB X über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten informieren und zu einer transparenten Verarbeitung beitragen.

### 1. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen können den MD Bayern nach SGB V und SGB XI beauftragen, medizinische oder pflegerische Gutachten zu erstellen. Zudem können Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden. Der MD Bayern wird nur auf Initiative einer Kranken- oder Pflegekasse tätig.

#### 1.1. Krankenversicherung

Die gesetzlichen Aufgaben des MD Bayern sind für die gesetzliche Krankenversicherung in den §§ 275, 275a bis b SGB V festgelegt. Die wesentlichen Aufgaben des MD Bayern umfassen dabei Einzelfallbegutachtungen, sozialmedizinische Beratungen und Grundsatzstellungnahmen usw. zu verschiedenen medizinischen Fragestellungen. Hierzu gehören Stellungnahmen zu Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, zur Notwendigkeit der Art von Rehabilitationsmaßnahmen oder Fragen zur Arbeitsunfähigkeit sowie die Prüfung von Abrechnungen von Krankenhäusern. Die Verarbeitung der erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Absatz 1 lit. e DSGVO in Verbindung mit den §§ 275, 275a SGB V zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe des MD Bayern. Hierfür erforderliche Daten neben den unmittelbar bei Ihnen erhobenen Daten können gemäß § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V bei dem jeweiligen Leistungserbringer, wie z. B. behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, angefordert werden. Bei einer Anforderung von Unterlagen gemäß § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V erfolgt die Übermittlung der Daten direkt an den MD Bayern auf dem Wege des sogenannten Mitteilungsmanagement-Verfahrens (MiMa), welches mit den datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden abgestimmt ist. Ihre Krankenkasse erhält hierbei keinen Zugriff auf die angeforderten Unterlagen. Die Leistungserbringer sind gemäß § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V verpflichtet, die Daten an den MD Bayern zu übermitteln

#### 1.2. Pflegeversicherung

Der MD Bayern wird tätig, wenn dieser von Ihrer Pflegekasse beauftragt worden ist, ein Pflegegutachten zu erstellen. Um die gesetzliche Aufgabe gemäß § 18 SGB XI erfüllen zu können, werden in notwendigem Umfang die medizinischen, pflegerischen und sonstigen personenbezogenen Daten zur Durchführung der Begutachtung erhoben und verarbeitet. Die Verarbeitung der Daten erfolgt gemäß § 276 SGB V i.V.m. Art. 6 Absatz 1 lit. e DSGVO.

#### 1.3. Verarbeitung zur Aufgabenerfüllung nach SGB V / SGB XI

Der MD Bayern darf erhobene Daten nach dem SGB V oder SGB XI für die Aufgabe des jeweils anderen Bereiches gemäß § 97 Absatz 2 SGB XI verarbeiten, wenn diese zur Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

### 2. Empfänger und Kategorien von Empfängern

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Gutachten gemäß § 277 SGB V an die zuständige Krankenkasse bzw. Leistungserbringer übermittelt. Im Rahmen der Pflegebegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 Absatz 6 SGB XI wird das Pflegegutachten an die Pflegekasse übermittelt.

### 3. Datenspeicherung

Die Daten werden gemäß § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V (Krankenversicherung) und § 97 SGB XI (Pflegeversicherung) für die Dauer von max. fünf Jahren gespeichert und dann gelöscht.

#### 4. Betroffenenrechte

Nach Maßgabe von Art. 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Das Recht auf Auskunft beinhaltet, welche Daten über Ihre Person gespeichert sind, woher sie kommen, zu welchem Zweck diese beim MD Bayern gespeichert werden und die geplante Dauer der Datenspeicherung. Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, so steht Ihnen gemäß Art. 16 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X ein Recht auf Berichtigung zu. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen gemäß Art. 17, 18 und 21 DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X. Unabhängig davon haben Sie bei vorliegenden gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Akteneinsicht gemäß § 25 SGB X.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht:

- Rechtsaufsicht gemäß § 280 Abs. 4 SGB V: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Haidenauplatz 1, 81667 München, Tel.: 089 5402330
- Datenschutzbehörde Art. 15 DSGVO i. V. m. § 61 Landesdatenschutzgesetz Bayern: Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz, Prof. Dr. Thomas Petri, Wagnmüllerstraße 18, 80538 München, Postfach 22 12 19, 80502 München, Tel: 089 212672-0, E-Mail: [poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

#### 5. Pflicht zur Bereitstellung von Daten

Aufgrund der Antragstellung auf Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Pflegeversicherung sind Sie verpflichtet, die erforderlichen personenbezogenen Daten anzugeben (§§ 60 ff. SGB I). Werden die erforderlichen Daten nicht angegeben, kann der Begutachtungsauftrag nicht bearbeitet werden und wird vom MD Bayern an die jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse zurückgegeben.

#### 6. Kontaktdaten der Verantwortlichen für die Datenerhebung gemäß Art. 24 DSGVO:

Medizinischer Dienst Bayern, Haidenauplatz 1, 81667 München, Tel. 089 [159060 0](tel:0891590600), [info@md-bayern.de](mailto:info@md-bayern.de)

#### 7. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Medizinischer Dienst Bayern, Haidenauplatz 1, 81667 München, Tel. 089/159060 3876, [datenschutzbeauftragter@md-bayern.de](mailto:datenschutzbeauftragter@md-bayern.de)