Landeshauptstadt Magdeburg

Stellungnahme der Verwaltung

öffentlich

zum/zur

F0111/17 – Fraktion DIE LINKE/future! Stadtrat Köpp

Bezeichnung

„Ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“

Verteiler

Tag

Der Oberbürgermeister

23.05.2017

Stadtamt

Amt 50

Stellungnahme-Nr.

S0146/17

Datum

04.05.2017

Eine Krankenhausbehandlung erfolgt nach §§39/40 des Sozialgesetzbuches (SGB) V unter den Prämissen „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“.

1. In welcher Weise werden die Prämissen des Sozialgesetzbuches (SGB) V in Magdeburg umgesetzt?

„Ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ sind im deutschen Sozialrecht universale Strukturmerkmale. Eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgt dann, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V Abs. 1 Satz 2).

Der Vorrang der medizinischen Rehabilitation begründet sich im Krankenversicherungsrecht aus der Notwendigkeit, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 2 SGB V Abs. 2 Satz 1).

Der Verwaltung liegen keine Hinweise zur Umsetzung dieser Grundsätze in den Krankenhäusern im Stadtgebiet vor. Es besteht seitens der Krankenhäuser auch keine Berichtspflicht gegenüber der Stadt.

2. Wie wird dafür Sorge getragen, dass entsprechende Qualitätsstandards umgesetzt werden?

Der so genannte „Gemeinsame Bundesausschuss“ hat nach § 92 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V mit der im November 2016 erlassenen Qualitätsmanagement-Richtlinie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bestimmt, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören. Die Einhaltung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft.

3. Welche Probleme gibt es in diesem Bereich und wie werden die Erfolge der Arbeit im Netzwerk Gute Pflege bewertet?

Seit Anfang 2016 werden die Antragsteller*innen spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit über eine Präventions- und Rehabilitationsempfehlung informiert, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen im Rahmen der Begutachtung erstellt hat. In dem Zusammenhang informiert die Pflegekasse darüber, ob der zuständige Rehabilitationsträger (in den meisten Fällen die Krankenkassen) ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst hat. Fachleute sehen in der unterschiedlichen Zuständigkeit von Kostenträger und „Nutznießer“ einer durch Rehabilitation verhinderten oder geminderten Pflegebedürftigkeit einen gravierenden Systemfehler in der Sozialgesetzgebung.

Informationen, ob die Stärkung des Vorranges der Prävention und Rehabilitation mit dem Pflegestärkungsgesetz II Wirkung gezeigt hat, liegen der Verwaltung nicht vor.

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind öffentlich zugänglich. Jedoch war die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern bisher nicht explizit Thema im Netzwerk „Gute Pflege Magdeburg“. In dem Netzwerk geht es mehr um die Gesamtschau des Sozial- und Gesundheitswesens mit den Stellschrauben an den Übergängen zur Pflege.

Borris