

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Michael Seidel
Bielefeld

1

MZEB – Vorgeschichte

Seit Mitte der 1990er Jahre befassen sich die Fachverbände der Behindertenhilfe/Fachverbände für Menschen mit Behinderung mit der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung.

Anfangs in Form von Ad-hoc-Arbeitsgruppen, seit 2002 im Rahmen ihres gemeinsamen Arbeitskreises Gesundheitspolitik.

Vielfältige Positionsbestimmungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

Positionspapier

„Notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Rahmen der Gesundheitsreformvorhaben der Regierungskoalition im Jahre 1999“

Die gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen und erst recht von Erwachsenen mit geistiger Behinderung ist in Deutschland unzureichend. Unter ausdrücklichem Bezug

→ auf das grundgesetzliche Verbot der Diskriminierung behinderter Menschen und
→ auf die gesundheitspolitische Absicht der Regierungskoalition, die Patientenrechte zu stärken,

sind entschlossene Schritte zu fordern, im Rahmen der bevorstehenden gesetzgeberischen Reformen des Gesundheitswesens die nachweislichen Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zu beseitigen. Die Einleitung entsprechender Entwicklungen sind von hoher Dringlichkeit, weil den Prinzipien der Behindertenhilfe (Normalisierung, Integration, Teilhabe, Selbstbestimmung usw.) Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung mehr und mehr in die Gesellschaft und alle ihre Bereiche (Wohnen, Arbeiten, Freizeit usw.) integriert werden. Eine unzulängliche gesundheitliche Versorgung dieser Menschen ist ein ernstes Hemmnis ihrer gesellschaftliche Integration und eine nicht hinzunehmende Beschneidung ihrer Bürgerrechte.

Folgende Hauptaspekte müssen bei der Gesetzesnovellierung realisiert werden:

1. Das medizinische Regelversorgungssystem, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, muß zukünftig den fachlichen und organisatorisch-strukturellen Anforderungen an eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung entschieden besser als bisher gerecht werden (Einzelheiten s. Positionspapier „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung“ der vier Fachverbände der Behindertenhilfe, 1996).

Es ist unbedingt erforderlich, den Anspruch von Menschen mit Behinderungen auf eine angemessene Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse bei der gesundheitlichen Versorgung im SGB V zu verankern. Dazu ist folgende Neuformulierung des § 27 (1) Satz 3 SGB V notwendig:

„Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker *und* von Menschen mit geistiger, körperlicher *und* seelischer Behinderung Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmitteln, *Hilfsmitteln* und bei der medizinischen Rehabilitation.“ (Ergänzungsvorschläge sind kursiv gedruckt.)

Diese ergänzte Fassung des § 27 SGB V soll bewirken, dass die Leistungserbringer und



2

MZEB – Vorgeschichte

Positionspapier 1999

2. Zur notwendigen Ergänzung des Regelversorgungssystems in Aufgaben der Diagnostik und Therapie, der Prävention und Rehabilitation von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowie zur Beratung und fachlichen Unterstützung des medizinischen Regelversorgungssystems sind Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung einzurichten. Unter selbstverständlicher Wahrung des Rechts auf freie Arztwahl sollen diese Ambulanzen einen Pflichtversorgungsauftrag in einer Region für diese spezialisierten Aufgaben erfüllen. Zur Erzielung fachlicher und wirtschaftlicher Synergieeffekte kooperieren sie eng mit dem medizinischen Regelversorgungssystem.



3

MZEB – Vorgeschichte

Positionspapier 1999

Es wird folgende Formulierung für einen § 119a SGB V vorgeschlagen:

„Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

- (1) **Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die multiprofessionell tätig werden, fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange Sie notwendig ist, um eine ausreichende spezialisierte gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sicherzustellen.**
- (2) **Die gesundheitliche Versorgung durch Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist auf solche behinderten Jugendlichen und Erwachsenen auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder drohender Krankheit im Zusammenhang mit ihrer geistigen oder mehrfachen Behinderung nicht von geeigneten Ärzten behandelt oder an anderer Stelle ausreichend mit Heilmitteln versorgt werden können. Die Am-**



4

MZEB – Vorgeschichte

Das medizinische **Regelversorgungssystem** muss regelmäßig der erste Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung sein - und sich darauf fachlich, konzeptionell und organisatorisch einstellen.

Für spezielle Fragestellungen muss es **ergänzende Angebote** spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung mit multiprofessioneller Ausstattung und interdisziplinärer Ausrichtung geben (SPZ, MZEB).

5

MZEB – Vorgeschichte

Grundsätzlich zwei komplementäre Strategien der Fachverbände:

- Qualifizierung des Regelversorgungssystems
- Ergänzung durch spezialisierte Angebote (für spezielle Fragestellungen)



6

MZEB – Vorgeschichte

GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG)

Statt einer angestrebten Ergänzung des § 27 (1) kam es zum § 2a SGB V.

Statt einer Einführung der multiprofessionellen Ambulanzen in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren mit einem von den Verbänden vorgeschlagenen § 119 a SGBV wurde gesetzlich ermöglicht, ärztlich geleitete Abteilungen an Einrichtungen der Behindertenhilfe an der **vertragsärztlichen** Versorgung zu beteiligen.

7

MZEB – Gesetzliche Grundlagen

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015

- Einfügung § 119 c SGB V
- Ergänzung § 120 SGB V (Vergütung durch Pauschalen)
- Einfügung § 43 b SGB V

8

BAG MZEB

Im Dezember 2015 wurde in Kassel-Wilhelmshöhe die BAG MZEB gegründet.

Nicht alle MZEB und MZEB i. G. sind Mitglied



[BAG MZEB](#) [MZEBs finden](#) [Veranstaltungen](#) [Aktuelles](#) [Kostenträger & Politik](#) [Kontakt](#)

Herzlich Willkommen auf der Webseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung!



9

Medizinische Behandlungszentren - § 119 c SGB V

(1) ¹Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. ²Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) ¹Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. ²Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

10

MZEB - Gesetzesbegründung

Zu Nummer 55 (§119c)

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen muss weiter verbessert werden. Hierzu wird korrespondierend mit dem in § 43b (neu) verankerten Leistungsanspruch erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen geschaffen. Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, gewährleisten. Hierfür müssen sie geeignet sein, die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ zu erbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Behandlungszentren zu versorgende Personenkreis neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie insbesondere auch einer zielgruppenspezifischen Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz, etc.) bedarf.

Die Behandlungszentren müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können.

11

MZEB – § 43b SGB V

„Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.“

12

MZEB Rahmenkonzeption



Rahmenkonzeption

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Fassung vom 12.10.2015

Vorwort

Seit den 1990er Jahren fordern die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V., Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.) die deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Men-

https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf

13

MZEB – unterschiedliche Schwerpunkte

Es ist in der Rahmenkonzeption MZEB vorgesehen, dass die MZEB unterschiedliche fachliche Akzentuierungen/Schwerpunkte ausweisen. Nicht alle MZEB bieten psychiatrische Angebote an.

Die MZEB bilden in Abhängigkeit von den regionalen Bedarfslagen und den Versorgungsstrukturen fachliche Akzentuierungen – auch in Kombinationen – aus.

Beispielsweise kommen für eine solche fachliche Akzentuierung infrage:

- neuromuskuläre und neuroorthopädische Störungsbilder
- Epilepsie
- neuropsychologische Störungen
- neurologische Krankheitsbilder
- internistische und andere somatische Krankheitsbilder
- psychische und Verhaltensstörungen
- Schmerzsyndrome
- Sinnesbehinderung
- Mehrfachbehinderung

14

MZEB – Inanspruchnahme

Es ist keinesfalls daran gedacht, dass alle Menschen mit Intelligenzminderung oder mehrfacher Behinderung in den MZEB behandelt werden.

Es ist weder eine umfassende noch eine dauerhafte medizinische Versorgung in den MZEB vorgesehen.

15

MZEB - Position Krankenkassen (2016)

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119c SGB V (MZEB)

Gemeinsames Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände

21.06.2016

16

MZEB - Position Krankenkassen (2016)

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119c SGB V (MZEB)

Gemeinsames Eckpunktpapier der Krankenkassenverbände

21.06.2016

In einem MZEB sollen diejenigen Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ angeboten werden, „die von den betroffenen Menschen speziell benötigt werden“ (BT-Drs. 18/4095, S. 114, zu Nr. 55, erster und dritter Absatz). Aus dem Hinweis auf die Spezialität folgt, dass eine umfassende Behandlung im MZEB selbst gesetzlich nicht vorzusehen und angesichts der Komplexität und Vielfalt der möglichen Krankheitsbilder auch kaum denkbar ist. Gemäß der Gesetzesbegründung soll eine wesentliche Leistung der MZEB insbesondere darin liegen, die Organisation und Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen sowie eng mit den

17

MZEB – derzeitige „Landschaft“

Keine vollständige Übersicht über den Stand der Entwicklung vorhanden.

z. Z. etwa 70 MZEB bekannt (SPZ ca. 150)

Erhebliche Unterschiede in den Leistungsprofilen (Schwerpunkte, personelle Ausstattung), in den Trägerstrukturen und vor allem in Vertragsgestaltungen mit den Krankenkassen.

Nicht alle MZEB weisen den Schwerpunkt Psychiatrie aus.

18

Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung/geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten

19

Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung/geistiger Behinderung (1)

Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Problemen erhalten sehr oft keine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung (im ambulanten und stationären Sektor).

Das psychiatrische Regelversorgungssystem ist an diesen Patienten nicht interessiert und verfügt für sie auch zumeist nicht über die notwendige Expertise.

Ein erheblicher Anteil der Verhaltensprobleme (Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndes Verhalten usw.) kann mit einem individualpathologischen Ansatz nicht ausreichend erklärt werden, sondern entsteht in der Wechselwirkungen zwischen individuellen Dispositionen/Defiziten (z. B. Rückstand der emotionalen Entwicklung) und den Bedingungen/Anforderungen der Umwelt.

20

Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung/geistiger Behinderung (2)

Wenn die Interaktionen zwischen Person und Umwelt (Kontext) für die Entstehung, Verstärkung oder Aufrechterhaltung von Verhaltensproblemen relevant sind, bedarf es eines umfassenden, multiprofessionell angelegten Assessments aller potentieller Einflussfaktoren, einschließlich der Gegebenheiten „am Ort des Geschehens“, z. B. Wohnung, Arbeitsplatz, Freizeit).

(Die viel zu häufigen alleinigen Psychopharmakotherapien gegen Verhaltensauffälligkeiten sind Ausdruck fachlicher Hilflosigkeit.)

Auf dieser Grundlage müssen alle möglichen Ansatzpunkte der Veränderungen („Stellschrauben“) zur positiven Beeinflussung des Verhaltens gesucht, erprobt und im Hinblick auf ihren Erfolg bewertet werden. Erfahrungsgemäß muss hauptsächlich an der Veränderungen des Settings und des Umgangs mit der Person angesetzt werden.

21

Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung/geistiger Behinderung (3)

Die professionellen Unterstützer (Mitarbeitende der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Familienangehörige) benötigen hierzu umfassende Informationen (auch durch Fort- und Weiterbildung), Beratung, Anleitung und Supervision vor Ort. Auch das verlangt von den ggf. herangezogenen MZEB eine u. U. aufwändige und wiederholte aufsuchende Tätigkeit.

In vielen Fällen muss einem individuellen Mehrbedarf an Unterstützung Rechnung getragen werden.

Die vorhandenen Personalausstattungen reichen dafür zumeist nicht aus.

22

MZEB und Eingliederungshilfe

23

MZEB – Dringender Handlungsbedarf

Ausbau der MZEB-Versorgungslandschaft in Deutschland

- Quantitativ (ausreichende Anzahl, flächendeckende Versorgung)
- Qualitativ (Leistungsumfang, fachliche Differenzierung)

Beseitigung von Hindernissen in Gestalt von

- Versagung des Rechtes auf Behandlung und Verordnung
- Ungerechtfertigte Zugangsbarrieren (GdB, Merkzeichen, Diagnosen usw.)
- Ausschluss von Inanspruchnahmen durch Klienten der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe des Trägers
- Unzureichenden Pauschalen mit Begrenzungen der aufsuchenden Tätigkeit
- Langen Bearbeitungszeiten der Anträge auf Zulassung/Ermächtigung

24

MZEB als regelmäßige Unterstützer der Eingliederungshilfe?

Die MZEB sind Bestandteil der Gesundheitsversorgung (SGB V).

Die regelmäßige Unterstützung der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (SGB IX) gehört nicht zwangsläufig zu den Aufgaben der MZEB.

25

Multiprofessionelle Konsulententeams

Notwendig ist in Anlehnung an das niederländische Vorbild die Etablierung fester Multiprofessioneller Konsulententeams: (sozial)medizinische, psychologische, heilpädagogische, sozialarbeiterische und weitere Kompetenzen in regelmäßiger Kooperation.

Es ist wahrscheinlich, dass die Krankenkassen die vollumfängliche Übertragung solcher Funktionen an die MZEB kritisch sehen.

Auf jeden Fall müssen verbindliche Kooperationen zwischen MZEB und Konsulententeams gefördert werden.

26

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

seidelm2@t-online.de