

– Fachbeitrag D51-2017 –

24.11.2017

Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ¹

Teil II: Gesetzesgrundlage und Konzeption der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB)

Von Mirjam Schülle, M. Sc. Public Health, Humboldt-Universität zu Berlin

I. These: MZEB leisten einen Beitrag zum Abbau der Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Aus den Anforderungen des Artikel 25 UN-BRK (UN-Behindertenrechtskonvention) geht hervor, dass die behinderungsspezifischen Gesundheitsleistungen zu erschwinglichen Konditionen abzudecken sind und angeboten werden müssen, sonst liegt eine Diskriminierung aufgrund von Behinderung vor (Lachwitz 2013: 263). In den beiden Teilhabeberichten der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen hat der wissenschaftliche Beirat abschließend resümiert, dass es zur Umsetzung der UN-BRK im Gesundheitswesen noch zahlreicher Maßnahmen bedarf (BMAS 2013: 206; BMAS 2016: 338). Aus dem Stand der Forschung (Schülle 2016², Hassele 2015) ist bekannt, dass eine Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen besteht.

Während für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen das Versorgungssystem gut etabliert ist, fehlt eine vergleichbare Weiterversorgung besonders für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Erwachsenenbereich (Fricke/Staßburg 2013: 10; Reincke 2011). Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bricht in überwiegenden Teilen sowohl die ambulante als auch stationäre Versorgung der weiterhin behinderungsbedingt bestehenden spezifischen Bedürfnisse ab (Martin 2013: 14). Aus der Praxis wird seit über 20 Jahren berichtet, dass eine spezifische Versorgungsform speziell für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D51-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Schülle: Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung; Teil II: Gesetzesgrundlage und Konzeption der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB); Beitrag D51-2017 unter www.reha-recht.de; 24.11.2017.

² Vgl. Schülle: Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung; Teil 1 – Empirische Erkenntnisse; Beitrag D33-2016 unter www.reha-recht.de; 25.08.2016.

(SPZ) nicht gegeben ist und dringend benötigt wird (Schmidt-Ohlemann 2014; Seidel 2013b; BeB 2011; Fachverbände 2014).

Diese Forderung fand nach langjährigem Prozess politisches Gehör. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde daher im April 2015 mit der Ermächtigungsnorm § 119c Sozialgesetzbuch (SGB) V die gesetzliche Grundlage zur Einführung der Medizinischen (Behandlungs-)Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung (MZEB) geschaffen.

II. Medizinische Versorgungszentren nach § 119c SGB V

1. Historie der MZEB

Vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Sozialgesetzgebung (Ersetzen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) mit der sukzessiven Einführung der Bücher I bis XII des Sozialgesetzbuches) und der Abkehr von klassischen Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe wurde seit den 1990er-Jahren von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung diskutiert, wie die gesundheitlich-medizinische Versorgung von Menschen mit besonderem behinderungsspezifischem Versorgungsbedarf zu gewährleisten ist (Schmidt-Ohlemann 2014: 27 f.). Die Erfahrungen zeigten, dass besonders für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung³ die Versorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte oder ambulante Krankenhausleistungen nicht sicher gestellt war. Bereits 1998 wurde die Ergänzung des § 119 SGB V um einen § 119a „Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ (auch unter Sozialmedizinische Ambulanzen für Erwachsene (SMAE)) von den Verbänden gefordert (Bicanski 1998). Bewusst wurde damals eine Strukturanalogie zu den SPZ, die sich durch ihre interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsweise bewährt hatten, gesucht. Ein entsprechendes Rahmenkonzept für diese sogenannten Ambulanzen lag vor (BeB 2001: 77 ff.), dieses fand allerdings zunächst kaum politisches Gehör (Schmidt-Ohlemann 2014: 28 f.). Im Jahr 2004 fanden durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in das fünfte Sozialgesetzbuch (GKV) die Paragraphen 2a „den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“ und der geforderte 119a SGB V zur ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe Eingang. Diese sollten sicherstellen, dass die Belange behinderter Menschen in der gesundheitlich-medizinischen Versorgung berücksichtigt werden (ebd. 29).

Laut Schmidt-Ohlemann sind diese Paragraphen allerdings wirkungslos geblieben (Schmidt-Ohlemann 2014). Ein Grund dafür ist, dass keine interdisziplinäre Behandlung

³ Die Bezeichnung der Personengruppe ist hier aus der Literatur und den gängigen Diskursen – aufgrund der einheitlichen Bezeichnung – übernommen worden. Angemerkt sei, dass sich hinter dem Begriff eine nicht eindeutig definierte Personengruppe verbirgt. Zudem wird aus dieser Bezeichnung nicht deutlich, dass besonders die Wechselwirkung der Beeinträchtigungen in Verbindung mit der Umwelt bzw. dem Zugang zum Versorgungssystem grundlegend ist. Vgl. dazu auch Punkt 3b.

verankert wurde, sondern die Regelung nur begrenzend auf die ärztliche Arbeit innerhalb einer Einrichtung der Behindertenhilfe zugeschnitten ist. Zum einen gab es durch die Veränderungen der Eingliederungshilfe immer weniger ärztlich geleitete Abteilungen in den Einrichtungen, zum anderen erwies sich das Fehlen einer konkreten Regelung zur pauschalierten Finanzierung in § 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen) als Hürde. Vonseiten der Krankenkassen wurde ausschließlich eine Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM, der Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen) zugestanden, was für eine besonders aufwendige und interdisziplinäre Behandlung nicht ausreichend ist. Hinzu kam, dass vielerorts die Zulassungsausschüsse den Anträgen auf Ermächtigung nach § 119a SGB V nicht stattgegeben haben (Schmidt-Ohlemann 2014: 27 ff.).

Eine neue Dynamik erhielt die Debatte mit der Diskussion der besonderen Probleme der Transition⁴, was 2009 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hervorgehoben wurde (SVR 2009: 18). Auch haben die Bemühungen der SPZ, Patientinnen und Patienten – die keine Anschlussbehandlung finden konnten – nach dem 18. Lebensjahr weiter zu versorgen, den politischen Druck erhöht, eine strukturelle Lösung für eine bedarfsgerechte Versorgungsform für (junge) Erwachsene mit Behinderungen zu finden (Schmidt-Ohlemann 2014: 30).

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD aus dem Jahr 2013 („Deutschlands Zukunft gestalten“) wurde mit einem Satz vermerkt, dass „für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen [...] medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen“ werden sollen (CDU/CSU/SPD 2013: 56). Auf Antrag Bremens (Mehl 2014) hat die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder im Sommer 2014 einstimmig beschlossen: Die Bundesregierung möge ein Gesetzgebungsverfahren schaffen, welches zeitnah „die Möglichkeit zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer körperlicher oder schwerer Mehrfachbehinderung“ bietet (GMK 2014: Top 10.3). Vorgeschlagen wurde die Ergänzung eines § 119c im SGB V mit ähnlichem Wortlaut zu dem § 119 SGB V, der die Grundlage für die SPZ bildet. Im zeitnah folgenden Referentenentwurf vom 21. Oktober 2014 wurde dieser Gesetzesvorschlag aufgenommen und von der Bundesregierung mit dem Wortlaut in den Gesetzesentwurf des GKV-VSG (Bundesregierung 2014) übernommen, welcher Eingang in das Gesetz gefunden hat und seit dem 23.7.2015 in Kraft ist.⁵

⁴ Die geplante und gezielte Überführung von jungen Erwachsenen vom kindzentrierten zum erwachsenen-orientierten Versorgungssystem wird Transition (transitional care) genannt (Bode et al. 2014: 216).

⁵ Vgl. BGBl. Jg. 2015, Teil I, Nr. 30 vom 22.7.2015.

2. Begründung der Norm und Konzeption der Zentren laut Gesetzgeber

Zur Begründung der Ermächtigungsnorm § 119c SGB V führte die Bundesregierung aus, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung weiter verbessert werden muss. Die neuen Zentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gewährleisten, die das 18. Lebensjahr überschritten haben. Die Zentren müssen laut der Bundesregierung geeignet sein für die vorgesehene Personengruppe, „die benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand ‚aus einem Guss‘ zu erbringen“ (Bundesregierung 2014). Besonders ist dabei zu berücksichtigen, dass neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie auch eine der Zielgruppe angemessene Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien wie einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel und/oder Assistenz erfolgt. Weiter wird in dem Gesetzesentwurf konkretisiert, dass die Zentren unter ständiger ärztlicher Leitung zu stehen haben und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten (vergleichbar mit den SPZs). Wie aus dem Wortlaut des § 119c hervorgeht, ist die Versorgung auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere und Komplexität ihrer Behinderung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können. Die angebotenen Leistungen sollen sich darauf ausrichten, speziell an die Bedürfnisse der beanspruchenden Menschen angepasst zu sein; dazu können auch zahnmedizinische Leistungen zählen. Neben der spezifischen Diagnostik und Therapie soll eine wesentliche Aufgabe der Zentren darin bestehen, die Organisation und Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen sicher zu stellen und mit allen möglichen beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens (behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Einrichtungen bzw. Diensten der Eingliederungshilfe und weiteren Professionen (Heil- und Hilfsmittelerbringenden und Erbringenden von Kranken- / Behindertentransportleistungen) zusammenzuarbeiten. Die MZEB können ein Anschlussversorgungsangebot der SPZ sein und sollten, wenn dies der Fall ist, systematisch die Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zur erwachsenen-medizinischen Versorgungsstruktur mitgestalten (ebd. 145 f.).

In der Begründung sind die Vorstellungen der neuen Versorgungszentren klar konkretisiert und entsprechen weitestgehend den Inhalten des Konzeptes der Fachverbände für Menschen mit Behinderung und dem Vorbild der SPZs.

a) Vergütungsregelung nach § 120 SGB V

Die Vergütung der MZEB ist wie bei den SPZ gestaltet und dementsprechend (analog) in § 120 SGB V geregelt worden. Ambulante ärztliche Leistungen sollen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. Die Vergütungsverhandlungen sollen „von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land (z. B. der Landeskrankengesellschaft) vereinbart“ werden. Die vereinbarte Vergütung muss die Leistungsfähigkeit und wirtschaftliche Betriebsführung sicherstellen und kann – wie bei den SPZ üblich – pauschaliert werden (ebd.).

Zudem ist der § 120 SGB V um folgenden Satz in Abs. 3a ergänzt worden: „Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a [freie Arztwahl] erbracht werden, erfolgt mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der für den Bereich der fachärztlichen Versorgung zu bilden ist, es sei denn, die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 haben für diese Leistungen Vergütungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 oder § 87a Absatz 3 Satz 5 vereinbart. [...]

Dies bedeutet, dass für die MZEB ebenso wie für die ambulante Behandlung in ermächtigten Einrichtungen der Behindertenhilfe nach dem neuen § 119a (gesetzliche Grundlage der bisherigen Modellprojekte) geregelt wurde, dass die Leistungen aus der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung für vertragsärztliche Leistungen ausgenommen und mit einem festen Preis vergütet werden (Bundesregierung 2014: 146).

b) Vergütung nichtärztlicher Leistungen nach § 43b SGB V

Ein bedeutendes Merkmal der umfassenden Versorgung in den SPZ und den MZEB ist die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. Um diese zu gewährleisten, bedurfte es einer Leistungsnorm, die die nichtärztlichen sozialmedizinischen Leistungen abdeckt. Eine solche ist mit dem § 43b (der bisherige wurde zu § 43c) SGB V – der wiederum stark dem § 43a SGB V für die SPZ gleicht – geschaffen worden.⁶ In der Begründung der Norm wird wiederholend betont, dass die „benötigten Leistungen ‚aus einem Guss‘ und insbesondere interdisziplinär“ erbracht werden sollen, beispielsweise auch Leistungen, die durch Pflegefachkräfte oder Heil- und Hilfsmittelerbringende bereitgestellt werden, sind mit eingeschlossen (Bundesregierung 2014: 98). Die psychologischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen sind ergänzend erforderlich, um Krankheiten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Die Norm ist in Anlehnung an die bestehende Regelung, den § 43a SGB V, für die nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen gestaltet.

3. Bewertung des Gesetzes

Sowohl von der Kostenträgerseite (GKV-Spitzenverband⁷; Verband der Ersatzkassen⁸) als auch von der Ärzteschaft, vertreten durch die **Bundesärztekammer**⁹, wurden die Gesetzesänderung zu den MZEB begrüßt. Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** hingegen sprach sich zwar „natürlich für eine verbesserte Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen aus“, allerdings hält sie die Schaffung neuer medizinischer Zentren (nach KBV-Wortlaut: Institutsambulanzen)

⁶ Vgl. BGBl. a. a. O.

⁷ Dies geht aus der unveröffentlichten Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GKV-VSG hervor, die der Autorin vorliegt.

⁸ Vgl. vdek 2014: 48

⁹ Vgl. BÄK 2014: 10

nicht für den geeigneten Weg (KBV 2014: 36). Die Aufgaben, die von der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen erbracht werden können, sollten Teil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V werden und nicht durch „die zunehmende institutionelle Öffnung der Krankenhäuser“ gestärkt werden (ebd. 37 f.).

Die **Sozialverbände** begrüßten das Vorhaben und die Umsetzung außerordentlich; wie bspw. der Paritätische Gesamtverband (der Paritätische 2014: 16), der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge. (DV 2014: 8), die Bundesvereinigung Lebenshilfe (Lebenshilfe 2014: 6) sowie die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR 2014: 4).

Unterschiedliche Ergänzungsideen und Verbesserungsvorschläge wurden neben der grundsätzlichen Begrüßung des Gesetzesvorhabens und der Umsetzung von den Verbänden ebenso eingebracht.

a. Kritik an dem Begriff Medizinische Behandlungszentren

In dem Gesetzesentwurf und beschlossenen Gesetz ist die Formulierung der „Medizinischen Behandlungszentren“ gewählt worden, welche die notwendige Breite des fachlichen Angebots (z. B. Diagnostik, Assessments, sozialmedizinische Beratung, Behandlungsempfehlungen) nicht vollständig zum Ausdruck bringt. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation plädierte aufgrund dessen in ihrer Stellungnahme für den Begriff der „Medizinischen Zentren“ (DVfR 2014: 4).

b. Kritik an der Definition des Personenkreises

Kritisiert wurde die Definition des Personenkreises im Wortlaut des Gesetzesentwurfs – und verabschiedeten Gesetzes. Die ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist gemäß § 119 Satz 1 SGB V nur für „Versicherte mit geistiger Behinderung“ ausgelegt. Im verabschiedeten § 119c SGB V wurde der Personenkreis erweitert „für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen“ definiert. Unter Nummer zwei heißt es weiter, die „Versorgung [ist] auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen ihrer Art, Schwere und Komplexität der Behinderung¹⁰ [...]“ die Versorgungsform benötigen.

Die Formulierung erinnert stark an diejenige der SPZ, in der das Wort „Behinderung“ durch „Krankheit“ ersetzt ist. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge wies in seiner Stellungnahme kritisch darauf hin, dass Behinderung nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist. Er empfahl den Personenkreis als „Erwachsene mit Beeinträchtigungen“ zu benennen, um ebenso den „Definitions- und praktischen Feststellungsaufwand, z. B. Mehrfachbeeinträchtigungen von einfachen Beeinträchtigungen und seelischen von geistigen Beeinträchtigungen zu trennen“, zu verringern (DV 2014: 8). Dieser Empfehlung wurde im Gesetzgebungsverfahren allerdings nicht entsprochen.

¹⁰ Siehe dazu auch Fn 2.

Bei der Konzeption der SPZ wurde ausdrücklich auf eine genaue und abschließende Festlegung des Personenkreises verzichtet. Der Sinn besteht darin, dass die oder der behandelnde niedergelassene Ärztin oder Arzt entscheiden können soll, wie weit ihre oder seine Kompetenzen für die Behandlung dieser Person reichen und wann eine ergänzende Behandlung durch ein SPZ (bzw. MZEB) erforderlich ist. Nicht auf die individuellen Merkmale einer Person (festgemacht an Diagnosen) kommt es bei der Festlegung der Personengruppe an, sondern vielmehr auf die Wechselwirkung mit dem Versorgungssystem. Dieses Verständnis ist an die Beschreibung der Personengruppe laut Art. 1 UN-BRK und an den Behinderungsbegriff der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angelehnt (so auch Schmidt-Ohlemann 2014).

Bei der Umsetzung sollte nun insbesondere bei der Konkretisierung durch die gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt werden, dass MZEB für all diejenigen Menschen zugänglich sind, die bisher strukturell aufgrund ihrer Behinderung in der gesundheitlich-medizinischen Versorgung benachteiligt sind. Nur einen Teil der „Versorgungslücke“ zu schließen ergäbe wenig Sinn, wenn diejenigen, die durch den definierten Personenkreis ausgeschlossen sind, weiterhin über die „Lücke“ stolpern.

c. Kritik an der versäumten Verknüpfung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit den MZEB

Mit der leistungsrechtlichen Flankierung durch § 43b SGB V für nichtärztliche Leistungen wurde die interdisziplinäre und multiprofessionelle (ggf. transdisziplinäre) Arbeitsweise in den MZEB sichergestellt. Die Verankerung des § 43b SGB V im Gesetzesentwurf der Bundesregierung wurde von den Interessenverbänden außerordentlich begrüßt, besonders da dieser im vorangegangenen Referentenentwurf nicht enthalten war.

Einer erweiterten Verknüpfung zur **medizinischen Rehabilitation**¹¹ wurde mit dem § 43b SGB V allerdings nicht Rechnung getragen. Die Leistungen, die speziell wegen der Behinderung benötigt werden, sind neben der akuten Krankenbehandlung (z. B. Heilmittel) überwiegend jedoch solche, die der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) zugeordnet werden (Welti 2012: 183; Schmidt-Ohlemann 2013: 59). In geeigneten Fällen wäre es daher wünschenswert gewesen, den MZEB zu ermöglichen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, besonders für Menschen, die aufgrund der Schwere und Art der Behinderung nicht an üblichen Rehabilitationsmaßnahmen oder -einrichtungen teilhaben können.

Ebenso sind die Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation im Konzept der MZEB bzw. deren normativer Umsetzung nicht mitgedacht worden. Dies hätte eine erweiterte gesetz-

¹¹ Medizinische Rehabilitationsleistungen können stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen und werden entweder als Anschlussrehabilitationen, Maßnahmen, die sich direkt auf ein zuvor stattgefundenes akut-medizinisches Ereignis beziehen oder als Allgemeine Heilverfahren bei chronischen Erkrankungen durchgeführt (Koch et al. 2006:1003 ff.).

liche Grundlage erfordert, die es den Zentren zusätzlich ermöglicht, nicht-stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen. Beispielsweise hätte dies über einen erweiterten Abschnitt im § 119c erfolgen können, wie Schmidt-Ohlemann (2014) als Idee einbrachte.¹²

III. Konzeption sowie Vor- und Nachteile der MZEB

MZEB sind bewusst analog zu den SPZ konzipiert worden und orientierten sich darüber hinaus an dem Konzept der *teilhabeorientierten Medizin*. Die Merkmale eines MZEB sind (wie bei den SPZ) die transdisziplinäre Teamorientierung, die spezifischen Qualifikationen der Leistungserbringenden und die Kooperation mit allen Beteiligten (Fachverbände 2011: 7).

1. Strukturdaten und Versorgungsauftrag

Die Zentren sollen für Erwachsene mit Behinderung eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sichern, sofern und solange die Schwere oder Komplexität der Behinderung dies erfordert und durch das reguläre Versorgungssystem nicht sichergestellt wird. Die Inanspruchnahme dieser Versorgungsstruktur erfolgt durch eine haus- oder fachärztliche Überweisung (durch einen Vertragsarzt oder ein SPZ), wenn die vorgelagerten Versorgungsstufen den fachlichen Erfordernissen nicht gerecht werden konnten. Die MZEB sind somit als **dritte, spezialisierte Versorgungsstufe** einzuordnen, wie im Modell der gestuften gesundheitlichen Versorgung veranschaulicht dargestellt ist (Fachverbände 2011: 4).

2. Arbeitsweise und Organisation

Das Modell der SPZ für die spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in seiner Struktur und Arbeitsweise bewährt. Daher ist die Konzeption der MZEB am Konzept der SPZ (Altöttinger Papier¹³) ausgerichtet. Die medizinischen und therapeutischen Aufgaben der MZEB sind vielfältig und sollen mittels inter- und transdisziplinärer Teamarbeit sichergestellt werden (Hollmann/ Schmid/ Kretschmar 2009).

Fachliche Akzentuierungen (auch in Kombinationen) können, abhängig von den regionalen Bedarfslagen und bereits bestehenden Versorgungsstrukturen, durch die MZEB gebildet werden. Beispielsweise kommen für diese fachliche Akzentuierung folgende Ausrichtungen in Frage: neuromuskuläre oder neuropsychologische Störungen, neuro-

¹² Die Idee Schmidt-Ohlemanns für einen Wortlaut war wie folgt: »MZEB können mit einem Versorgungsvertrag nach § 21 des Neunten Buches in Verbindung mit § 111c SGB V auch nicht-stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX ausführen.« (Schmidt-Ohlemann 2014: 38).

¹³ Vgl. Hollmann; Schmid; Kretschmar 2009.

logische Krankheitsbilder einschließlich Epilepsie, geistige und/oder psychische Erkrankungen, schwerste Mehrfachbehinderungen, Sinnesbehinderungen, erworbene Schädigungen des Zentralnervensystems (Fachverbände 2014: 7; 2011: 6; Schmidt-Ohlemann 2014: 33; Seidel 2013b: 92).

Eine besondere fachliche Herausforderung für die medizinische Versorgung stellen die Wechselwirkungen von Krankheitszeichen akuter und chronischer Erkrankungen dar. Um dem fachlich gewachsen zu sein, werden die inter- und transdisziplinäre Teamorientierung, die spezifische Felderfahrung und v. a. die Vernetzung und Kooperation mit allen Beteiligten als Arbeitsweise betont (Fachverbände 2014). MZEB sind als **Kompetenzzentren** konzipiert, welche insbesondere der Erhaltung bzw. der Verbesserung vorhandener Funktionen und Fähigkeiten, gemessen an der Teilhabeorientierung, dienen. Individuelle Kompetenzen sollen gefördert werden und größtmögliche Selbständigkeit erreicht und bewahrt werden. Durch die Zentren soll Wissen der zielgruppenspezifischen Handlungs- und Kommunikationskompetenzen gebündelt und dem medizinischen Regelversorgungssystem zur Verfügung gestellt werden. MZEB können somit die Rolle als Kompetenzzentrum für Aus-, Fort- und Weiterbildung zur gesundheitlich-medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen zukommen. Die strukturelle Vernetzung mit Einrichtungen der Sozial-, Jugend- oder Eingliederungshilfe ist ebenso von großer Bedeutung wie mit Behinderteneinrichtungen, Selbsthilfeverbänden und Einrichtungen der berufsbezogenen Rehabilitation (Fachverbände 2014: 4).

Die MZEB sollen lokal mit **anderen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen kooperieren** – insbesondere mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie Zahnärztinnen und -ärzten, Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren, Heil- und Hilfsmittelerbringenden sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe und spezialisierten Beratungsdiensten. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf die Mitbehandlung, Beratung, Konsilien (patientenbezogene Beratung zwischen den Ärztinnen und Fachärzten) und Fortbildungen. Insbesondere sollen auch die Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in die Kooperation der MZEB eingeschlossen werden (Fachverbände 2014: 8 ff.; Schmidt-Ohlemann 2014: 35).

3. Probleme und Herausforderungen

Die konzeptionelle Stärke der interdisziplinären Arbeitsweise bedingt die finanzielle Schwäche durch die **Abhängigkeit von mehreren Kostenträgern und diesbezügliche Abgrenzungsprobleme in der Zuständigkeit**. Bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten wurde im Kontext der SPZ auf diese Problematik hingewiesen (Schlack 1995: 228). Sie wurde durch eine jüngere Datenerhebung erneut bestätigt (Engel et al. 2008: 105 f.). Nach wie vor führen die ungeklärten Zuständigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern zu langwierigen und komplizierten Verhandlungen mit den Kostenträgern (Engel et al. 2008: 105 f.; Bode et al. 2014: 623).

Ebenso verhält es sich mit der hohen Nachfrage nach Leistungen der SPZ,¹⁴ der weiterhin nicht ausreichend gedacht werden kann, was **lange Wartezeiten** (von mehreren Monaten) zur Folge hat (Schlack 1995: 227; Engel et al. 2008: 102 f.; Bode et al. 2014: 621). Unzureichende personelle und sachliche Ausstattungen führen zu einer Tendenz der generellen Unterversorgung, was besonders für den ländlichen Raum betont wird (Engel et al. 2008: 102 f.; Bode et al. 2014: 621). Grundsätzlich ist der Zugang zu dieser spezialisierten Versorgung – gewollt – als **hochschwelliges Angebot** gestaltet, bedingt durch den benötigten Überweisungsschein eines niedergelassenen Arztes, einer nicht flächendeckend gesicherten Versorgung und oftmals durch die Abhängigkeit von der Kostenzusage des örtlichen Sozialhilfeträgers (Schlack 1995: 228).

IV. Fazit: MZEB und Inklusion – Ein Widerspruch?

MZEB sind als eine spezialisierte dritte Versorgungsform für Menschen mit Behinderungen konzipiert. Vor dem Hintergrund der Inklusionsdebatten stellt sich teilweise auch im Gesundheitswesen die Frage, ob eine derart spezialisierte Versorgungsform für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung angemessen und im Sinne der gleichberechtigten Teilhabe und der Zugänglichkeit von sozialräumlicher Infrastruktur ist. Häufig wird argumentiert, die Spezialeinrichtungen wie MZEB stünden der grundsätzlichen Berücksichtigung der Voraussetzungen und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen in den Regelsystemen der Gesundheitsversorgung entgegen (Seidel 2013a: A1548).

Aus fachlich-medizinischer Sicht, welche auch von den Behindertenvertretungen geteilt wird, ist jedoch ein doppelseitiges Vorgehen zielführend (Fachverbände 2015: 1 f). Die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen ist vorwiegend in den ambulanten und stationären Regelversorgungssystemen zu stärken und weiterzuentwickeln. Ergänzend dazu benötigen Menschen mit Behinderungen, besonders diejenigen mit schweren körperlichen und geistigen bzw. Mehrfachbehinderungen, spezielle diagnostische und therapeutische Kompetenz, verbunden mit einem multi- und interprofessionellen Behandlungsansatz. Im gestuften ambulanten Versorgungssystem bilden die MZEB nach der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Versorgung eine dritte Versorgungsstufe – nach der Haus- und Facharztversorgung – und zwar die der spezialisierten Versorgung (ebd.).

Diese Doppelseitigkeit der medizinischen Versorgung als ein Beitrag zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen spiegelt sich auch in der UN-BRK in Art. 25 Gesundheit wider. Soweit Menschen mit Behinderungen nach Art. 25 Satz 3 Buchstabe b Leistungen erhalten, die ausschließlich von behinderten Menschen in Anspruch genommen werden, ist dies nicht als unzulässige Diskriminierung im Sinne der Konvention (Art. 5 Abs. 4) zu verstehen. Grund dafür ist, dass dieser besondere Leistungsbezug im Regelfall dazu

¹⁴ Eine Auflistung der über 150 bundesweiten SPZs ist unter: <http://www.dgspj.de/category/sozialpaediatrische-zentren/> einsehbar.

beiträgt, dass der Mensch mit Behinderung als gleichberechtigte Person am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann (vgl. auch Lachwitz 2013: 264).

Literatur

Bicanski, Gertrud (Hg.) (1998): Positionspapier "Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung". 1. Aufl. Stuttgart: BEB.

Bode, Harald; Staßburg, Hans-Michael; Hollmann, Helmut (Hg.) (2014): Sozialpädiatrie in der Praxis. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) (Hg.) (2011): Das Recht auf gesundheitliche Versorgung – ein Menschenrecht auch für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung! Positionspapier des BeB zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Sozialraum im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB). Berlin. URL: http://www.beb-ev.de/files/pdf/stellungnahmen/2011-07_positionspapier_recht_auf_gesundheitliche_versorgung.pdf, zuletzt geprüft am 01.02.2015.

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (BeB) (Hg.) (2001): Gesundheit und Behinderung. "Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen". 1. Aufl. Reutlingen: Diakonie-Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Stand: August 2013. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Stand Dezember 2016. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesrat, Deutscher (2015): Stellungnahme des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Drucksache 641/14 (Beschluss).

Bundesregierung (2014): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstaerkungsgesetz/141217_Entwurf_VSG.pdf, zuletzt geprüft am 26.01.2015.

Bundesärztekammer (BÄK) (2014): Stellungnahme der Bundesärztekammer. zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). 07.11.2014. Berlin. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stn_BAEK_RefE_Versorgungsstaerkungsgesetzes_07112014.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2015.

CDU; CSU; SPD (2013): Deutschlands Zukunft Gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. URL: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, zuletzt geprüft am 26.01.2015.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) (2014): Stellungnahme der DVfR zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 21.10.2014. Hg. v. DVfR. URL: http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Stellungnahme_DVfR_zum_GKV-VSG.pdf, zuletzt geprüft am 21.11.2017.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (DV) (2014): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG). Stellungnahme vom 10. Dezember 2014. Berlin. URL: <https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen-stellungnahmen-2014-stellungnahme-des-deutschen-vereins-zum-referentenentwurf-eines-gesetzes-zur-staerkung-der-versorgung-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv-versorgungsstaerkungsgesetz-gkv-vsg--1226.367.1000.html>, zuletzt geprüft am 21.11.2017.

Engel, Heike; Engels, Dietrich; Pfeuffer, Frank (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Hg. v. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Köln. URL: http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fruehfoerderung_ISG_Endbericht_2008_Rei.pdf;jsessionid=143CF3210787C033E4F1554BC9C89C0B.2_cid345?_blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 10.2.15.

Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Fachverbände) (2014): Rahmenkonzept. Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB). Vorläufige Fassung vom 6/7.11.2014. URL: <http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2014-11-06-TOP-7-2-MZEB-Rahmenkonzeption-aktualisiert.pdf>, zuletzt geprüft am 01.02.2015.

Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Fachverbände) (2011): Gemeindefähige Gesundheitsversorgung - Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. - Der Selbsthilfeverband für Menschen mit geistiger Behinderung. URL: http://www.lebenshilfe.de/de/themenrecht/artikel/Gemeindefaehige_Gesundheitsversorgung.php, zuletzt geprüft am 04.02.2015.

Fricke, Christian; Staßburg, Hans-Michael (2013): Das Konzept der Transition von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung aus sozialpädiatrischer Sicht. In: Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10 (1), S. 10–13.

Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2014): Beschlüsse der 87. GMK (2014). TOP: 10.3 Sozialmedizinische Ambulanzen für Erwachsene mit schweren Mehrfachbehinderungen. URL: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=190&jahr=2014>, zuletzt geprüft am 26.01.2015.

GKV-Spitzenverband (2014): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes - GKV-VSG) vom 21. Oktober 2014. – unveröffentlicht –. Hg. v. GKV-Spitzenverband.

Hasseler, Martina (2015): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. In: Die Rehabilitation 54 (06), S. 369–374.

Hollmann, Helmut; Schmid, Roland G.; Kretschmar, Christoph (2009): Qualität in der Sozialpädiatrie. Das Altöttinger Papier. Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. URL: <https://www.kliniken-nordoberpfalz.de/wp-content/uploads/2016/07/qualitaetssicherung-altoettinger-papier-2009.pdf>, zuletzt geprüft am 21.11.2017.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014): Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Referentenentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). vom 07.11.2014. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_07_GKV_VSG_Stellungnahme_KBV.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2015.

Koch, Uwe; Morfeld, Matthias, Bergelt, Corinna; Mehnert, Anja (2006): Versorgung mit Rehabilitationsleistungen. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Oliver Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollst. überarb. Aufl. Weinheim [u. a.]: Juventa-Verlag, S. 1003–1022.

Lachwitz, Klaus (2013): Art. 25 Gesundheit. In: Marcus Kreutz, Klaus Lachwitz und Peter Trenk-Hinterberger (Hg.): Die UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis. Erläuterungen der Regelung und Anwendungsgebiete. Köln: Luchterhand, S. 254–268.

Martin, Peter (2013): Transition von Patienten mit Entwicklungsstörungen - aus der Perspektive der Erwachsenenmedizin. In: Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10 (1), S. 14–16.

Mehl, Burkhard (2014): Bremen "Ergänzungsversorgung auf hohem Niveau". Bremen plant ein Zentrum, in dem Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung betreut

werden. In: Ärztezeitung, 27.10.2014. URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/871955/bremen-ergaenzungsversorgung-hohem-niveau.html?sh=1&h=-1854781685, zuletzt geprüft am 27.01.2015.

Reincke, Martin; Zepp, Fred (Hg.) (2011): Medizinische Versorgung in der Transition. Spezielle Anforderungen beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter; mit 28 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (Report Versorgungsforschung, 5).

Schmidt-Ohlemann, Matthias (2014): Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung - ein neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. In: RECHT & PRAXIS der Rehabilitation (2), S. 26–39.

Schmidt-Ohlemann, Matthias (2013): Spezielle Bedarfslagen der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung aus der Sicht der medizinischen Rehabilitation (einschl. Mobile Rehabilitation) und eines rehabilitationsmedizinischen Dienstes. In: Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10 (1), S. 59–67.

Schlack, Hans G. (1995): Sozialpädiatrische Zentren - Modell eines interdisziplinären Behandlungsangebots für Kinder und Jugendliche. In: Wolfgang Settertobulte, Christian Palentien und Klaus Hurrelmann (Hg.): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch. Heidelberg: Asanger, S. 221–230.

Seidel, Michael (2013a): „Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (33–34), S. A1549–A1550.

Seidel, Michael (2013b): Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. In: Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10 (1), S. 89–94.

Verband der Ersatzkassen (vdek) (2014): Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 21. Oktober 2014 anlässlich der Fachanhörung des Bundesgesundheitsministeriums am 11. November 2014. Stand 7. November 2014. Hg. v. vdek. Berlin.

Welti, Felix (2012): Artikel 25 und 26 – Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation. In: Antje Welke (Hg.): UN-Behindertenrechtskonvention. Mit rechtlichen Erläuterungen. Berlin: Eigenverl. des Dt. Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge (Kommentare/Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, 2), S. 176–190.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
