

Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) – Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung. Ein Diskussionsbeitrag

Michael Seidel, Matthias Schmidt-Ohlemann, Maria del Pilar Andrino

1. Einleitung

Die Bundesregierung aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP beabsichtigt laut ihrem Koalitionsvertrag für die Jahre 2021 bis 2025 auf gesundheitspolitischem Gebiet unter anderem, die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern; sie kündigte einen Aktionsplan für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen bis Ende 2022 an. Hinsichtlich der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) enthält der Koalitionsvertrag eine konkrete Handlungsabsicht: „Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus.“¹

Offenkundig reagieren die Koalitionspartner mit dieser Absichtserklärung auf die Problemanzeigen während der letzten Jahre, die sich insbesondere auf folgende Aspekte beziehen:

- Die Entwicklung der MZEB in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf deren einigermaßen gleichmäßige regionale Verteilung, schreitet seit 2015 nur langsam voran. Es gibt sogar Bundesländer, in denen es noch kein einziges MZEB gibt. Eine Bedarfsdeckung ist bei weitem nicht erreicht.
- Die Antragsverfahren auf Zulassung von MZEB und die Leistungs- und Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen verliefen und verlaufen, wenngleich regional unterschiedlich, oft zäh und aufwändig. Dies wirkt als Barriere für Träger.
- Durch die Zulassungsausschüsse und/oder durch Krankenkassen in den Leistungs- und Vergütungsverhandlungen wird die Arbeit in den MZEB oft – auch hier regional unterschiedlich – erheblich beschränkt und eingegrenzt, so dass der gesetzliche Auftrag nicht hinreichend erfüllt werden kann.

¹ Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 85.
(<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>; letzter Zugriff 24.01.2022)

- Die als Pauschalen gemäß § 120 SGB V vereinbarten Vergütungen decken oft nicht den tatsächlichen Aufwand; sie begrenzen die Leistungsfähigkeit des betreffenden MZEB.

Die skizzierten Probleme beim Ausbau der MZEB waren der Hintergrund deutlicher Forderungen des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019)², der 93. Gesundheitsministerkonferenz (2020)³ und erst jüngst des 125. Deutschen Ärztetages (2021)⁴ – um nur einige der wichtigsten Positionsbestimmungen zu nennen. Sie alle zielen darauf ab, den Ausbau der MZEB voranzubringen und die vielfältigen Barrieren der Teilhaberechte hinsichtlich der Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

Der vorliegende Diskussionsbeitrag legt nach einer Analyse wesentlicher Problemlagen einige Hinweise und Vorschläge vor, die bei dem beabsichtigten Ausbau und der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der MZEB beachtet werden sollten. Es stützt sich auf die verfügbaren Materialien, zahlreiche einzelne Erfahrungsberichte aus der Praxis und auf langjährige Erfahrungen der Autoren⁵.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen für die *Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)* wurden mit dem *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG)* im Jahre 2015 in Analogie zu den *Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)* geschaffen.

Die MZEB sind wie die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) für Kinder und Jugendliche ein Element der spezialisierten ambulanten Gesundheitsversorgung; sie sollen das

² Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019): Teilhabeempfehlungen. (https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/LS/Teilhabeempfehlungen-Leichte-Sprache.pdf?__blob=publicationFile&v=2; letzter Zugriff 24.1.2022)

³ Gesundheitsministerkonferenz (2020). Videokonferenz am 30. September 2020. TOP 10.1. Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie des Versorgungsauftrages von MZEB. (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1046&jahr=2020>; letzter Zugriff 24.1.2022)

⁴ 125. Deutscher Ärztetag Berlin 1.-2.11.2021. Beschluss I-52 Umsetzungsprobleme bei der Etablierung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen lösen. Beschlussprotokoll S. 20-21. (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/125.DAET/Beschlussprotokoll_125DAET2021_Stand_24112021.pdf; letzter Zugriff 24.1.2022)

⁵ Die Autoren Seidel und Schmidt-Ohlemann sind seit Mitte der 1990er Jahren intensiv mit der Entwicklung des Konzepts der MZEB befasst. Sie haben sich auf verschiedenen Ebenen und unter Vernetzung verschiedener Initiativen dafür eingesetzt, dass 2015 der § 119 SGB V eingeführt wurde.

Regelversorgungssystem ergänzen und die erheblichen gesundheitsbezogenen Versorgungslücken für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung schließen helfen.

Der im Jahre 2015 in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches eingefügte § 119c SGB V als gesetzliche Grundlage der MZEB lautet:

„(1) Medizinische 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. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) Die 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. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“

Dem Gesetzestext und dem Text der Gesetzesbegründung⁶ zufolge besteht der Auftrag der MZEB in einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Die Zielgruppe der MZEB sind *„diejenigen Erwachsenen (...), die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind.“* (§ 119c Abs. 2 SGB V). Weitere Einschränkungen sieht der Gesetzestext nicht vor. Solche sind auch der Gesetzesbegründung nicht zu entnehmen. Diese konkretisiert einige Aufgabenstellungen.

Mit § 43b SGB V wurde zudem ein flankierender Leistungsanspruch auf nichtärztliche Leistungen formuliert: *„Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf*

⁶ Deutscher Bundestag. Drucksache 18/4095. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Dort insbesondere S. 114 f.
(<https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf>; letzter Zugriff 24.01.2022)

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.“

Die Finanzierung der MZEB erfolgt gemäß § 120 SGB V in gleicher Weise wie bei den SPZ direkt durch die Krankenkassen. Sie kann pauschaliert werden.⁷

3. Zur Entwicklung der MZEB

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) wurden seit 1968 in Deutschland in unterschiedlicher struktureller und institutioneller Einbindung schrittweise entwickelt, durch das Gesundheitsreformgesetz⁸ 1989 im § 119 SGB V und ergänzend ab 2003 in § 4 Frühförderungsverordnung⁹ auf der Grundlage von § 30 SGB IX gesetzlich verankert. Interdisziplinär ausgestattete Strukturen der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen gab es seit ca. 1960 im Rahmen von Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diese wurden unter anderem auf Grund verschiedener gesetzlicher Änderungen zunehmend abgebaut.¹⁰ Damit wurde schrittweise die unzulängliche gesundheitsbezogene Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Regelversorgungssystem deutlich.

Mitte der 1990er Jahre begannen die Fachverbände der Behindertenhilfe¹¹, sich kritisch mit der unzulänglichen medizinischen Versorgung Erwachsener mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu beschäftigen. Sie konstatierten erhebliche Defizite unterschiedlicher Art mit Ursachen auf verschiedenen Ebenen. Auf Grundlage dieser konsentierten

⁷ Begründungen der § 43 und 120 SGB V siehe Fußnote 6.

⁸ Deutscher Bundestag. Drucksache 18/4095. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Dort insbesondere S. 114 f.

(<https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf>; letzter Zugriff 24.01.2022)

⁹ https://www.gesetze-im-internet.de/fr_hv/BJNR099800003.html

¹⁰ Schmidt-Ohlemann, M. (2014). Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung – ein neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. *Recht und Praxis der Rehabilitation*, 2, 26–39.

¹¹ Die beteiligten *Fachverbände der Behindertenhilfe* waren damals zunächst der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., der Verband Katholischer Einrichtungen für lern- und geistig behinderte Menschen e. V. und der Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e. V. Später schloss sich der Bundesverband für körper- und mehrfach behinderte Menschen an. Heute tragen diese Fachverbände teilweise neue Bezeichnungen und nennen sich *Fachverbände für Menschen mit Behinderung* (vgl. Website: Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (<https://diefachverbaende.de/>); letzter Zugriff 24.1.2022)

Problembeschreibung entwickelten sie schrittweise Zielvorstellungen und Handlungsoptionen zur Überwindung der mangelhaften Versorgungssituation, die in einer konzeptionellen Doppelstrategie für den ambulanten und den stationären Bereich ihren Niederschlag fanden:

- Qualifizierung des medizinischen Regelversorgungssystem für die gesundheitlichen Belange von Menschen mit Behinderung einerseits und
- Ergänzung der Angebote der Regelversorgung durch spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderung andererseits.

Auf dieser Basis wurde Ende der 1990er Jahre ein Konzept *für Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* (später als Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bezeichnet) entwickelt¹² und anschließend kontinuierlich sowohl in die Gesundheitspolitik als auch in die Diskussionen der Ärzteschaft eingebracht. Insbesondere dank der Unterstützung von Prof. J.-D. Hoppe, dem seinerzeitigen Bundesärztekammerpräsidenten, als auch von MdB Rudolf Henke, damals u. a. Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, konnten die unzulängliche gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sowie die diesbezüglichen Entwicklungserfordernisse und Vorschläge der Fachverbände ausführlich auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz dargestellt¹³ und erörtert werden. Im Ergebnis der Diskussionen kam es zu einer Reihe unterstützender Beschlüsse¹⁴.

Nachdem im Jahre 2013 der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD die Schaffung der gesetzlichen Regelung für die MZEB angekündigt hatte, begannen die Fachverbände in enger Zusammenarbeit mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren (BAG SPZ)*, mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Ärztinnen und Ärzte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung* und mit anderen Gremien, eine *Rahmenkonzeption für die MZEB* zu erarbeiten. Deren vorläufige Fassung vom 6./7.11.2014 wurde frühzeitig in

¹² Fachverbände der Behindertenhilfe (1999): Rahmenkonzeption Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg.) (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. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Stuttgart, Reutlingen, Diakonie-Verlag, S. 77–84 (auch unter www.diefachverbaende.de; letzter Zugriff 24.01.2022).

¹³ Seidel, M. (2009) Bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Vortrag beim 112. Deutschen Ärztetag in Mainz. (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DAET2009SeidelFolien.pdf; letzter Zugriff 24.01.2022)

¹⁴ Deutscher Ärztetag (2009): Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV. Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Dt. Ärzteblatt 106: B 960-B962.

den seinerzeitigen Gesetzgebungsprozess eingebracht. Nach Verabschiedung des GKV-VSG im Juni/Juli 2015 wurde die Rahmenkonzeption in Zusammenarbeit mit der BAG SPZ und der *Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* (DGMGB) (Nachfolgerin der BAG Ärztinnen und Ärzte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung) präzisiert, mit den mittlerweile vorliegenden gesetzlichen Regelungen harmonisiert und auf der Website der Fachverbände am 15.10.2015 veröffentlicht¹⁵.

Im Dezember 2015 wurde in Kassel die *Bundesarbeitsgemeinschaft der MZEB (BAG MZEB)*¹⁶ gegründet. Sie hat sich die Aufgabe gegeben, als bundesweite Plattform die Entwicklung der MZEB zu fördern, dafür den Austausch zu strategischen, konzeptionellen, fachlichen und anderen Fragen unter den MZEB zu organisieren und sich in die gesundheitspolitische Diskussion einzubringen.¹⁷

Mit Einführung des § 119c SGB V im Jahre 2015 kam es in mehreren Bundesländern zu einer Reihe von Anträgen auf Ermächtigung bei den Zulassungsausschüssen. Bezugsrahmen der jeweiligen individuellen Einrichtungskonzepte war die erwähnte Rahmenkonzeption der Fachverbände. Die Verhandlungen bei den Zulassungsausschüssen waren anfangs meist mühsam und langwierig. Die Zulassungsausschüsse legten sehr heterogene Maßstäbe an die Zulassung an und setzten enge und eingrenzende Vorgaben fest (Zugangsvoraussetzungen, Fallzahlen, Einzugsgebiete etc.). Nicht wenige Anträge wurden mit ganz unterschiedlichen Argumenten (z. B. Fehlen einer zentralen Stadtlage, noch fehlende Personaleinstellung bzw. noch nicht erfolgte Vertragsabschlüsse mit Personal) abgelehnt.

Nach erteilter Ermächtigung waren Verhandlungen zu Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zu führen. Zahlreiche Landesverbände der Krankenkassen setzten enge Zugangskriterien und weitere Vorgaben durch, insbesondere den Personenkreis und den Behandlungsumfang betreffend, aber auch zu zahlreichen anderen Details, die dem gesetzlichen Auftrag nicht entsprechen und so die Arbeit der MZEB

¹⁵ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen (2015). Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Fassung vom 12.10.2015.

(https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf; letzter Zugriff 24.01.2022)

¹⁶ Website der BAG MZEB: <https://bagmzeb.de>; letzter Zugriff 24.01.2022).

Volker Hövelmann wurde auf der Gründungsversammlung am 15.12.2015 in Kassel zum 1. Vorsitzenden gewählt, später folgte ihm Matthias Schmidt-Ohlemann in dieser Funktion.

¹⁷ Weitere Details über die Vorgeschichte der MZEB im Rahmen einer breiteren gesundheitspolitischen Positionsbestimmung der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen finden sich andernorts, beispielsweise bei Seidel, M. (2013): Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. *Med Men Geist Mehrf Beh* 2013; 10: 89–94.

beschränken. Die zugestandenen Vergütungen führten häufig zu Abstrichen bei den gesetzlich vorgesehenen Leistungen und werden von den Trägern bis heute überwiegend als nicht aufwandsgerecht angesehen.

Dennoch konnten in den ersten drei Jahren ca. 30 MZEB gegründet werden und ihre Arbeit aufnehmen. Jedoch gaben einige Antragsteller auf Ermächtigung schon vor deren Erteilung angesichts der langwierigen Zulassungsverhandlungen die Absicht, ein MZEB zu gründen, auf. Andere sahen nach erteilter Ermächtigung wegen als schwierig erlebter Vergütungsverhandlungen (unzulängliche Vergütungsangebote, restriktive Auflagen hinsichtlich der Aufgaben, Forderungen nach vorauslaufender Personaleinstellung usw.) davon ab, ein MZEB in Betrieb zu nehmen. Angesichts der Schwierigkeiten der Antragsverfahren, die oft einen kostenintensiven Rechtsbeistand für die Antragsteller nötig machen, verzichteten mittlerweile potenzielle Antragsteller oft von vornherein darauf, einen Antrag zu stellen.

Versuche, einheitliche Zulassungskriterien und konzeptionelle Elemente auf Bundesebene zu vereinbaren, scheiterten, da sich weder Krankenkassen untereinander auf ein einheitliches Vorgehen einigen konnten noch darüber auch eine Einigung mit der BAG MZEB gelang. Handlungsleitend war für einen Teil der Vertreter der regional zuständigen Verhandlungsführer das Gemeinsame Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände¹⁸, das nach Auffassung der BAG MZEB und der Autoren des vorliegenden Diskussionsbeitrags den gesetzlichen Vorgaben nicht entspricht.

Seit dem Jahr 2017 kam es zu Gesprächen über die Probleme der MZEB im Bundesministerium für Gesundheit sowohl mit Vertretern der BAG MZEB als auch mit Vertretern der Krankenkassen. Im Hinblick auf die kritisierten Barrieren blieben sie ohne greifbare Ergebnisse. Auf Grund der fortbestehenden Schwierigkeiten nahm die Zahl der MZEB nur langsam zu. Derzeit – Stand Februar 2022 – werden auf der Website der BAG MZEB 73 MZEB aufgeführt, die nicht danach unterschieden werden, ob sie schon arbeiten oder noch in Gründung sind. Die Zahl tatsächlich arbeitender MZEB dürfte derzeit zwischen 45 und 55 Behandlungszentren liegen.¹⁹

Die erwähnten Probleme bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und die daraus folgenden Beschwerden von Trägern oder potenziellen Trägern der MZEB bei verschiedenen Instanzen führten dazu, dass seither der Bundestag, das Bundesministerium für Gesundheit, die Landesgesundheitsministerien, die Ärztekammern, die Ärztetage, der Beauftragte der

¹⁸ Das Eckpunktepapier wurde ursprünglich auf informellem Wege bekannt.

¹⁹ Es handelt sich hier um eine Schätzung der Autoren, die mit erheblicher Unsicherheit behaftet ist. Verlässliche Daten dazu sind derzeit nicht erhältlich.

Bundesregierung sowie die Beauftragten der Landesregierungen für die Belange der Menschen mit Behinderung sich immer wieder mit den vielgestaltigen Problemen für die MZEB befasst haben.

Gleichwohl ist noch immer keine substanzielle Besserung der Situation eingetreten. Das steht im grundlegenden Widerspruch zur deutschen Gesetzgebung (Art. 3 Grundgesetz, Behindertengleichstellungsgesetz, § 2a SGB V, § 119c und 43 b SGB V) und zur UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 25), die seit 2009 in Deutschland geltendes Recht ist. Im Ergebnis bleibt den Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung vielerorts noch verwehrt.

4. Problemlagen

Welche Probleme werden konkret berichtet? Hier ist zwischen Zugangsbarrieren für neue MZEB und Problemen für die bestehenden MZEB zu unterscheiden.

4.1 Problemlagen bei Gründung, Zulassungsverfahren und den Verfahren zu den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen

Gründungswillige Träger von MZEB stehen insbesondere vor folgenden Problemen:

- Kein verlässlicher Rahmen für die Feststellung des Bedarfes
- Widerstände u.a. bei der Vertragsärzteschaft und auch bei den Krankenkassen
- Kein von allen Seiten anerkannter gesetzeskonformer Rahmen für die Kernaufgaben der MZEB, so dass für jeden Antrag die Konzeption jeweils neu zu begründen ist bei teilweise unvorhersehbaren und nicht immer nachvollziehbaren Anforderungen seitens der Verhandlungspartner.
- Langwierige sowie zeit- und personalintensive Verhandlungsprozesse. Häufig ist Einschaltung eines Rechtsbeistandes erforderlich.
- Forderungen nach vorauslaufenden Investitionen in Personal und Ausstattung usw. bereits vor Zulassung oder Verhandlung der Vergütung. Das bedeutet unangemessen hohe Vorleistungen durch nachzuweisende Erfüllung von Strukturvorgaben (Personal mit bestimmten Qualifikationen, räumliche und apparative Ausstattung). Das verlangt eine zumeist haushaltsrechtlich unzulässige Quersubventionierung.
- Ungewisser Ausgang der Verhandlung zur Leistungsvereinbarung oder Vergütungsvereinbarung trotz erheblicher Vorleistungen.
- Lange Aufbauphasen ohne hinreichende Erlöse (Vor- und Quersubventionierung).

Nur noch wenige Träger sind bereit, sich auf die Gründung eines MZEB einzulassen. Dies steht einem bedarfsgerechten Ausbau der MZEB entgegen. Schon bestehende MZEB können beispielsweise nicht ohne Weiteres als Vorbilder genutzt werden, da in deren Betrieb oft erhebliche Probleme bestehen, die einer gesetzeskonformen Versorgungspraxis der MZEB entgegenstehen.

4.2 Problemlagen der bestehenden MZEB

Die bestehenden MZEB sind in ihren fachlichen Schwerpunkten, ihrer Organisationsstruktur, personellen und sächlichen Ausstattung heterogen. Deshalb treten nicht in allen MZEB die folgenden Probleme gleichermaßen auf:

- Einengende Diagnosenlisten (ICD-10 Katalog, Vorgaben hinsichtlich eines Mindestgrades der Behinderung und ggf. zusätzliche Merkmale),
- knappe Begrenzung der Fallzahlen, oft im Widerspruch zu nachweisbarem Bedarf in den Folgejahren,
- Reduzierung des Auftrages auf eine bloße Lotsenfunktion oder Diagnostik,
- Infragestellung sachlich notwendiger Wiedervorstellungen zu Verlaufskontrollen,
- Ausschluss oder Begrenzung von Behandlungs- und Verordnungsmöglichkeiten,
- Einschränkung von Überweisungen,
- Ausschluss oder Beschränkung von paralleler Behandlung durch andere spezialisierte Behandlungsangebote während einer MZEB-Behandlung²⁰,
- hohe und nicht refinanzierte Anforderungen an den Dokumentationsumfang zur Leistungserfassung im Interesse der Krankenkassen,
- nicht aufwandsdeckende Vergütungen mit der Konsequenz einer dann erforderlichen Quersubventionierung oder Beschränkung des Leistungsangebotes, und
- fehlende Refinanzierung der gesetzlich und vertraglich verankerten Vernetzung in der Region.

Die Krankenkassen beziehen sich in den Verhandlungen zumeist erkennbar auf das *Gemeinsame Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119c SGB V (MZEB)* von Juni 2016²¹. Es enthält Positionen, die im offenkundigen Widerspruch zu den Intentionen des Gesetzgebers stehen. Am größten tritt dieser Widerspruch zutage, wenn darin der Standpunkt vertreten wird, MZEB hätten keinen Behandlungsauftrag. Des Weiteren wird der Zugang zu den MZEB durch

²⁰ Die diesbezüglichen Gegebenheiten der einzelnen MZEB stellen sich sehr unterschiedlich und unübersichtlich dar.

²¹ Die Existenz dieses „Non-Paper“ wurde anfangs von den Krankenkassen sogar geleugnet.

untaugliche formale Kriterien wie Mindest-GdB von 70, zusätzliche Merkzeichen und nur limitierte ICD-10-Diagnosenlisten beschränkt.²²

Bezüglich der Vergütungen haben häufig Leistungserbringer und Krankenkassen unterschiedliche Auffassungen. Die Kosten für MZEB sind kalkulatorisch recht einfach darzustellen und zu prüfen, da es sich im Wesentlichen um Personalkosten, Räumlichkeiten und sächliche Ausstattung handelt. Die Pauschalen gehen aber von einem in der Leistungsvereinbarung vereinbarten Personalbestand aus, der meist zu gering ist, um die gesetzlich bestimmten Aufgaben sachgerecht zu finanzieren, wie es der Gesetzgeber in § 120 SGB V formuliert hat²³. Somit ist die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter nicht primär vom notwendigen Leistungsbedarf bestimmt, sondern vom Spielraum der Vergütungspauschale. Die Finanzierung folgt hier also nicht durchgängig der Leistung, sondern die Leistung folgt der Vergütung. Das kann nicht der Intention des Gesetzgebers entsprechen.

Deshalb können manche MZEB nicht die Leistungen erbringen, die fachlich geboten sind und von den betroffenen Personen zu Recht erwartet werden. Dies im Detail hier auszuführen ist nicht möglich und ist zudem nur für jedes MZEB einzeln zu bewerten. Manche MZEB stehen dadurch vor der Situation, dass infolge der auferlegten Restriktionen ihres Leistungsumfangs die Akzeptanz bei Patienten, deren Angehörigen oder anderen Unterstützern schwindet. Ebenso schwindet sie bei zuweisenden Haus- und Fachärzten, wenn die Patienten mit der Erwartung dorthin zurückkommen, von ihnen die vom MZEB empfohlenen Überweisungen, Verordnungen usw. zu erhalten²⁴.

Die benannten Problemlagen betreffen – wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß – die überwiegende Mehrzahl der MZEB, zumal sich einige Zulassungsausschüsse und

²² Diese erwähnten Positionen wurden von den meisten Zulassungsausschüssen übernommen. Das führt dazu, dass nicht der gesamte vom Gesetzgeber intendierte Personenkreis behandelt werden kann. Widersprüche der MZEB führten in wenigen Fällen zur Öffnung des MZEB-Zugangs ab GdB von 50 ohne zusätzliche Merkzeichen. Sozialgerichtsverfahren beschäftigen sich derzeit mit der Frage, ob der GdB überhaupt ein geeignetes Kriterium für die Zugangssteuerung der MZEB ist.

Die bisweilen vereinbarte Möglichkeit, auf dem Antragswege bei der Krankenkasse im Einzelfall eine Behandlung auch bei Nichtvorliegen dieser formalen Voraussetzungen zu erreichen, führt gegebenenfalls zu einem hohen Aufwand seitens der MZEB, der nicht immer oder erst nach Widerspruch Erfolg hat. Damit entstehen dem MZEB erheblichen Aufwendungen, nicht zuletzt durch vorausgehende umfassende Diagnostik, bevor überhaupt Behandlungen stattfinden und Erlöse erzielt werden können.

²³ Oft folgen die zugestandenen Pauschalen nicht der aus der Leistungsvereinbarung hergeleiteten Personalausstattung usw., sondern einem willkürlichen Abgleich mit den Pauschalen anderer MZEB, ohne dass fachliche und andere Unterschiede hierbei eine Rolle spielen.

²⁴ Auf diese Weise wird die Zusammenarbeit der MZEB mit anderen Akteuren behindert.

Krankenkassen auf regionaler Ebene von einzelnen Vorgaben des Gemeinsamen Eckpunkteapiers der Krankenkassen gelöst haben.

Diese Beschränkungen wirken sich nicht nur auf die Patientenversorgung aus, sondern beeinträchtigen die Motivation von gründungswilligen Trägern und führen auch zur Überlastung oder Demotivierung der Mitarbeitenden. Das wiederum macht es schwierig, gutes Personal zu halten und zu gewinnen.

Die mehrjährige Diskussion zeigt zugleich, dass einer Vereinheitlichung der qualitativen Vorgaben für MZEB enge Grenzen gesetzt sind. Dies liegt vor allem an den regional sehr unterschiedlichen Versorgungsangeboten außerhalb der MZEB und der regional sehr unterschiedlichen Verteilung der Wohn- und Lebensorte von Menschen mit Behinderungen. So sind die Versorgungsbedarfe in großen Ballungsräumen oder Universitätsstädten oft andere als in kleineren und mittleren Ortschaften, in denen aber u. U. eine große Anzahl von Menschen mit schweren Behinderungen in besonderen oder anderen Wohnformen leben. Auch unterscheiden sich die gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Intelligenzminderung regional außerordentlich stark.

All diese Problemlagen machen deutlich, dass es einerseits sowohl eines Ausbaus der MZEB-Angebote bedarf als auch der konzeptionellen Weiterentwicklung auf der Ebene der Zulassungen sowie der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Dies ist bei der Entwicklung von Handlungsoptionen zur Umsetzung des Regierungsvorhabens zu beachten.

5. Erfordernisse zur Weiterentwicklung der MZEB

5.1 Zentrale Erfordernisse

Auf dem Hintergrund der geschilderten Probleme können folgende zentrale Erfordernisse hinsichtlich der Weiterentwicklung der MZEB formuliert werden:

1. die Förderung eines zügigen Ausbaus der MZEB mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgungswirkung,
2. die zügige Durchführung der Zulassungsverfahren und der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen unter strikter Orientierung an Geist und Buchstaben der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (§§ 43a, 119 c und 120 SGB V),
3. die Beseitigung aller Festlegungen in den vorhandene MZEB, die der Erfüllung des gesetzlichen Auftrages aus § 119 c SGB V (genauer siehe weiter unten) widersprechen,

4. die Vereinbarung aufwandsgerechter Vergütungen der Arbeit der MZEB auf der Grundlage bedarfsgerechter Leistungsvereinbarungen²⁵.

5.2 Weitere Erfordernisse

Es bestehen im Hinblick auf den bedarfsgerechten Ausbau und die Weiterentwicklung der MZEB-Landschaft weitere Erfordernisse:

1. Zur quantitativen Verbreiterung der MZEB-Landschaft sind Möglichkeiten für Förderprogramme zu prüfen, namentlich für die Anfangsphase neu entstehender MZEB, in der die Zahl der akquirierten Patienten und der generierten Erlöse den vorgehaltenen Aufwand noch nicht decken kann.
2. Förderprogramme könnten dafür eingesetzt werden, zielgruppenspezifische und lebensweltorientierte Präventionsprogramme²⁶ und psychoedukative Programme²⁷ zu implementieren oder zu entwickeln. Dazu können auch Maßnahmen zur Förderung individueller oder organisationaler Gesundheitskompetenzen²⁸ gehören.
3. Bei der weiteren Entwicklung ist darauf zu achten, dass im Hinblick auf größere Versorgungsregionen möglichst viele fachliche Schwerpunkte in arbeitsteiliger Zusammenarbeit der MZEB abgedeckt werden.²⁹ Dem entgegenwirkende Regelungen³⁰ in den Verträgen mit den Krankenkassen müssen eliminiert werden.
4. Für die Beantragung einer MZEB oder dessen Erweiterung ist der Träger verantwortlich. Impulse dazu können auch von den regionalen Netzwerken oder von der gesundheitspolitischen Ebene ausgehen.
5. Die MZEB sollen sich für die arbeitsteilige Bereitstellung und für die Weiterentwicklung eines möglichst umfassenden Spektrums regelmäßig abstimmen und die verlässliche Zusammenarbeit vereinbaren. Hierfür sollten Landesarbeitsgemeinschaften der MZEB gegründet und wirksam werden. Außerdem könnten hierbei die Landesgesundheitsministerien Unterstützung geben.
6. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung weisen eine erhebliche höhere Belastung mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten als Menschen ohne Behinderung auf. Für deren Diagnostik und Behandlung fehlen im psychiatrischen und

²⁵ Im Einklang mit der gesetzlichen Bestimmung („... und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten (§ 119c Abs. 1, Satz SGB V)“.)

²⁶ Hierbei ist vor allem auf die Verhältnisprävention zu setzen.

²⁷ Als Beispiel kann genannt werden: Huber, B., Seidel, M. (2006: 5 Jahre Epilepsie-Schulungsprogramm PEPE. Z. Epileptol. 19, 251–257.

²⁸ Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz stellt hierfür einen anerkannten Referenzrahmen dar. (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>; letzter Zugriff: 20.02.2022).

²⁹ Das heißt im Hinblick auf einen einzelnen Patienten mit kombinierten Problemen, die verschiedene Fachlichkeiten benötigen, dass er auch zwei oder auch mehrere MZEB beanspruchen kann, falls notwendig.

³⁰ So ist gelegentlich festgelegt, dass pro Quartal nur ein einziges MZEB in Anspruch genommen werden darf.

psychotherapeutischen Regelversorgungssystem vielerorts die ausreichenden Kompetenzen und Kapazitäten. Deshalb müssen die MZEB im System einer komplexen Angebotsstruktur einen substanziellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbeitrag leisten können. Wegen der Bedeutung somatischer Faktoren im Entstehungsgefüge von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung erscheint die Verknüpfung psychiatrischer Schwerpunkte mit somatischen Schwerpunkten in den MZEB zweckmäßig.

5.3 Kontraproduktive Restriktionen

Im Hinblick auf die Ausstattung der MZEB müssen in zukünftigen Zulassungen und Leistungsvereinbarungen kontraproduktive Restriktionen von vornherein vermieden werden. Solche Restriktionen müssen ebenfalls zügig aus bestehenden Zulassungsbescheiden und Leistungsvereinbarungen eliminiert werden. Insbesondere nachstehend angeführten Restriktionen entbehren sowohl der fachlichen als auch der gesetzlichen Legitimation:

1. Beschränkung auf Diagnostik und „Lotsenfunktionen“,
2. Ausschluss von Behandlungen und Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln sowie von Überweisungen; stattdessen vollständige Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung,
3. Einengende Diagnosenlisten, Vorgaben zu einem Mindestgrad der Behinderung (GdB) oder Merkzeichen.
4. Ausschluss oder Beschränkung von parallelen Behandlungen durch andere spezialisierte Behandlungsangebote während Inanspruchnahme eines MZEB³¹,
5. Begrenzung von Fallzahlen pro Quartal,
6. Ausschluss oder Begrenzung aufsuchender Behandlung.

5.4 Schwerpunktspezifische Ausstattung

Die MZEB müssen solche fachlichen Ausstattungen vorhalten, die im Hinblick auf die in ihre jeweiligen fachlichen Schwerpunkte fallenden Fragestellungen bzw. Indikationen anerkannter Standard sind. Dazu können insbesondere gehören:

1. leistungsfähige diagnostische Ausstattungen gemäß dem Stand der Wissenschaft entweder in eigener Verfügung oder im Wege erschlossener, vorzugsweise vertraglich vereinbarter Kooperationsbezüge,

³¹ Mit dieser Forderung ist selbstverständlich nicht gemeint, dass etwa die MZEB die alltägliche ärztliche Versorgung übernehmen. Eine solche Interpretation entspricht nicht der Intention des § 119c SGB V

2. telemedizinische Ausstattungen für die Einholung externer Expertise (Konsile) und für die Beratung anderer Akteure der medizinischen Versorgung sowie für Fernbehandlungen, insbesondere falls diese etwa im Rahmen einer Pandemie benötigt werden,
3. fachlich einschlägige Expertise zu Sozialmedizin und Sozialer Arbeit, um den umfangreichen vertragsärztlichen Versorgungsvertrag (§ 73 SGB V unter Beachtung von § 2a SGB V, § 34 und § 43 SGB IX) und den Versorgungsauftrag nach § 43 b und 119 c SGB V erfüllen zu können,
4. ausreichende Ressourcen für aufsuchende (zugehende) Arbeit,

Eine besondere Herausforderung in organisatorischer, logistischer, konzeptioneller und finanzierungstechnischer Hinsicht bildet die Bereitstellung personeller Ressourcen für die Mitwirkung an der Ausbildung des akademischen (z. B. Ärzte, Psychotherapeuten) und des nichtakademischen Berufsnachwuchses (Lehre, Fortbildung, Hospitationen, Anleitung usw.).

5.5 Standortspezifische Anforderungen

Bei der Weiterentwicklung der MZEB ist auf die Unterschiede der standortspezifischen Bedingungen zu reagieren durch:

1. standortspezifisch modifizierte Konzepte für die störungsbild- bzw. krankheitsbildspezifische Transition (Übergang von der Kinder-/Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin),
2. standortspezifisch ausgerichtete Konzepte für die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren hinsichtlich der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten der Regelversorgung,
3. standortspezifisch modifizierte Konzepte für die Zusammenarbeit mit den Akteuren der medizinischen Regelversorgung und des öffentlichen Gesundheitswesens hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

6. Handlungsebenen

Auf diesem Hintergrund werden im Folgenden die Handlungserfordernisse auf drei Ebenen dargestellt und begründet:

- auf der gesundheitspolitischen Ebene,
- auf der Selbstverwaltungsebene und
- auf der fachlichen Ebene.

6.1 Gesundheitspolitische Ebene

Die Landesgesundheitsministerien sind gefordert darauf zu achten,

- dass in ihrem Zuständigkeitsbereich³² nur solche MZEB-Verträge zwischen den Krankenkassen und den Trägern abgeschlossen werden, die in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung den gesetzlichen Vorgaben entsprechen,
- dass der Zugang für die Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung deutlich erleichtert und jegliche Zugangsbarrieren vermieden werden;
- dass zur sachgerechten Versorgung eine aufwandsgerechte Vergütung im Hinblick auf die fachlichen Erfordernisse vereinbart wird.

Die Landesgesundheitsministerien sind darüber hinaus gefordert, die insbesondere aus Artikel 25 UN-Behindertenrechtskonvention resultierende Verantwortung des Staates für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung auch im Hinblick auf die MZEB konsequent wahrzunehmen³³. Das sollte insbesondere umfassen

- ein regelmäßiges Monitoring der Entwicklung (auch im Vergleich der Bundesländer untereinander),³⁴
- den regelmäßigen Austausch mit einschlägigen Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen und den Landesbehindertenbeauftragten,
- die Moderation von Konfliktsituationen zwischen MZEB-Trägern und Krankenkassen bei Bedarf.

Ausbau und Weiterentwicklung der MZEB sollten Bestandteil des Aktionsplanes für ein inklusives Gesundheitswesen der Bundesregierung sein.

Das Bundesministerium für Gesundheit sollte im Zusammenhang mit Ausbau und Weiterentwicklung der MZEB als Bestandteil des Aktionsplanes für ein inklusives Gesundheitswesen prüfen, welche die Möglichkeiten der Landesgesundheitsministerien in der Wahrnehmung ihrer Aufsichtspflichten gegenüber den Gremien der Selbstverwaltung und wie die Möglichkeiten der Mitwirkung bei der Förderung der MZEB gestärkt werden

³² Gegenüber Krankenkassen, die in mehr als drei Bundesländern tätig sind, obliegt die Rechtsaufsicht dem Bundesamt für Soziale Sicherheit.

³³ Die Positionsbestimmung der Gesundheitsministerkonferenz von September 2020 (s. o) ist ein erster Schritt auf dem Weg zu einer besonderen Aufmerksamkeit der Landesgesundheitsministerien für das Thema.

³⁴ Damit könnte auch die missliche Situation überwunden werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei parlamentarischen Anfragen nur auf eine unzulängliche Datenbasis zurückgreifen kann. Die im Jahr 2021 vom Ministerium für Gesundheit initiierte Abfrage bei den Landesgesundheitsministerien bezüglich der MZEB-Entwicklung hatte ein erhebliches Defizit bezüglich der einschlägigen Kenntnisstände offenbart.

können, gegebenenfalls durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen auf Bundesebene.

Das Bundesministerium für Gesundheit sollte verlässliche Daten zu den MZEB erheben oder erlangen können, um den bedarfsgerechten Ausbau und die Weiterentwicklung begleiten und so auch den Beteiligten eine hinreichende Datenlage für Ihre Entscheidungen bereitstellen zu können.

Die Beauftragten der Landesregierungen und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung sollten die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung zu einem Schwerpunkt ihrer Aktivitäten machen, damit der Aktionsplan der Bundesregierung sein Ziel erreichen kann.

Ferner sollten auf Bundes- und Landesebene Förderprogramme geprüft werden, die vorzugsweise die Startphase von MZEB unterstützen.

6.2 Selbstverwaltungsebene

Das gefestigte Organisationsprinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen schließt staatliche Eingriffe in die Belange der Selbstverwaltung weitgehend aus. Gerade deshalb kommt den Zulassungsausschüssen und den Krankenkassen eine besondere Verantwortung gegenüber allen ihren Versicherten – zu denen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zählen – zu, um deren bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Es erscheint notwendig, den Krankenkassen und den Vertragsärzten im politischen Dialog mit Nachdruck zu verdeutlichen, dass ihre Verantwortung auch und gerade die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung einschließt. Das folgt nicht allein aus deutschem Recht, insbesondere § 2a SGB V³⁵, sondern vor allem aus der Geltung der UN-Behindertenrechtskonvention seit 2009 in Deutschland.

Die UN-Behindertenrechtskonvention schließt insbesondere mit ihrem Artikel 25 jede Benachteiligung von Menschen mit Behinderung in der gesundheitlichen Versorgung aus und formuliert ausdrücklich den Anspruch auch auf solche Leistungen, die Menschen wegen ihrer Behinderung spezifisch benötigen.

³⁵ Der erwähnte § 2a SGB V war 2004 maßgeblich auf Betreiben der Fachverbände der Behindertenhilfe im Rahmen der Gesetzgebung zum GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt worden.

Die Krankenkassen müssen sich den Herausforderungen stellen, die sich u. a. aus den in den Teilhaberberichten 2016³⁶ und 2021³⁷ der Bundesregierung in Bezug auf die Mängel in der Gesundheitsversorgung ergeben.

Die Krankenkassen müssen das erwähnte Gemeinsame Eckpunktepapier von 2016 vollständig zurückziehen, weil es weder sachgemäß ist noch Geist und Buchstaben der gesetzlichen Regelung entspricht. Die Krankenkassen sollten mit den Vertretern der MZEB, insbesondere mit der BAG MZEB als deren legitimierte Vertreterin, zu offenen Fragen in den Dialog treten. Es sollten Interessenvertreter der betroffenen Patientinnen und Patienten in diesen Dialog einbezogen werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte sich verpflichtet sehen, die ärztlichen Vertreter in den regionalen Zulassungsausschüssen mit Nachdruck darauf zu orientieren, dass die Etablierung der MZEB der wiederholt bekräftigten Position der deutschen Ärzteschaft entspricht und dass demzufolge von allen ärztlichen Vertretern in Gremien der Selbstverwaltung eine deutliche Unterstützung erwartet wird.

6.3 Fachliche Ebene

Festlegungen zu den wichtigsten Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität der MZEB sind unumgänglich, damit sie einen fachlich qualifizierten Beitrag zur bedarfsgerechten spezialisierten Gesundheitsversorgung der Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung leisten. Einseitige Vorgaben seitens der Leistungsträger sind nicht hinreichend.

Die Rahmenkonzeption der MZEB von 2015 bedarf angesichts neuer fachlicher Erkenntnisse und infolge mittlerweile gewonnener Erfahrungen der Fortschreibung zu einer *Rahmenkonzeption MZEB 2.0*. Eine solche revidierte Rahmenkonzeption muss in einem partizipativen und transparenten Prozess unter Beteiligung von Vertretern möglichst vieler MZEB erarbeitet werden. Die Verantwortung für die Organisation eines solchen Prozesses liegt bei der BAG MZEB.

³⁶ Bundesregierung (2016): Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. (https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhaberbericht.pdf?jsessionid=027CAA88A27C843367EB8560AA82CDD4.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=1; letzter Zugriff 24.01.2022)

³⁷ Bundesregierung (2021): Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung 2021 (https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhaberbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4; letzter Zugriff 24.01.2022)

Angesichts der Unterschiedlichkeit der jeweils vor Ort vorhandenen Voraussetzungen und Bedarfe sowie der daran angepassten fachlichen Schwerpunkte und Strukturen der MZEB besteht eine vielgestaltige MZEB-Landschaft. Angesichts dieser legitimen Pluralität und der gegenwärtig noch ungleichmäßigen Entwicklungssituation der MZEB empfiehlt sich ein umsichtiges Vorgehen bezüglich der Formulierung verpflichtender Festlegungen hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität von allgemeinem Geltungsanspruch. Allzu weitgehende Festlegungen könnten einer nicht bedarfsgerechten schematischen Normierung von sozialräumlicher Platzierung, quantitativer und qualitativer Ausstattung Vorschub leisten.

Insbesondere ist Zurückhaltung gegenüber detaillierten Aussagen zur personellen und sächlichen Ausstattung oder zu obligaten formalen Qualifikationsmerkmalen des leitenden ärztlichen oder des übrigen Personals geboten³⁸. Ebenso sollten zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Messziffern zur Anzahl und Verteilung von MZEB in den Versorgungsregionen genannt werden, zumal die Datenlage mangelhaft und die bloße Orientierung an Anzahl und an regionaler Verteilung der MZEB ohne Beachtung ihrer fachlichen Schwerpunkte nicht zielführend ist³⁹.

Von der großen Altersspanne potenzieller Patienten ab 18. Lebensjahr aufwärts und der steigenden Lebenserwartung auch von Menschen mit schweren Behinderungen her liegt die Annahme nahe, dass es eher mehr MZEB-Behandlungskapazitäten als SPZ-Behandlungskapazitäten geben muss. Keinesfalls jedoch brauchen alle Patienten, die im Kindes- und Jugendalter auf ein SPZ oder andere besondere pädiatrische Behandlungskontexte angewiesen waren, automatisch eine Anschlussperspektive in einem MZEB. Allerdings kommen auf die MZEB neben den aus den SPZ übergeleiteten Patienten diejenigen Patienten zu, deren oft komplexe Beeinträchtigungen erst nach dem 18.

³⁸ Die fachliche Qualifikation vor allem der ärztlichen Leitung (und anderen Fachpersonals) kann vor der Einstellung im MZEB auf verschiedenem Wege erlangt worden sein, etwa durch einschlägige Berufserfahrung und/oder wissenschaftliche Aktivitäten, durch gezielte Hospitationen, durch Nutzung anderer entsprechender Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten usw. Außer dem für den jeweiligen MZEB-Schwerpunkt notwendigen Facharztabschluss sind weitere vor Einstellung im MZEB vorhandene Formalqualifikationen sachlich nicht begründbar. Vielmehr erschweren sie in einer Zeit erheblichen Personalmangels im Gesundheitswesen die Akquise grundsätzlich geeigneter Fachleute. Ärztliche Mitarbeiter sollten nach ihrem Eintritt in ein MZEB so bald wie möglich das von der Bundesärztekammer zertifizierte Fortbildungscurriculum „Medizinische Betreuung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung“ absolvieren.

Informationen zum Curriculum:

(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrBehinderung.pdf; letzter Zugriff 18.02.2022)

³⁹ Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Die (neuro-)pädiatrische Kompetenz ist in aller Regel generalistisch ausgerichtet. Bei den MZEB, mit Fachärzten unterschiedlicher Richtung ausgestattet, liegen fachliche Schwerpunkte vor (z. B. epileptologisch, orthopädisch), eventuell in Kombination, jedoch sicher kaum vollständig das gesamte Spektrum umfassend. Sie können also nur einen Teil der Bedarfe der erwachsenen Patienten decken.

Lebensjahr eintreten (z. B. erworbene Hirnschäden verschiedenster Ursache) oder sich manifestieren (z. B. Leukodystrophien als genetisch angelegte Krankheiten).

Die nachdrückliche Empfehlung zur Zurückhaltung bei der Festlegung schematischer Normierungen begründet sich *inhaltlich* damit, dass der derzeitige Entwicklungsstand der MZEB-Landschaft in Deutschland eine sehr hohe Heterogenität hinsichtlich nachfolgender Aspekte aufweist:

- Besonderheiten der regionalen Bedarfslagen (z. B. regionale Konzentration von Angeboten der Eingliederungshilfe oder Pflege inklusive besonderer Zielgruppen)
- Fachliche Schwerpunktsetzung bzw. Kombinationen der fachlichen Schwerpunkte der MZEB
- Sozialräumliche und verkehrsräumliche Standortbedingungen
- Charakter der Trägerstruktur (öffentliche, freigemeinnützige Träger usw.), Angebots- und Nutzerprofile der Träger
- Personelle und sächliche Ausstattungsmerkmale der übrigen Angebote der Träger, auch im Hinblick auf Kooperationsmöglichkeiten
- Regionale Gegebenheiten im Hinblick auf die medizinische Versorgungslandschaft
- Merkmale der regionalen Bedarfsdeckung (Unter- und Überversorgung)
- Vorhandensein regionaler Kooperationspartner.

Alle Aussagen im Hinblick auf Struktur- und Prozessmerkmale sind daraufhin zu überprüfen, ob sie die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Menschen mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen zu fördern vermögen oder – wenn auch unabsichtlich – unerwünschte Effekte zeitigen könnten, die sich hemmend auf die Arbeit eines MZEB auswirken können. Im Sinne der Orientierung am Bedarf sollte die MZEB-Landschaft durch bedarfsgerechte Pluralität gekennzeichnet sein, die auch gestattet, sich an den jeweils konkret vorhandenen Ressourcen zu orientieren.

7. Zusammenfassung

Die Bundesregierung beabsichtigt einen Aktionsplan für ein inklusives Gesundheitswesen u. a. mit dem Ziel, die MZEB als wichtiges Element der Gesundheitsversorgung für Menschen mit schweren Behinderungen auszubauen. Dieses Vorhaben ist dringlich und deshalb sehr zu begrüßen.

Dazu bedarf es der Erleichterung der Gründung, vor allem der Beseitigung von Restriktionen bedarfsgerechter Arbeitsweise und Arbeitsinhalte in Zulassungsbescheiden, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen.

Des Weiteren bedarf es der in einem partizipativen Prozess basierten Fortentwicklung einer für verschiedene Bedarfe offenen *Rahmenkonzeption MZEB 2.0* unter Berücksichtigung regionaler Bedarfslagen und vor allem unter Vermeidung von Regelungen, die Versorgung hemmen oder einschränken. Menschen mit Behinderungen profitieren von einer MZEB-Landschaft, die eine bedarfsgerechte Vielgestaltigkeit und Differenzierung aufweist.

Dies ist eine Herausforderung, die es im gemeinsamen Dialog aller Beteiligten zu bewältigen gilt. Dazu gibt der hiermit vorgelegte Diskussionsbeitrag Hinweise und Impulse, die die bisherigen Erfahrungen auswerten und bewerten. Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung, Expertinnen und Experten sowie die Träger sollten sich diesen Herausforderungen aktiv und zeitnah stellen.

Autoren:

Dr. med. Maria del Pilar Andrino Garcia, Franz Sales Haus, Essen

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, Bad Kreuznach

Prof. Dr. med. Michael Seidel, Bielefeld

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Michael Seidel, Bielefeld,

E-Mail: seidelm2@t-online.de