

Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) Verbesserung in der Versorgungslandschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung durch den §119c SGB V?

M. Winterholler

Korrespondenzadresse
PD Dr. Martin Winterholler
Krankenhaus Rummelsberg
Neurologische Klinik
Rummelsberg 71
90492 Schwarzenbruck bei Nürnberg
martin.winterholler@sana.de

Abstract

Im Juli 2015 hat der Gesetzgeber mit der Formulierung des §119c SGB V die Voraussetzung für die Errichtung von medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) geschaffen, deren besonderer Auftrag die multidisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung ist. In der Zwischenzeit haben mehr als 40 dieser Zentren Ihre Arbeit aufgenommen. Konzeptuell sind die MZEB den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vergleichbar, wobei jedoch sehr viel stärkere Restriktionen bezüglich der Eingangskriterien bestehen. So ist in der Regel ein Grad der Behinderung (GdB) >70 und mindestens ein Merkzeichen und eine Diagnosen, die im Zulassungsbescheid definiert wurden, Zugangsvoraussetzung.

Wir stellen das Konzept der neuen Behandlungszentren und deren Rolle in der Versorgungslandschaft dar.

Hintergrund

Bereits in der im Jahr 2001 vorgelegten Expertise „Gesundheit und Behinderung“ (Expertise zur bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und Förderung ihrer Partizipationschancen), erstellt von den vier Fachverbänden der Behindertenhilfe, wird die medizinische Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung oder mehrfacher Behinderung in Deutschland als unbefriedigend dargestellt [1]. Es wird betont, dass sich Versorgungsdefizite vor allem auf Erwachsene mit geistiger Behinderung beziehen, denen das medizinische Versorgungssystem zwar offen stehe; dieses sei jedoch in Folge unzureichender Erfahrung und Fehlen spezieller Kenntnisse sowie in Folge begrenzter organisatorischer Bedingungen meist nicht in der Lage, den besonderen Belangen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden. Der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung der Zielgruppe sei bisher nur im Kindesalter und teilweise im Jugendalter, in den Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) weitgehend gedeckt.

Auf dem 112. Deutschen Ärztetag, im Mai 2009 in Mainz wurde die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung als Tagesordnungspunkt verhandelt. Der Ärztetag stellte fest, dass die ausreichende und notwendige Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in Deutschland noch nicht im bedarfsgerechten Umfang sichergestellt sei. Dabei seien Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen von diesen Nachteilen wesentlich stärker betroffen als Menschen mit leichter Behinderung, Erwachsene mehr als Kinder und Jugendliche.

Explizit forderte der Deutsche Ärztetag, dass gesetzliche Grundlagen für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren) geschaffen werden [2].

In seiner Argumentation bezog sich der Ärztetag auch auf das UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, welches am 26.03.2009 in Deutschland in Kraft getreten bzw. in das nationale Recht übernommen worden ist [3].

Gerade positive Erfahrungen aus den Niederlanden (hier existiert bereits seit Jahren eine Zusatzbezeichnung „Behindertenmedizin“, die Fach- und Allgemeinärzte erwerben können) und Skandinavien zeigen, dass Menschen mit Intelligenzminderungen bzw. mit sogenannten Entwicklungsstörungen (Entwicklungsbehinderungen) mit einer besonderen medizinischen multiprofessionellen Expertise, die unterschiedliche Aspekte körperlicher und seelischer Gesundheit berücksichtigt, effektiv und wirtschaftlich behandelt werden können. Unnötige stationäre Klinikaufenthalte können ebenso wie daraus resultierende Komplikationen verhindert werden [4-9].

Gesetzliche Grundlagen der MZEB

Die Bundesregierung hat 2015 mit den §43b und §119c SGB V die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gründung sog. „Medizinischer Zentren für Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung“ (MZEB) im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes geschaffen, die zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung dieser Menschen beitragen sollen.

Der Gesetzgeber regelte im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (veröffentlicht in der Bundesdrucksache v. 22.7.2015 [10]) zunächst im §43b SGB V, dass gesetzlich Versicherte mit geistiger Behinderung und schwerer Mehrfachbehinderung Anspruch nicht nur auf ärztliche, sondern auch auf nicht-ärztliche Leistungen haben, wenn diese in ärztlicher Verantwortung in einem MZEB erbracht werden. Klar gibt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass nicht nur die Behandlung, sondern auch die Früherkennung von Erkrankungen sowie die Aufstellung eines Behandlungsplanes Aufgabe der Behandlung in einem MZEB sei.

Im § 119c SGB V wird im weiteren dargestellt, dass zur Behandlung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ambulante medizinische Behandlungszentren aufzubauen seien, sofern in den bestehenden ambulanten Strukturen keine ausreichende Versorgung sichergestellt werden könne. Die Zulassung sei zu erteilen, so lange ein entsprechender Bedarf bestehe. Dies entspricht einem Zulassungsvorbehalt, vergleichbar dem bei anderer spezial-ärztlicher Versorgung.

Im Absatz 2 spezifiziert der Gesetzgeber nochmals die Zielgruppe: Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren sei auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen seien. Deutlich macht der Gesetzgeber zur Auflage, dass „die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten sollen“.

Die Vergütung der MZEB erfolgt in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren entsprechend §120 Abs. 2 SGB V (Neufassung v. 22.7.2015) direkt über die Krankenkassen und nicht aus dem Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen [10].

Damit waren zwar auf der einen Seite die Voraussetzungen klar, unter denen die neuen MZEB eine Zulassung erhalten können und finanziert werden, zum anderen lässt der Gesetzgeber aber bewusst viele Fragen offen: die Feststellung der Notwendigkeit der Zulassung von MZEB bzw. des besonderen Bedarfes erfolgt durch die Zulassungsausschüsse. Weitere Details werden den Verhandlungen mit den Kostenträgern auf regionaler Ebene überlassen. Die lässt Gestaltungsspielraum.

Ermächtigungsumfang der MZEB

Als schwierig und mit vielen Diskussionen behaftet erwies sich vor diesem Hintergrund die Definition des Behandlungs-, Ermächtigungs- und Tätigkeitsumfanges:

Hier wurde zum einen von den Fachverbänden (unter diesem Begriff sind überwiegend konfessionelle Träger und die Lebenshilfe als Träger der Behindertenhilfe organisiert) und der im November 2015 gegründeten

Bundesarbeitsgemeinschaft der Medizinischen Zentren für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung (BAG-MZEB) ein Arbeits- und Thesenpapier erstellt [11].

Diese „Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)“ wurde von einer Gruppe von Experten, überwiegend Ärzten, die in der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung tätig sind, ab 2014, also schon vor der gesetzlichen Aufgabendefinition der neunten Zentren, erarbeitet. Die gesetzlichen Grundlagen wurden später eingearbeitet.

In diesem Konzept wurden Zielgruppen definiert, die bezüglich der Diagnosen sehr weit gefasst waren. Im Wesentlichen handelte es sich aber um Menschen mit geistiger Behinderung verschiedener Ursache, frühkindlicher Hirnschädigung mit infantiler Zerebralparese, neuroorthopädische Erkrankungen und erworbene schwere Behinderung. Neuromuskuläre Erkrankungen wurden genannt, neurodegenerative Erkrankungen jedoch nicht als Zielgruppe gesehen. Genetisch bedingte Störungen, wie chromosomale Anomalien, genetisch bedingte Entwicklungsstörungen und metabolische und syndromale Erkrankungen wurden weiterhin aufgeführt.

Als Ziele der gesundheitlichen Versorgung dieser Patienten im MZEB wurden benannt:

- Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Erhaltung und Verbesserung vorhandener Funktionen und Fähigkeiten
- Prophylaxe von vermeidbaren Folgekrankheiten, Chronifizierungen und Komplikationen
- Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgungen
- Sozialmedizinische Beratung und Unterstützung bei der Leistungerschließung im Hinblick auf Hilfsmittel, Heilmittel usw.

Auf eine klare Definition der Kriterien, die eine Inanspruchnahme der Behandlung in einem MZEB ermöglichen sollen, wurde verzichtet.

Aufgaben der MZEB

Die Aufgaben der MZEB sollen sich von der in der Praxis bzw. Klinik üblichen diagnostischen und therapeutischen Ausrichtung unterscheiden [12]: im Vordergrund sieht das MZEB Papier die Interdisziplinarität der Diagnostik und Therapie: Ärzte mehrerer Fachgebiete, Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und spezialisierte Pflegekräfte sollen sich ein Bild des Patienten machen und gemeinsam einen Handlungs- und Behandlungsplan entwickeln. Die Autonomie des Patienten ist zu fördern, ebenso das eigene Krankheitsverständnis, zum Beispiel im Rahmen von Schulungen und psychoedukatorischen Maßnahmen. Beispiele für eine entsprechendes Vorgehen wurden im Bereich der Epileptologie in den letzten Jahren entwickelt („Epilepsie Schulung Pepe“) [13]. Leichte Sprache sollte Standard sein, um nicht über, sondern mit dem Patienten zu sprechen.

Gefordert wird eine inter- und transdisziplinäre Teamarbeit, auf der Grundlage zielgruppenspezifischer Kompetenzen der Mitarbeitenden. In diesem Rahmen sollen folgende Maßnahmen für die betroffenen erbracht oder organisiert werden (aus dem Arbeitspapier zitiert): [11]

- (1) Diagnostische, therapeutische und präventive Leistungen im Hinblick auf akute und chronische Gesundheitsprobleme einschließlich Vermittlung zahnärztlicher Vorsorge und Behandlung
- (2) Information und Beratung über Krankheiten und medizinische Aspekte von Behinderungen, ihren Verlauf, ihre Prognose und die Möglichkeiten der rehabilitativen Beeinflussung mit pflegerischen, psychologischen, pädagogischen und technischen Hilfen

(3) Interdisziplinäre und multidisziplinäre Bestandsaufnahme (Assessment) zu medizinischen Aspekten als Zuarbeit für die medizinische Regelversorgung wie auch für die Planung von Teilhabeleistungen

(4) Unterstützung bei der Erschließung von Leistungen zur Behandlung, zur Pflege usw.

(5) Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Bezugspersonen bzw. Assistententeams im Hinblick auf gesundheitsbezogene Assistenzleistungen

(6) Aufsuchende (mobile) Leistungen des multiprofessionellen Teams im Wohn- und Beschäftigungsumfeld (lebensweltlicher Kontext) bei besonderen Problemlagen

(7) Unterstützung von Ärztinnen, Zahnärztinnen, Therapeutinnen usw. des Regelversorgungssystems bei speziellen fachlichen Fragestellungen

(8) Vorbereitung von Krankenhausbehandlungen

(9) Beratung zu speziellen Hilfsmitteln, Vermittlung der Versorgung mit speziellen oder individuell angepassten Hilfsmitteln

(10) Beratung zu Heilmitteln

(11) Erschließung von Möglichkeiten für behinderungssensible allgemeine ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen; Durchführung oder Vermittlung von behinderungsspezifischen ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Weiter sollen die MZEB helfen, Zugang zu notwendigen Angeboten der Regel- und Spezialversorgung (z.B. Beratungsstellen für unterstützte Kommunikation, mobile Rehabilitation) zu erschließen. Vor allem sollen sie einen Beitrag leisten, um eine wirksame und wirtschaftlich effiziente Versorgung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erreichen, wie auch überflüssige oder gar schädliche Interventionen zu vermeiden. [14]

Versorgungsauftrag: Eckpunktepapier MZEB der Krankenkassen, Versorgungsverträge

Auf der anderen Seite entwickelten die Spitzenverbände der Krankenkassen nach entsprechenden Beratungen auch mit dem Vorstand der BAG-MZEB ein Eckpunktepapier, das den Versorgungsumfang sowie die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung von Menschen mit Behinderung in den neu entstehenden MZEB festlegte.

Die in diesem Eckpunktepapier niedergelegten Thesen haben für die Kostenträger, mit denen der jeweilige Betreiber eines MZEB Leistungsumfang, Tätigkeitsspektrum und pauschalisierte Vergütung verhandeln muss normierenden Charakter. Das Eckpunktepapier wird von den Kostenträgern als Grundlage jeder MZEB Zulassung und Vergütungsverhandlung gesehen.

Zunächst sehen die Kassen die Rolle des MZEB im Wesentlichen im Bereich des Assessments, der Behandlungsplanung und der Koordinierungsleistung zwischen niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern. Eine eigenständige (langfristige) Behandlungsfunktion wird nur für wenige Fälle und bei besonderer Spezialisierung der im MZEB tätigen Ärzte gesehen.

Zugangsvoraussetzungen zum MZEB entsprechend des Eckpunktepapiers sind:

- Volljährigkeit
- eine Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt
- das Vorhandensein eines GdB von >70 mit vorliegendem Merkzeichen.
- eine Diagnose aus folgenden Diagnosen (ICD-10):
F07, F70.1, F71, F72, F73, F78, F80, F84; G80, Q00-07; R90-99; R47

Bei anderen Erkrankungen, die hier nicht erfasst sind, bei denen aber ein vergleichbarer Hilfebedarf besteht, kann für den Patienten ein individueller Behandlungsantrag gestellt werden.

- Spezifischer Behandlungs- und Handlungsbedarf

Die Behandlung im MZEB müsse immer multidisziplinär erfolgen, um der Komplexität des Falles gerecht zu werden. Ärzte verschiedener Fachgebiete (initial Neurologie, Neuroorthopädie, Psychiatrie) werden in das Behandlungskonzept auch in enger Vernetzung mit der Regelversorgung (konsiliarisch: HNO, Neurochirurgie, Urologie, Gynäkologie, Kardiologie) eingebunden. In der Versorgung von komplexen Behinderungen Erfahrene und besonders qualifizierte Mitarbeiter aus den Bereichen Psychologie, Physiotherapie, Logopädie, Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Sozialpädagogik sind fester Bestandteil des Behandlungsteams. In Teambesprechungen werden Behandlungsziele und Ergebnisse diskutiert um eine optimale Versorgung sicherzustellen.

Grundsätzlich sollten Behandlungsinterventionen in enger Kooperation mit niedergelassenen Kollegen vor einer Dauerbehandlung im MZEB der Vorzug gegeben werden. Eine Zuweisung sollte durch Fachärzte, aber auch durch Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgende Hausärzte erfolgen können, da diese über die intimste Kenntnis der individuellen Situation verfügen.

Die Pflicht zur Multiprofessionellen Versorgung, hat auch Ihren Weg in sehr detaillierte Festlegungen in den Versorgungs- und Vergütungsverträgen gefunden. Es sei hier aus dem Versorgungsvertrag des MZEB Rummelsberg/Nürnberg zitiert (Leistungsbeschreibung):

1. Obligate Leistungen

- 1.1. Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt von mind. 120 min (z. B. Assessment, Anamnese, Fremdanamnese, Sozialanamnese und Untersuchung) zusammen mit den obligaten und fakultativen Leistungen der Quartalspauschale.
- 1.2. Dokumentiertes Assessment mit Therapeuten aus mindestens zwei der folgenden Bereiche mit einer Gesamtdauer von mind. 100 min. zusammen mit den Leistungen der Quartalspauschale: Logopäden/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Psycholog/innen, Sozialpädagoge/innen.
- 1.3. Im Rahmen des Assessments erfolgt die Dokumentation (Arzt oder Therapeut) mindestens folgender Scores:
 - 1.3.1. *Barthel-Index*
 - 1.3.2. *FIM (Funktionaler Selbstständigkeitsindex)*
- 1.4. Erstellung eines Berichtes an den überweisenden Arzt.
- 1.5. Es wird ein multimodaler Behandlungsplan erstellt.
- 1.6. Qualitätssicherung der Leistungserbringung
- 1.7. Dokumentation der Versorgung, des Assessments und der Diagnostik getrennt nach Arzt- und Therapeutenkontakt und der diagnostisch technischen Maßnahmen.

2. Fakultative Leistungen

- 2.1. Apparative Untersuchungen, soweit diese zur Diagnostik und zum Assessment der Behinderung notwendig sind: *EKG, Langzeit-Blutdruck, Sonographie des Abdomens, des Retroperitoneums und der harnableitenden Organe sowie des Bewegungsapparates, Echokardiographie, EEG, Röntgen.*
- 2.2. Interdisziplinäre Teambesprechung mit Dokumentation der Ergebnisse.
- 2.3. Beratung zum Krankheitsverlauf und zur persönlichen Lebenssituation.
- 2.4. Dokumentation der Vorausplanung für Notfälle (beispielsweise Umgang mit herausforderndem Verhalten, Deeskalationsmaßnahmen, Dysphagiemanagement, Verhalten bei Krampfanfällen, Anfallsreihen, Anfallsstatus) im Behandlungsplan.
- 2.5. Koordination der Versorgung
- 2.6. Durchführung von problembezogenen Schulungen von Pflegepersonen, Angehörigen und Patienten.

Zulassung und Tätigkeit der MZEB

Seit 2015 wurden über 80 Zulassungsanträge für MZEB gestellt, 58 Zulassungen (Stand: Oktober 2018) wurden erteilt, 42 MZEB haben Ihre Arbeit bereits aufgenommen [14].

Der Bedarf an MZEB wird von den Kostenträgern und den Trägern der Behindertenhilfe ähnlich eingeschätzt: ein MZEB pro 1 – 1,5 Millionen Einwohner.

IN Bayern erstellten die gesetzlichen Krankkassen ein strukturiertes Konzept, das 10 MZEB's (je eines pro Bezirk, 2 für München) vorsieht. Pro Jahr wird pro MZEB mit etwa 1500 – 2000 Behandlungsfällen gerechnet. Dies heißt faktisch, dass nur ein sehr kleiner Anteil der Menschen, die an geistiger oder mehrfacher Behinderung leiden, auch auf Grund der Komplexität der Störung (und mangels Behandlungsalternativen) einer interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung bedarf, wie oben dargestellt.

Die initial auf Seiten der Kostenträger bestehende Sorge, dass ein großer Teil der SPZ Patienten in MZEB übergeleitet würde, hat sich nicht bestätigt. Untersuchungen aus Hamburg (bislang nicht publiziert) zeigen, dass etwa 5 – 10 % der in SPZ behandelten Patienten einen Anspruch auf eine Behandlung im MZEB hätten und diesen dann auch in Anspruch nehmen.

Die Vergütung der MZEB ist regional sehr unterschiedlich und lehnt sich an die Vergütungen der SPZ an: es wurden verschiedene Pauschalen (jeweils pro Quartal) für Erst- und Wiederholungsbehandlungen verhandelt, die sich im Bereich von 350.- bis 800.- € bewegen. Die Unterschiede ergeben sich aus unterschiedlichen regionalen Anforderungen und Strukturen. Umfang der Tätigkeit, Definition der Multidisziplinarität und schwanken dem föderalen Ansatz im Deutschen Gesundheitssystem folgend ebenfalls stark.

Praktische Arbeit in den MZEB

Seit gut einem Jahr arbeiten die neuen medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung nun. Es hat sich gezeigt, dass die Zentren entsprechend ihrer Expertise und entsprechend der Einordnung in regionale Versorgungssysteme durchaus unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte haben, wobei in der Regel ein breites Versorgungsspektrum angeboten wird. Ausnahmen stellen hier z. B. MZEB in München (Betreuung von Menschen mit Beatmung, Stiftung Pfennigparade), Mainz (Schwerpunkt Spina bifida), Augsburg (Neuroorthopädischen Erkrankungen) und Bethel (Epilepsie) dar.

Alle Betreiber und in den MZEB Tätigen befinden sich im Rahmen der BAG-MZEB in regem Austausch über fachliche und organisatorische Themen. Jahres Kongresse fördern diesen Austausch (nächster Jahreskongress 14.-16. März 2019 in Rummelsberg/Nürnberg; www.mzeb-kongress.de). Es zeigt sich, dass zahlreiche Kollegen unterschiedlicher Fachgebiete das Angebot der Zusammenarbeit gerne annehmen. Viele MZEB entwickeln Fachtage und andere regionale Fortbildungsangebote, bauen Netzwerke auf, um die Versorgung Ihrer Patienten zu optimieren.

Das Versorgungsspektrum ist groß, konzentriert sich aber in den meisten Zentren auf Menschen mit geistiger Behinderung (verschiedener Genese) und/oder Patienten mit frühkindlicher Hirnschädigung.

Aus eigener Erfahrung (MZEB Rummelsberg, Aufnahme des Betriebs in 3/2018) sind folgende sechs Gründe maßgeblich für die Zuweisung in ein MZEB:

- Geistige Behinderung und/oder Verhaltensstörungen, die in „normaler“ Praxis eine adäquate Anamneseerhebung und Untersuchung nicht erlauben

- Änderungen des Verhaltens oder des Allgemeinzustandes bei nicht hinreichend anamnesefähigen Patienten
- Notwendigkeit einer interdisziplinären Behandlung, z. B. bei schwerer Spastizität mit/ohne Schluckstörungen
- Störung der Kommunikation (bei prälingual ertaubten Patienten, Anarthrie, Aphasie, Tracheotomie, schwerster Intelligenzminderung, schwersten sekundären Hirnschäden) und neu aufgetretenen nicht einordenbaren gesundheitlichen Problemen
- unzureichende fachärztliche Versorgung bei Einrichtungen der Behindertenhilfe fern größerer Städte

Neben der Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Intelligenzminderung und Verhaltensstörung ermöglicht das für diese Patienten großzügig bemessene Zeitkontingent eine sorgfältige Fremd- und Eigenanamnese, Beobachtung und gemeinsame Untersuchung durch Ärzte mehrerer Fachgebiete, in Umgang mit geistiger Behinderung geschulten Psychologen und Therapeuten erstaunlich häufig eine Einordnung der Beschwerden mit geringen technischen Mitteln.

Auch das therapeutische Vorgehen kann interdisziplinär abgewogen werden. Auf aufwendige Untersuchungen („Schrotschussdiagnostik“) und unnötige stationäre Aufenthalte kann häufig verzichtet werden.

Die ersten Erfahrungen gut drei Jahre nach in Kraft treten des §119c SGB V zeigen, dass sich durch die neu entstandenen MZEB das Behandlungsangebot für Menschen mit schwerer und geistiger Behinderung verbessert hat. Insbesondere Patienten mit Störung der Kommunikation und des Verhaltens profitieren von dem neuen Angebot. Für Patienten mit komplexen gesundheitlichen Problemen und seltenen Erkrankungen, die einer multidisziplinären neurologisch-internistischen oder neurologisch-orthopädischen Behandlung bedürfen, sowie Patienten mit Organischer Erkrankung und Psychiatrischer Komorbidität können interdisziplinäre Behandlungsangebote gemacht werden. Ein „run“ auf die neuen Einrichtungen fand nicht statt, die Behandlungszahlen der meisten MZEB liegen in den ersten beiden Jahren des Betriebs bislang eher unter den Erwartungen bzw. den verhandelten Fallzahlen. Noch werden die Zentren und deren Behandlungsangebot in der Versorgungslandschaft nicht überall wahrgenommen, auch steht die Bildung von Versorgungsnetzwerken für Menschen mit geistiger und schwerer mehrfacher Behinderung, die zu den Aufgaben der MZEB gehört, noch am Anfang.

Literatur

1. Martin P, Guth C. Die neuropsychiatrische Versorgung von Menschen mit schwerer Intelligenzminderung und Mehrfachbehinderung. Geistige Behinderung 2005; 44: 4-11
2. Deutscher Ärztetag. Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV. Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Deutsches Ärzteblatt 2009;106: B960-B962
3. Vereinte Nationen (Deutscher Übersetzungsdienst der Vereinten Nationen). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 2008; http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile
4. Bode H. Wenn Kinder erwachsen werden... Rückschritte statt Fortschritte. Gasteditorial. Med Men Geist Mehrf Behind 2007; 4: 5-7
5. Gillberg C, Soderstrom H. Learning disability. Lancet 2003; 362:811-821
6. Roeleveld N, Zielhuis GA, Gabreëls. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Dev Med Child Neurol 1997; 39:25-132

7. Bittles AH, Petterson BA, Sullivan SG, Hussain R, Glasson EJ, Montgomery PD. The influence of intellectual disability on life expectancy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57:470-472
8. Crichton JU, Mackinnon M, White CP. The life-expectancy of persons with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37: 567-576
9. Strauss D, Cable W, Shavelle R. Causes of excess mortality in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1999;41:580-585
10. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 30, ausgegeben zu Bonn am 22. Juli 2015
11. Die Fachverbände, BAG-MZEB (2015) Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung: Rahmenkonzeption.
https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf
12. Bundestag: Umsetzungsstand der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Ruffer, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Bundesdrucksache 18/8576
13. <https://www.epilepsie-vereinigung.de/seminare-und-veranstaltungen/schulungen/in-einfacher-sprache/>
14. Mau V, Grimmer A, Poppele G, Felchner A, Elstner S, Martin P. Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich. *Dtsch Ärztebl* 2015; 12(47): A 1980-4