



Matthias Schmidt-Ohlemann

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB): Neue Möglichkeiten einer interdisziplinären Versorgung

Die Ärzteschaft in Rheinland-Pfalz hat sich in der Vergangenheit schon öfter mit der Versorgung von Menschen mit schweren Behinderungen befasst, so zum Beispiel auf einer Fachtagung am 24. Juni 2006 in Mainz „Ambulante gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“, die gemeinsam mit der Lebenshilfe veranstaltet wurde, oder auf den Vertreterversammlungen der Landesärztekammer im Mai 2010 und im September 2018. Auch der Deutsche Ärztetag hat sich mehrfach der Versorgung dieser Personengruppe gewidmet, angestoßen unter anderem durch Dr. Helmut Peters, dem langjährigen Leiter des KINZ in Mainz und Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag für Rheinland-Pfalz. Denn die Versorgung von Menschen mit geistigen und anderen, oft schweren Behinderungen bis hin zur schwersten Mehrfachbehinderung stellt besondere Herausforderungen an alle Akteure im Gesundheitswesen.

Bereits seit den 90er Jahren wurde vor allem von den Fachverbänden der Behindertenhilfe, der Deutschen Gesellschaft Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. (DGMGB) sowie der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) sowie der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) auf die Probleme bei der Versorgung dieser Personengruppe hingewiesen. Die Komplexität der Erkrankungen und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Aktivitäten und der Teilhabe (im Sinne der ICF), die oft mangelnde Mitwirkungsmöglichkeit der Betroffenen, auch zum Beispiel durch fehlende Sprache, und die Vielfalt und Spezifik der im Einzelfall erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen stellen besondere Anforderungen nicht nur an spezialisiertes Wissen, Erfahrung und Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen der behandelnden Ärzte, sondern auch an Barrierefreiheit und ein umfangreiches Zeitbudget, denen im Versorgungsalltag nicht flächendeckend Rechnung getragen werden kann.

Unter dem Eindruck der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, die in Artikel 25 das Recht auf die Bereitstellung besonderer Gesundheitsdienste, die Menschen wegen ihrer Behinderung benötigen, und in Artikel 26 auf umfassende Rehabilitation formuliert, haben alle beteiligten Verbände und Organisationen spezielle Einrichtungen für erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen, die konzeptionell den Sozialpädiatrischen Zentren entsprechen sollten, gefordert. Dem hat der Gesetzgeber im Jahre 2015 mit der Einführung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) durch Einfügung der §119 c, § 43b und einer Ergänzung des §120 in Abs. 2 und 3 in das SGB V Rechnung getragen. Aktuell arbeiten bundesweit bereits 27 MZEB auf der Grundlage eines Versorgungsvertrags in Deutschland, davon liegen fünf in Rheinland-Pfalz. Noch unversorgt ist hier lediglich der Süden unseres Bundeslandes.

Die Entwicklung dieses Angebotes steht noch am Anfang. Dieses Themenheft stellt die Arbeit der MZEB vor und gibt Einblicke in die besonderen Versorgungsbedarfe und die neuen Möglichkeiten einer interdisziplinären umfassenden Versorgung in Ergänzung und zur Unterstützung des vorhandenen Versorgungssystems. Es ist zu wünschen, dass diese neue Option breit angenommen und bedarfsgerecht weiter entwickelt wird.

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

ist Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin und Ltd. Arzt der Refachdienste der Stiftung kreuznacher diakonie i.R., Vorsitzender der BAG MZEB a.D., Vorsitzender der DVfR sowie Landesarzt für Körperbehinderte.

Das Schwerpunktthema finden Sie in diesem Heft auf den Seiten 13 bis 21.

MZEB kümmern sich auch um die Transition

Anne Bredel-Geißler

Erwachsene Menschen mit geistigen oder mehrfachen schweren Behinderungen haben einen besonderen Versorgungsbedarf. Eine angemessene und zielführende Diagnostik und Behandlung ist gerade deswegen schwierig, weil sich die vorhandenen Beeinträchtigungen gegenseitig beeinflussen und daher nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Zudem können viele dieser Menschen ihre Beschwerden nicht oder nicht angemessen mitteilen.

Für ihre gute medizinische Betreuung ist eine speziell auf diese Herausforderungen ausgerichtete Organisation und Infrastruktur notwendig. Die Einschätzung von Symptomen ist schwierig und bedarf einer langjährigen Erfahrung. Dies ist nur unter Mitwirkung spezialisierter Zentren möglich. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (§ 119 c SGB V) wurden die Grundlagen zur Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) geschaffen. Solche Zentren schließen eine schon seit langem beklagte Versorgungslücke für diese Patienten. Der Hintergrund: Bevor es MZEB gab, konnten nur Kinder und Jugendliche mit komplexen Behinderungen und Entwicklungsstörungen bis zu ihrem 18. Geburtstag nicht weiter in den dafür spezialisierten Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) behandelt werden. Für Erwachsene gab es keine adäquaten Einrichtungen. Das ist nun in den MZEB möglich. MZEB können sich jetzt auch gemeinsam mit den SPZ um die Gestaltung des Überganges – der Transition – der jungen Erwachsenen mit Behinderung in die Versorgungsstrukturen der Erwachsenenmedizin kümmern.

Für die Betreuung der Betroffenen steht in den MZEB auch ausreichend Zeit zur Verfügung. In der bisherigen Regelversorgung ist dies weder ambulant noch stationär realisierbar. Um dieser Patientengruppe gerecht zu werden und die haus- und fachärztlichen Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, sind MZEB eine wertvolle Säule in der Gesundheitsversorgung: Sie widmen sich diesen komplexen Versorgungsfragen und suchen individuelle Lösungen.

Fallbeispiel

Wie die Arbeit im MZEB bei diesen komplexen Behinderungsbildern aussieht, zeigt das Beispiel einer 28jährigen Patientin mit einer schweren, progredienten, bislang ätiologisch unklaren Erkrankung mit komplexem Behinderungsbild. Im Verlauf haben sich bedrohliche Komplikationen eingestellt. Der Hilfsmittel- und Therapiebedarf ist erheblich. Sprachbarrieren erschweren die Sicherstellung einer angemessenen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung trotz liebevoller Fürsorge durch die Familie und bemerkenswertem Engagement der Fördereinrichtung.

Vorgeschichte

Die Patientin wurde uns in Begleitung der Eltern erstmals vor zwei Jahren vorgestellt. Wegen Sprachproblemen gestaltete sich die Führung des Falles schwierig. Die Eltern berichten, dass ihre Tochter in den ersten Lebensjahren gesund gewesen sei. Dann habe sie nach und nach die meisten ihrer erworbenen Fähigkeiten wieder verloren. Zunehmend habe sich eine erhebliche spastische Lähmung aller Extremitäten entwickelt, dazu Versteifungen der Gelenke und eine Skoliose. Inzwischen reagiere sie zwar noch auf Ansprache, auch erkenne sie ihr vertraute Personen, könne aber nicht mehr sprechen. Nicht immer wissen die Eltern, ob und welche Wünsche ihre Tochter habe. Schmerzreaktionen könnten sie zwar noch identifizieren, aber sie könnten darüber hinaus nichts Genaueres erfahren.

Seit langer Zeit müsse man regelmäßig Schleim aus den oberen Atemwegen absaugen, da sie nicht mehr abhusten könne. Wegen Würgens bleibe das Absaugen oft unvollständig. In den vergangenen Jahren habe sie viele Lungenentzündungen gehabt. Unabhängig davon treten täglich wiederkehrende massive „Hustenfälle“ mit Lippenzyanose auf, die als sehr bedrohlich erlebt werden.

Seit mehr als zehn Jahren sei sie mit perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde) versorgt. Wegen erheblichem Reflux in die Speiseröhre und Hustenanfällen müsse die Nahrung über viele Stunden in geringer Fließgeschwindigkeit verabreicht werden. Durch Verschleimung, Hustenanfälle und Reflux sei sie sehr gequält und finde kaum noch Ruhe. Die Eltern waren ratlos.

Folgende Diagnosen sind aktuell zu stellen:

Neurodegenerative Erkrankung unklarer Ätiologie mit den Folgen:

- Verlust bereits entwickelter kognitiver Fähigkeiten im frühen Kindesalter
- Sprachverlust und Anarthrie
- progrediente linksbetonte spastische Tetraparese
- progrediente Kontrakturen der Hüft-, Knie-, Ellenbogen- und Handbeuger
- ausgeprägte rechtskonvexe BWS-Kyphoskoliose
- Hüftluxation links

- ausgeprägte Dysphagie mit Z. n. Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde) 2006
- gastroösophagealer Reflux
- Bronchitiden und Aspirationspneumonien
- Z. n. Anlage eines Tracheostomas 03/2017

Nach umfassender Analyse im Team des MZEB der Rheinhesen Fachklinik Mainz wurde ein umfassender Behandlungsplan aufgestellt. Die formulierten Maßnahmen wurden im Verlauf begleitet und bei Problemen unterstützt.

Die Tabelle zeigt Vorgehensweisen, Probleme und die erreichten Ziele des MZEB:

Problemfelder	Vorgehen / Anforderungen / Hürden	Erreichte Ziele
Sprachprobleme	Dolmetscher Termine gemeinsam mit Familie und Personal der Förderstätte im MZEB und Hausbesuche Dialog mit Fachkollegen Problem: schwierige Terminplanung	Problemanalyse und Umsetzung notwendiger Maßnahmen wurde nur durch Austausch mit Betreuungspersonen, Fachkollegen, Kostenträgern und verschiedenen Diensten möglich – auch vor Ort – möglich
Medizinische Maßnahmen	Muskelrelaxierende Medikation <u>Tracheostoma-Anlage:</u> Planung mit Klinik OP-Zeitpunkt und Kontrolltermine, Dialog mit Fachkollegen (Information und Austausch bei post-OP-Komplikationen) Familie mit Stomapflege überfordert, mehrfach musste nachoperiert werden (Blutungen, Wundheilung verzögert) Eine mehrwöchige Pflegedienst-Assistenz zur häuslichen Anleitung wurde erst nach Begründung durch das MZEB von der Krankenkasse genehmigt <u>Refluxverbesserung und Optimierung der Nahrungszufuhr:</u> PEG-gängiges PPI-Präparat Hinzuziehen einer Expertin für Sondenkost: Optimierung Verhältnis Volumen: Nährstoffangebot.	Verbesserung des Muskeltonus Inzwischen problemlose Tracheostoma-Pflege durch die Familie Kontrolltermine in die Klinik müssen begleitet werden
Hilfsmittel	<u>Pflegebett / Lifter:</u> Hausbesuch durch das MZEB zur Prüfung, welche Hilfsmittel für die häusliche Situation sinnvoll sind Verordnung Pflegebett durch MZEB Nachtlagerung mit Handschienen	Pflegebett steht jetzt zur Verfügung Lifter aus Platzgründen nicht möglich Alternative: Therapeutin im MZEB leitet Eltern in schonenden Transfer- und Lagerungstechniken an Auf Wunsch der Familie erst später
Therapeutischer Bedarf	Physiotherapie mit Atemtherapie F.O.T.T.	Patientin erhält in der Förderstätte sämtliche Therapien
Soziale Unterstützung	Grundsicherung Familie gelingt die eigenständige Beantragung bei Sprachproblemen nicht	Sozialarbeiterin begleitet Familie zur Behörde Antrag wurde gestellt

Dieses Fallbeispiel zeigt wie wichtig es ist, im multidisziplinären Team unterschiedliche Berufsgruppen vor Ort einbinden zu können, um angemessene und individuelle Lösungen zu finden.



Autorin:

Dr. Anne Bredel-Geißler
 Fachärztin für Neurologie
 Oberärztin
 Leitung: MZEB + Spina bifida-Ambulanz
 Rheinhesen-Fachklinik Mainz

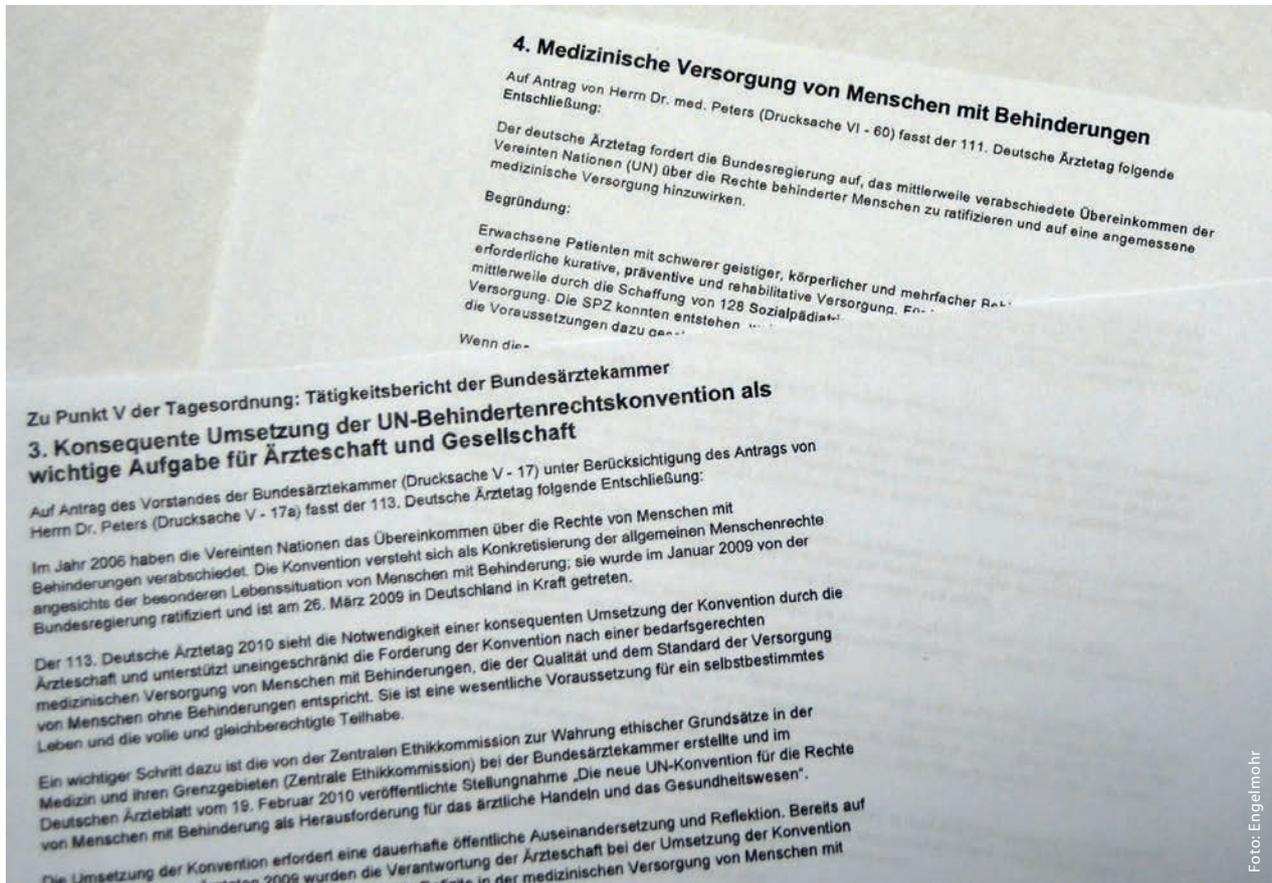


Foto: Engelmohr

Wichtige Anträge auf den Deutschen Ärztetagen.

Die Etablierung der MZEB: Ein historischer Rückblick

Helmut Peters

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

Dieser Satz wurde am 3.11.1994 in den Artikel 1 Absatz 3 in unser Grundgesetz eingefügt und erfüllt eine langjährige Forderung von Institutionen, die sich mit der Betreuung von behinderten Menschen befassen.

Im § 25 der UN-Konvention über Rechte von Menschen mit Behinderungen wird ihnen das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zugebilligt. Die UN-Konvention wurde am 26.3.2009 vom Deutschen Bundestag ratifiziert und begründet somit einen einklagbaren Rechtsanspruch auf eine medizinische Versorgung, wie sie für alle Menschen gilt und der spezifischen Betreuung der Behinderung.

Dazu braucht es jedoch Strukturen, die die deutsche Ärzteschaft dazu befähigen.

Begonnen hat dieses Bemühen schon früher. Bereits 1968 gründete der Münchner Kinderarzt und Träger der Paracelsus-Medaille Professor Dr. Theodor Hellbrügge gegen beträchtliche Widerstände das Kinderzentrum München. Es war das erste Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ), welches behinderte Kinder bis zum 18. Lebensjahr interdisziplinär und kontinuierlich mit konstanten Ansprechpartnern versorgte.

Der damalige Sozialminister Heiner Geißler gründete dann das zweite SPZ hier in Mainz, welches von Hellbrüggens Oberarzt Professor Dr. Johannes Pechstein geleitet wurde. Nachdem sich dann etwa 20 SPZ nach dem Münchner und Mainzer Vorbild

etabliert hatten, wurden 20 Jahre später – wiederum auf Betreiben Hellbrüggens – die Sozialpädiatrischen Zentren als Versorgungseinrichtung in das SGB V aufgenommen (§ 119).

Mittlerweile gibt es in Deutschland insgesamt 146 SPZ. Sie stellen die flächendeckende Versorgung im Verbund mit den niedergelassenen Kollegen sicher. Ein Erfolgsmodell für diese Patienten.

Das Dilemma war: Es gab zulassungsbedingt jenseits des 18. Lebensjahres keine Versorgung. Die Patienten fielen in ein Versorgungsloch und waren auf den guten Willen der Krankenkassen angewiesen, diese Versorgung ohne Rechtsgrundlage in den SPZ auf Antrag mit erheblichem Verwaltungsaufwand freiwillig weiter zu leisten. Aus diesem Grunde habe ich als damaliger Leiter und Nachfolger Pechsteins des SPZ Mainz und als Delegierter des 111. Ärztetages in Ulm in Kooperation mit dem Bielefelder Psychiater Professor Dr. Michael Seidel 2008 einen Antrag (Drucksache VI-60) eingebracht, der die Bundesregierung aufforderte, auch für Erwachsene SPZartige Strukturen zu schaffen. Michael Seidel und der Kreuznacher Arzt Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann bemühen sich seit langer Zeit um die Versorgung dieser Patienten. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hatte sich dankenswerterweise dieses Ulmer Antrages angenommen und Michael Seidel in Bethel besucht. Dies führte dazu, dass er die medizinische Versorgung von Behinderten zu einem Tagesordnungspunkt auf dem darauffolgenden Ärztetag 2009 in Mainz gemacht hatte. Die verfasste Ärzteschafft hatte nach Vorträgen Michael Seidels und mir über die medizinische Versorgung dann Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) postuliert. Die Politik wurde durch den Ärztetag 2010 in Dresden aufgefordert, diese Strukturen zu veranlassen. SPD und CDU haben die MZEBs erst in ihre Parteiprogramme und dann 2014 ihr Koalitionspapier (Seite 54) übernommen. Bereits 2015 wurde in einem Gesetzgebungsverfahren der Paragraph 119c in das Sozialgesetzbuch V eingefügt. Er definiert die MZEB analog 1989 die SPZ rechtsverbindlich als Versorgungseinrichtung:

- (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....
- (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....

Dankenswerterweise haben die Landesregierung unter Ministerpräsidentin Malu Dreyer, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Krankenkassen, die von Anbeginn in diese Ent-

wicklung mit einbezogen waren, ihrer Verantwortung entsprechend in der Realisierung der MZEBs mitgewirkt und mit einer angemessenen Finanzierung dazu beigetragen, dass diese Versorgung nun stattfinden kann. Die KV begrüßt das Angebot zudem als sinnvolle Ergänzung der medizinischen Versorgung. Mit all diesen Zusagen ist somit dem Grundgesetz und der UN-Konvention entsprochen – allerdings bis dato nur im ambulanten Bereich. Die stationäre Versorgung von Behinderten ist bis heute prekär.



Autor:

Dr. Helmut Peters
langjähriger, ehemaliger Leiter des
Zentrums für Kinderneurologie und
Sozialpädiatrie der
Rheinhesse-Fachklinik Mainz

Das MZEB: Ein spezialisiertes, interdisziplinäres Versorgungsangebot

Michael Sicker

Mit Einführung des § 119c in das SGB V im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden mit Wirkung zum 23.7.2015 Medizinische Behandlungszentren in das System der Gesundheitsversorgung aufgenommen. Sie erbringen ambulante Behandlungsleistungen ausschließlich für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.

Analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren (nach § 119 SGB V) erbringen medizinische Behandlungszentren (MZEB) auch die – ebenfalls mit dem GKV-VSG neu eingeführten – nicht-ärztlichen Leistungen nach § 43 b SGB V. Diese umfassen insbesondere psychologische, psychosoziale und therapeutische (Physio- und Ergotherapie, Logopädie) Leistungen, die notwendig sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

Durch das MZEB ist eine Fortführung der bereits im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) für Kinder und Jugendliche erfolgenden Behandlungen weiter interdisziplinär möglich (sogenannte Transition).

Menschen mit schwerer Behinderung weisen besondere Versorgungsbedarfe auf, da die zugrundeliegenden Erkrankungen mit ihren Folgen für Körperfunktionen, Aktivitäten und die Teilhabe im Sinne der ICF hoch komplex sind und spezifische und zugleich komplexe Diagnostik und Therapie verlangen, die nur interdisziplinär und mit besonderer Erfahrung in Teams zu gewährleisten ist. Das liegt auch daran, dass neben geistiger Behinderung zugleich angeborene oder erworbene Körperbehinderungen, seelische Behinderungen oder psychiatrischen Co-Morbiditäten sowie Sinnesbehinderungen, also meist mehrfache Behinderungen vorliegen, die zudem mit einer hohen allgemeinen (Multi)-Morbidität verbunden sind. Beeinträchtigungen können nicht nur die funktionelle Ebene sondern auch die der Aktivitäten und der Teilhabe im Sinne der ICF betreffen wie beispielsweise Mobilität, soziale Beziehungen, Selbstständigkeit im Alltag, der Kommunikation.

Für die Betreuung ist ein multidisziplinäres Team sowohl unter anderem mit mehreren Fachärzten als auch aus mehreren nichtärztlichen Disziplinen in einem Setting erforderlich, das interdisziplinäre Zusammenarbeit tatsächlich zulässt und dem Patienten zugutekommt. Es besteht die Notwendigkeit einer hohen fachlichen Expertise. Der besondere Bedarf der Personengruppe muss auch zeitlich und organisatorisch abgedeckt werden können. Mitunter können viele dieser Patienten, aufgrund ihrer kognitiven Situation oder fehlenden verbalen

Kommunikationsmöglichkeiten, ihre Beschwerden nicht angemessen kommunizieren.

Weiterhin muss eine fachspezifische, mehrdimensionale Diagnosestellung Behandlung nach Facharztstandard in der Regel in den Räumlichkeiten des MZEB, bei Bedarf aber auch vor Ort gewährleistet werden. Dabei müssen die Diagnose- und Therapieinhalte in verständlicher Sprache vermittelt, Entscheidungshilfen bei unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der prognostischen Entwicklung bei vorliegender Behinderung gegeben und eine Aufklärung über Diagnose und Therapieangebote durchgeführt werden.

Die nicht-ärztlichen Leistungen umfassen insbesondere beratende Leistungen, zum Beispiel durch Pflegefachkräfte, Therapeutische Fachkräfte, (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Fachkräfte der sozialen Arbeit, psychologische Diagnostik und Beratung sowie die Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik. Bei Bedarf gelangt auch die unterstützte Kommunikation (in Bad Kreuznach ermöglicht durch das vor Ort befindliche Landesfachzentrum für unterstützte Kommunikation und assistive Technologien) zum Einsatz. Weitere Schwerpunkte sind die gegebenenfalls interdisziplinäre sozialmedizinische Beurteilung und Begutachtung für alle Sozialleistungsträger sowie die Hilfsmittelversorgung.

Das MZEB arbeitet eng regional und überregional mit den Haus- und Fachärzten zusammen und fungiert als Case-Manager. In dieser Lotsen-Funktion für die Patienten leitet das MZEB unter Beachtung des Patientenwillens und des Rechts auf freie Arzt- und Krankenhauswahl durch das Behandler-Netzwerk, in welchem die reguläre weiterführende fachärztliche Diagnostik und Therapie erfolgt.

Ausblick

Gemäß § 119 c SGB V besteht eine gesetzliche Grundlage für die Zulassung und Finanzierung der MZEBs.

Für den Übergang vom SPZ zum MZEB (Transition) besteht fachlich/inhaltlich die Möglichkeit zur Verbesserung der Verwirklichung von Behandlungs- und Rehabilitationszielen für Menschen mit Behinderung. Ein interdisziplinärer Ansatz ist dafür zwingend erforderlich. Die Konzeption der MZEB wird auf Grund der Erfahrungen und der Rückmeldungen von Patienten und ärztlichen Kollegen weiterentwickelt. Die MZEBs unterstützen mit ihrem spezifischen Ansatz die reguläre Gesund-

heitsversorgung. Eine flächendeckende Versorgung ist in Rheinland-Pfalz noch nicht erreicht.

In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit mehrere MZEB-Standorte. Diese befinden sich in Mainz, Trier, Neuwied (Heinrich-Haus), Neuwied und Dünghenheim (MZEB Rheinland-Pfalz Nord) sowie in Bad Kreuznach.



Autor:

Dr. Michael Sicker M. A., MBA
ist Leitender Arzt des Rehamedizinischen
Dienstes und MZEB der Stiftung
kreuznacher diakonie in der
Geschäftsbereichsleitung
Rehafachdienste in Bad Kreuznach

Überblick der MZEB in Rheinland-Pfalz und Mitglieder der Landesarbeits- gemeinschaft MZEB

- MZEB Rheinland-Pfalz Nord gGmbH,
Lerchenweg 28, 56564 Neuwied
- MZEB Heinrich-Haus,
Neuwiederstraße 46 b, 56566 Neuwied-Engers
- MZEB Rheinhessen-Fachklinik Mainz,
Hartmühlenweg 2 – 4, 55122 Mainz
- MZEB am Zentrum für Sozialpädiatrie und Frühförde-
rung Trier, Luxemburger Straße 144, 54294 Trier
- MZEB Bad Kreuznach, Stiftung kreuznacher diakonie,
Waldemarstraße 24, 55543 Bad Kreuznach

MZEB: Struktur und Hürden

Anne Bredel-Geißler

Zielführende diagnostisch-therapeutische Strategien bei komplexen Mehrfachbehinderungen benötigen fach- und disziplinenübergreifende Analysen und individuelle Lösungsansätze. Da übliche diagnostische, differenzialdiagnostische und therapeutische Ansätze oft versagen, sind Spezialkenntnisse und Erfahrung wesentlich.

Das ambulante Gesundheitssystem kann bisher für Erwachsene nur einzelne Aspekte beleuchten. Ärzte, Therapeuten, Psychologen und sonstige Dienste arbeiten getrennt. Ein gemeinsamer Austausch mit den Patienten vor Ort ist nicht zu realisieren.

Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) schließen eine Lücke in der Versorgung. MZEB werden nach Überweisung tätig.

Struktur

Im MZEB steht ein Team aus qualifizierten Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen für Problemanalyse und Erarbeitung von Behandlungsstrategien vor Ort zur Verfügung. Die Ergebnisse werden gemeinsam besprochen und im ausführlichen Behandlungsplan zur Verfügung gestellt.

Gerade bei Patienten mit geistiger Behinderung und verminderter Einsichtsfähigkeit führen Untersuchungen und ungewohnte Abläufe oft zu stressbedingten Verhaltensproblemen. Hinzu kommen vermeidbare Stressoren wie Zeitdruck, lange Wartezeiten, wechselndes Personal oder Lärm. Als Folge können körperliche Untersuchungen oder die apparative Diagnostik nicht oder mit eingeschränkt verwertbarem Ergebnis erfolgen. Im MZEB muss ausreichend Zeit und für das Team ein hohes Maß an Flexibilität im Arbeitsalltag Routine sein. Störfaktoren und deren Folgen können so minimiert werden.

Multidisziplinär arbeitendes Team im MZEB:

Ärztlicher Dienst	Pflegedienst
Psychologischer Dienst	Sozialdienst
Physiotherapeuten	Hilfsmittelberatung
Ergotherapeuten	Verwaltung
Logopäden	

Je nach Schwerpunkt halten die MZEB weitere Angebote, wie zum Beispiel EEG, evozierte Potenziale, Sonographie, EKG, Laboruntersuchungen oder Spezialsprechstunden vor. MZEB kümmern sich um Ausbau von Kooperationen und Netzwerken.

Hürden

In den Vereinbarungen mit den Trägern formulieren die gesetzlichen Krankenkassen Zugangskriterien für die Behandlung im MZEB. So sollen nur Menschen mit bestimmten Diagnosen und

mit definierten Merkmalen (GdB, Merkzeichen) im Schwerbehindertenausweis Zugang zum MZEB haben.

Diese Festlegung wird durchgehend kritisiert, denn sie führt zu einer problematischen Ausgrenzung von Patienten, die diese Behandlung brauchen, die Kriterien aber nicht erfüllen: Die meisten Diagnosen zeigen erhebliche Unterschiede in der Ausprägung. Die Feststellung einer Diagnose reicht zur Beurteilung des Behandlungsbedarfs im MZEB keineswegs aus. Auch der Schwerbehindertenausweis kann den Behandlungsbedarf im MZEB nicht sicher beschreiben. Viele Menschen sind zudem u.E. nicht korrekt bewertet. Diese Merkmale bilden den tatsächlichen Behandlungsbedarf im MZEB auch oft nicht ab. Er muss medizinisch begründet werden.

Da die etablierten MZEB den Bedarf bisher annähernd decken können, werden sie aktuell besonders häufig nachgefragt. Termine können sich dort noch erheblich verzögern. Nach wie vor müssen oft auch sehr weite Wege zurückgelegt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Bisher besteht Unklarheit, was MZEB überhaupt leisten sollen und können. Die Erwartungen sind hoch. Es ist verständlich, dass Betroffene und deren Familien nun in den MZEB verstärkt nach Antworten auf ihre Fragen suchen.

Paradoxerweise zeigen sich gerade hier die Lücken in der Gesundheitsversorgung und Teilhabemöglichkeiten für diese Menschen deutlich:

Nach wie vor lassen sich die üblichen fachärztlichen (auch Routineuntersuchungen) Maßnahmen nur schwer sicherstellen. Kliniken stehen vor Herausforderungen, da die aufwendige Pflege oft unmöglich ist oder spezielle Hilfsmittel fehlen. Psychotherapeutische Angebote sind rar. Viele Einrichtungen sind nicht barrierefrei. Unabhängig davon sind auch die Voraussetzungen zur Sicherstellung der Teilhabe nicht ausreichend. Man darf nicht vergessen, dass sich Gesundheit und Teilhabe gegenseitig beeinflussen – positiv wie negativ.

Letztendlich wird es den MZEB nur gelingen, ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung der ihnen anvertrauten Menschen zu leisten, wenn das Gesundheitssystem in allen Bereichen künftig die besonderen Anforderungen dieser Menschen berücksichtigt. Gleiches gilt für die Schaffung von angemessenen Teilhabemöglichkeiten.



Autorin:

Dr. Anne Bredel-Geißler
 Fachärztin für Neurologie
 Oberärztin
 Leitung: MZEB + Spina bifida-Ambulanz
 Rheinhessen-Fachklinik Mainz

MZEB in Rheinland-Pfalz aus Sicht der Selbsthilfe

Csilla Hohendorf

Mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte Behinderter und mit dem Bundesteilhabegesetz haben wir – Betroffene und ihre Angehörigen – gehofft, dass nun erhebliche Fortschritte beginnen.

Viele Selbsthilfeorganisationen und Ärzte haben gemeinsam mit den Gesundheitsministerien und den Krankenkassen Jahre lang dafür gekämpft, dass auch für Erwachsene mit Behinderungen eine komplexe, spezialisierte und behindertengerechte Diagnostik, Behandlung und Begleitung sowie Therapien zur Verfügung stehen. Nun wurden die ersten Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) ermächtigt, was die Behindertenverbände sehr begrüßen.

Als unsere Kinder noch klein waren, wurden sie in den Sozialpädiatrischen Zentren komplex diagnostiziert, therapiert und begleitet. Nach dem 18. Lebensjahr durften sie dort nicht mehr behandelt werden. Dann begann die Suche nach geeigneten Spezialisten und Therapeuten an. Viele Familien fuhren Hunderte von Kilometern, um einen spezialisierten Behandler zu finden.

Wir freuen uns, dass nun in MZEB komplexe, interdisziplinäre Behandlungen möglich sind, die der besonderen Situation von Menschen mit Behinderungen gerecht werden. Dies betrifft die häufige Kommunikationsstörung, die mangelnde Fähigkeit zur Kooperation bei den Untersuchungen, die Angst und Verweigerung, die erschwerte Einsicht in ärztlichen Verordnungen aber auch Lokalisationsstörungen von Schmerzen. Besonders bei schwerstbehinderten Menschen braucht es lange, bis herausgefunden werden kann, was ihnen eigentlich fehlt.

MZEB sollen helfen, individuelle Erscheinungsformen und sich gegenseitig verstärkende Symptome bei den chronischen Krankheitsbildern, hauptsächlich Schmerzen zu erkennen und langfristige Behandlungspläne zu erstellen, orthopädische Krankheitsbilder mit Fehlbildungen, Fehlstellungen, Skoliose, neurologische Folgeerkrankungen, Schluck- und Verdauungsstörungen, Ernährungsprobleme, Sprachlosigkeit zu überwinden. Schmerzfreiheit, Verstanden-Werden und Angstfreiheit sind Grundbedürfnisse auch bei schwerster Behinderung und chronischen Zuständen. Für Hilfsmittelversorgung und auch für sozialmedizinische Fragen ist Zeit erforderlich!

Gesetzlich verankert ist das Recht zur Teilhabe am Leben der Gesellschaft, jeder Mensch mit Behinderung soll selbst bestimmen dürfen, wie und wo er/sie leben möchte und die Arbeitswelt soll sich für Menschen mit Behinderung öffnen. Das Bundespflegegesetz wurde auch überarbeitet. Es gibt aber noch

viele Anliegen in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Die Schaffung von MZEBs ist ein wichtiges Element in der Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderungen, bei der der medizinischen Behandlung der Betroffenen eine zentrale Rolle zukommt. Wir trauen den neuen Medizinischen Zentren zu, auf individuelle Therapiefragen eingehen und richtungsweisende Hilfestellung leisten zu können!

In Rheinland Pfalz haben erfreulicherweise bereits mehrere solcher Zentren ihre Arbeit aufgenommen. Wir hoffen, dass dieses Angebot in der medizinischen Fachwelt bekannt und in Anspruch genommen wird, ebenso dass bundesweit ausreichende Behandlungskapazitäten und auskömmliche Vergütungen für die MZEBs bewilligt werden.



Autorin:

Csilla Hohendorf ist Sonderschullehrerin i.R., Vorsitzende des Landesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte RLP e.V., und hat eine schwerbehinderte erwachsene Tochter.

MZEB: Ein Plus an Versorgung

Jutta Bartmann

Als Gesundheitskasse geht es uns stets um passgenaue Versorgungslösungen, die ein mehr an Qualität für die Versicherten bringen. Dazu braucht es zunächst den gemeinsamen Austausch und regen Dialog mit allen Gesundheitspartnern. Schon vor Paraphierung des § 119c SGB V beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe, besetzt mit Vertretern von KV Rheinland-Pfalz, MDK Rheinland-Pfalz, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse und des KINZ Mainz, unter Begleitung des Gesundheitsministeriums, mit der Erarbeitung einer Konzeption zur bedarfsgerechten Behandlung erwachsener behinderter Menschen. Letztlich hatte Rheinland-Pfalz durch die fachliche Expertise namhafter engagierter Mediziner aus Bad Kreuznach und Mainz bei der Schaffung und Implementierung dieser neuen Versorgungsform im Bundesgebiet eine Vorreiterrolle inne.

Mit Wirkung vom 23.07.2015 wurde § 119c SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Flankierend dazu haben sowohl die Bundesarbeitsgemeinschaft der Fachverbände für Menschen mit Behinderung als auch der GKV-Spitzenverband mit Beteiligung des MDK/MDS Bundesrahmenempfehlungen und Eckpunkte-papiere erarbeitet.

Diese beschreiben den Versorgungsauftrag eines MZEB, nennen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen und zur Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten. Wichtig ist es, deutlich zu machen, dass die Leistungen des MZEB nicht andere Leistungen der Regelversorgung ersetzen – sie stellen ein Plus an Versorgung dar.

Zeitnah nach erfolgter Ermächtigung haben sich die Kostenträger in Rheinland-Pfalz mit den Vertretern des MZEB KINZ Mainz getroffen, um in mehreren Verhandlungsrunden den Abschluss einer Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 SGB V zu konsentieren. Nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben sind diese Vereinbarungen gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen abzuschließen.

Intensiv haben die Akteure sich dabei mit Fragen beschäftigt, um dafür möglichst einheitliche Eckpunkte festzulegen: Welches Patientenkollektiv wird versorgt? Wie sieht das Leistungsspektrum des MZEB aus? Wie setzt sich das Team der Leistungserbringer zusammen? Wer übernimmt die weitere Versorgung in Kooperation mit dem MZEB? Wie soll ein MZEB sächlich und räumlich ausgestattet sein?

Da die Behandlung in einem MZEB ein hochspezialisiertes Versorgungsangebot darstellt, war es von grundlegender Bedeutung, die Zugangskriterien eindeutig zu definieren und speziell auf die zu versorgenden Patientinnen und Patienten aus-

zurichten – so zum Beispiel die Vollendung des achtzehnten Lebensjahrs und zentrale Regelungen zum Schwerbehindertenausweis.

Durch die Etablierung dieser neuen Behandlungsform ist aus Sicht der AOK ein wichtiger Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwachsener Behinderter geschaffen worden. Letztlich konnten die verantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen auf Leistungserbringer- und auf Kostenträgerseite ihrer sozialen und gesellschaftspolitischen Verantwortung für die Patienten gemeinsam noch besser Rechnung tragen. Dies gilt im Übrigen auch für die Angehörigen der betroffenen Familien, Betreuer und das soziale Umfeld der behinderten Menschen.

Ganz zentral sind für uns als Gesundheitskasse neben den Chancen für eine Versorgungsverbesserung, die Vermeidung von Über- oder Fehlversorgung, bessere Therapieeffekte durch abgestimmte Behandlungspläne eines multiprofessionellen Teams und die Vermeidung etwaiger Komplikationen im Behandlungsverlauf.

Aktuell stehen wir vor der Herausforderung, die bisher geleistete Arbeit der in Rheinland-Pfalz tätigen MZEB anhand von Fall- und Kennzahlen näher zu betrachten, um gegebenenfalls an der ein oder anderen Stellschraube eine Optimierung der Versorgung zu erreichen.

Dieses Ziel werden wir konstruktiv, kollegial und vertrauensvoll miteinander angehen. Wir sind froh und dankbar für den bisherigen positiven Dialog mit allen Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und stehen für Rückfragen und Anregungen gerne zur Verfügung.



Autorin:

Jutta Bartmann
ist Geschäftsbereichsleiterin Ärzte und Arzneimittel der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse