

# MZEB: Ein wichtiges Angebot kommt nicht voran

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

von Michael Seidel, Christian Kappe, Jörg Stockmann, Marcus Vogel<sup>1</sup>

Als 2015 im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes mit dem — § 119c SGB V in Analogie zum § 119 SGB V die Grundlagen für die Errichtung der *Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung* (MZEB) (s. Kasten) gelegt wurden, war eine jahrzehntelange Initiative der Fachverbände für Menschen mit Behinderung<sup>2</sup> an ihr Ziel gekommen – dachte man. Die Initiative, von den Fachverbänden Mitte der 1990er Jahre begonnen, war von vielen anderen Fachverbänden, Fachgesellschaften und der Ärzteschaft (112. Deutscher Ärztetag in Mainz 2009) unterstützt worden.

## Auffällige regionale Ungleichverteilung

Nun durfte man hoffen, dass die seit Jahrzehnten beklagten Mängel in der gesundheitlichen Versorgung Erwachsener mit geistiger Behinderung oder mehrfacher Behinderung bald überwunden sein würden. Doch das erwies sich als trügerische Hoffnung. Obwohl seit 2015 mehr als vier Jahre vergangen sind und seit mehr als zehn Jahren in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention gilt, zeigt der Blick auf die MZEB-Landschaft eine auffällige regionale Ungleichverteilung. Es gibt Bundesländer, in denen noch kein einziges MZEB etabliert worden ist. Selbst in NRW unterscheidet sich die Situation zwischen

## STICHWORT

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) gemäß § 119 c SGB V

- Die gesetzlichen Grundlagen für MZEB wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahre 2015 geschaffen.
- MZEB sind – in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) für Kinder und Jugendliche – ambulante Angebote, die mit einem multiprofessionellen Team unter ständiger ärztlicher Leitung Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung behandeln.
- Die Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen der Patienten der MZEB können von Kindheit an bestehen (z. B. Trisomie 21) oder erst im Erwachsenenalter erworben sein (z. B. erworbener Hirnschaden nach Verkehrsunfall).
- Die Patienten bedürfen der Überweisung ihres behandelnden Arztes.
- Die MZEB sollen mit dem Regelversorgungssystem und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeiten.

Rheinland und Westfalen-Lippe gravierend. Nordrhein hat fünf aktive MZEB. Westfalen hat nur drei aktive MZEB, Lippe kein einziges, obwohl die Fläche der Regierungsbezirke Arnsberg, Münster und Detmold zusammen fast doppelt so groß ist wie die der Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln zusammen.

Neben verschiedenen ablaufenden und oft schwierigen Verfahren in den Zulassungsausschüssen erweisen sich oft die Krankenkassen als Hemmschuh der Entwicklung. In den Vergütungsvereinbarungen legen sie unbegründete Beschränkungen der Zugangsvoraussetzungen fest; zudem bieten sie unzulängliche Vergütungen an. In manchen Verträgen ist festgelegt, dass den MZEB keine Behandlung, sondern nur eine Lotsenfunktion oder Diagnostik obliege. Die Rahmenkonzeption der MZEB<sup>3</sup>, 2015 publiziert, missachten sie. Einige Träger nehmen schon erteilte Zulassungen der MZEB nicht in Anspruch oder haben die Vergütungsverhandlungen als wenig erfolgversprechend endgültig abgebrochen. In den vergangenen Jahren hat es wiederholt Beschwerden über Krankenkassen gegeben, namentlich im Hinblick auf ihr einseitig im Jahre 2016 formuliertes Eckpunktepapier, das an einigen Stellen der Intention des Gesetzgebers offenkundig zuwiderläuft.

Die Website der Bundesarbeitsgemeinschaft der MZEB zeigt insgesamt 81 MZEB, davon sind nur 32 als aktiv – also in Betrieb genommen – gekennzeichnet.

Der schleppende Ausbau der MZEB-Landschaft in Deutschland widerspricht grob dem Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, der unter anderem verlangt, dass Menschen mit Behinderungen diejenigen Dienstleistungen erhalten müssen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Auf politischen Ebenen hat es schon mehrfach deutliche Kritik an dieser Situation gegeben, ebenso konkrete Forderungen zur Überwindung dieses Zustandes. Stellvertretend sind auf Bundesebene die Teilhabeempfehlungen des Beauftragten der Bundesregierung vom Dezember 2019<sup>4</sup> zu nennen, die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hatte eine Antwort der Bundesregierung auf ihre diesbezügliche Problemanzeige verlangt.<sup>5</sup> Erst Mitte März 2020 hat die FDP-Fraktion die Bundesregierung erneut nach der gesundheitlichen Versorgung gefragt.<sup>6</sup> In seinen Teilhabeempfehlungen „Mehr Inklusion wagen“ hat der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung, Jürgen Dusel, ausdrücklich formuliert:

1 Prof. Dr. Michael Seidel ist ehem. Ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel.regional, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld; Dr. Jörg Stockmann ist Chefarzt der Klinik für Inklusive Medizin, Krankenhaus Hagen-Haspe, Hagen; Dr. Christian Kappe ist Leiter der Arzt des Wittekindshof – Diakonische Stiftung für Menschen mit Behinderungen, Bad Oeynhausen; Marcus Vogel ist Ärztlicher Leiter des MZEB Bethel, Krankenhaus Mara, Bielefeld

2 Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. und Bundesverband Anthropoi – anthroposophisches Sozialwesen e. V.

3 [https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption\\_MZEB\\_2015.pdf](https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf)

4 [https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Teilhabeempfehlungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Teilhabeempfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=3)

5 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/076/1907656.pdf>

6 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/178/1917896.pdf>

- MZEB flächendeckend auf- und ausbauen: MZEB sind eine notwendige Ergänzung der medizinischen Regelversorgung und müssen zügig deutschlandweit auf- und ausgebaut werden.
- Fehlentwicklungen korrigieren:
  - Ablehnungen reduzieren: Zulassungsausschüsse dürfen Anträge auf Ermächtigung eines MZEB nur noch ablehnen, wenn sie nachweisen können, dass die Versorgung in der Region tatsächlich ausreichend ist.
  - Behandlungsauftrag klarstellen: Die Reduktion eines MZEB auf eine reine Lotsenfunktion widerspricht sowohl dem Wortlaut des Gesetzes („Behandlungszentrum“) als auch dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung.
  - Verfahrensdauer festlegen: Die maximale Verfahrensdauer bis zum Abschluss der Vergütungsverhandlungen muss festgelegt werden. Wird die Verfahrensdauer überschritten, gilt das MZEB automatisch als ermächtigt (Rechtsfolge).
  - Personenkreis angemessen definieren: Der Personenkreis, der in einem MZEB behandelt werden kann, muss so definiert werden, dass die bisherige Auslegungspraxis aufhört und Menschen, die von einer Behandlung profitieren könnten, nicht mehr ausgeschlossen werden dürfen.
  - MZEB unterstützen: MZEB müssen im Antragsverfahren aktiv beraten und unterstützt werden, zum Beispiel durch die KBV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV).

### Positionen des Partizipationsbeirats

Für NRW sind die Positionen des Partizipationsbeirats (Entwurf vom 20.12.2019), die schon dem Inklusionsbeirat vorliegen und von diesem nachdrücklich unterstützt werden, zu erwähnen. Partizipationsbeirat bzw. Inklusionsbeirat NRW bitten die nordrhein-westfälische Landesregierung:

- die Einrichtung der MZEB als multi-professionell ausgestattete ambulante Zentren für Diagnostik und Behandlung einerseits, als Kompetenzzentren zur Beratung anderer Ärzte und Krankenhäuser andererseits zu begleiten,
- auf die Beseitigung unsachgemäßer und durch die Intention des Gesetzgebers nicht gedeckte Restriktionen der Zugangskriterien der MZEB hinzuwirken,

## Appell an alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in NRW

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den letzten Tagen soll es vorgekommen sein, dass Menschen mit Behinderung keinen Zugang zur medizinischen Versorgung gefunden haben. Manche sollen wegen Bagatellen an Krankenhäuser verwiesen, andere hingegen dort nicht aufgenommen worden sein, wohl weil man dachte, sie seien in Einrichtungen der Behindertenhilfe gut versorgt und gut gepflegt.

Alle Mitarbeitenden unseres Gesundheitswesens sind derzeit enorm gefordert, gehen über ihre Grenzen und leisten großartige Arbeit. Trotzdem bitten wir Sie, auf diese Patienten gerade im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie besonders zu achten und ihnen Ihre besondere Fürsorge und Aufmerksamkeit angedeihen zu lassen. Denn Menschen mit Behinderungen tragen oft viele Gesundheitsgefährdungen, haben oft

chronische Krankheiten und hohe Risiken für akute Erkrankungen.

Das ärztliche Gelöbnis des Weltärztebundes sagt unter anderem: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

Autoren:

*Dr. Maria del Pilar Andrino,  
Leitung Diagnostik und Therapie  
Gesundheitszentrum Franz Sales Haus Essen*

*Prof. Dr. Michael Seidel, ehem. Ärztlicher  
Direktor des Stiftungsbereichs Bethel, regional,  
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*

- die Möglichkeiten zur Anschubfinanzierung bzw. finanziellen Förderung von MZEB zu prüfen,
- die MZEB bei der Darstellung ihrer Arbeit und ihrer Kompetenzen landesweit in der Öffentlichkeit zu unterstützen.

In Westfalen gibt es bislang nur drei Träger mit einem MZEB: den Wittekindshof in Bad Oeynhausen, das Krankenhaus Mara gGmbH in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld und das Evangelische Krankenhaus Hagen-Haspe.

Wie können die MZEB in Westfalen und Lippe vorangebracht werden?

- Innerhalb von NRW haben die MZEB in einem unverständlichen Maße voneinander abweichende Regelungen in ihren Verträgen. Die Abweichungen beziehen sich u. a. auf die Zugangsvoraussetzungen einschließlich bestimmter Diagnosen, die Möglichkeit zur Wieder-

vorstellung, die Fallzahlbegrenzung, die Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln. Die Leistungsvergütungen weichen trotz ähnlichen strukturellen Aufwands erheblich voneinander ab. Es ist von politischer Seite auf die Überwindung dieser Mängel hinzuwirken. Hier sind aber auch die Ärzte in den Selbstverwaltungsgremien gefragt.

- Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Überweisung durch den Hausarzt oder andere ambulant behandelnde Ärzte ist sinnvoll. Aber sie darf keine Hürde sein, weil die behandelnden Ärzte das Angebot der MZEB nicht kennen oder den Aufwand scheuen oder den Verlust des Patienten fürchten. Die Überweisung belastet übrigens das Budget des Hausarztes nicht.
- Die Überweisungen der Hausärzte oder der anderen behandelnden Ärzte müssen einen klaren Zielauftrag enthalten.
- Die Eingangskriterien (besser: Barrieren) in Form eines bestimmten Grades der Be-

hinderung (GdB) oder bestimmter Merkmale im Schwerbehindertenausweis sind sachlich ungeeignet und müssen entfallen. Ein GdB von 70 schließt Patienten aus, die überhaupt keinen Antrag auf einen GdB gestellt oder einen niedrigeren GdB anerkannt bekommen haben. Aus dem gleichen Grund sind bestimmte Merkmale als Zugangsvoraussetzung schädlich.

- Eine Verhaltensstörung (ICD-10: F7x.1) als Eingangskriterium entbehrt jeder fachlichen Logik. Nicht alle Patienten, die in einem MZEB vorgestellt werden müssen, haben eine Verhaltensstörung. Diese Voraussetzung muss grundsätzlich ausgeschlossen werden.
- Die kassenseitige Festlegung, dass Klienten mit Behinderung, die Wohn- oder Assistenzleistungen des Trägers nach SGB IX erhalten, das MZEB nicht nutzen dürfen, stellt eine schwerwiegende Verletzung des Gleichstellungsgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention dar. Diese Festlegung darf keinesfalls mehr in neue Verträge aufgenommen werden, aus bestehenden Verträgen muss sie entfernt werden.
- Die Fallzahlbegrenzung ist aufzuheben oder deutlich weniger restriktiv zu gestalten.

- Verordnungen von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln müssen zugelassen werden.

- Es muss möglich sein, auf Überweisung des erstbehandelnden MZEB ein weiteres MZEB zu beanspruchen, wenn das aufgrund der fachlichen Schwerpunktsetzung medizinisch sinnvoll ist.

- Einige Patienten brauchen Möglichkeiten der Langzeitbehandlung im MZEB.

- Wenn regional kein Zugang zum psychiatrischen oder psychotherapeutischen Regelversorgungssystem möglich ist, muss die längerfristige Behandlung gegebenenfalls in einem MZEB möglich sein. Psychotherapeutische Versorgungsleistungen müssen außerhalb der Pauschalen separat abrechenbar sein.

- MZEB sollten auch für Jugendliche noch vor dem 18. Lebensjahr offen stehen, wenn es im konkreten Einzelfall unter Aspekten der Transition notwendig ist.

- Die Vergütungspauschalen müssen so berechnet sein, dass sie den überdurchschnittlichen Zeitaufwand und Ressourceneinsatz decken sowie Hausbesuche im bedarfsgerechten Umfang möglich sind. Gleichfalls müssen nicht-ärztliche Leistungen wie qualifizierte Autismus-Diagnostik, Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik in die Pauscha-

len eingerechnet oder gesondert abrechnungsfähig gemacht werden.

- Es sind alle Kolleginnen und Kollegen eingeladen, sich mit den Möglichkeiten der MZEB vertraut zu machen und Patienten mit Behinderungen, deren gesundheitliche Versorgung von diesen Angeboten profitieren könnte, dort per Überweisung zur Abklärung vorzustellen.
- Wenn es einmal möglich ist, im bedarfsgerechten Umfang in den MZEB zu behandeln, sind auch Mitbehandlung und Weiterbehandlungen möglich, natürlich immer unter Beachtung der Wünsche der Patienten und der Möglichkeiten der MZEB.

Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind dringend um ihre engagierte Unterstützung für den weiteren Auf- und Ausbau der MZEB-Landschaft in NRW, vor allem auch in den noch zurückstehenden Landesteilen Lippe und Westfalen gebeten.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Michael Seidel  
 Milser Str. 13  
 33729 Bielefeld  
 E-Mail: seidelm2@t-online.de