

Prof. Dr. med. Michael Seidel

Milser Str. 13
33729 Bielefeld

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Vorsitzende des Sozialausschuss
Frau Katja Rathje-Hoffmann
Landeshaus
PF 7121
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/1384

Postalisch und per E-Mail

Bielefeld, 3. Mai 2023

Schriftliche Anhörung des Sozialausschusses zum Thema "Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern", Drucksachen 20/383 (neu) und 20/461

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) gemäß § 119c SGB V im Land Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
hiermit nehme ich Stellung im Rahmen der Errichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) gemäß § 119c SGB V im Land Schleswig-Holstein.

Zunächst erlaube ich mir, mich selbst vorzustellen: Von meiner Ausbildung her bin ich Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 1991-2015, bis zum Eintritt in den Ruhestand, war ich nach vieljähriger ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit an der Charité in Berlin insgesamt vierundzwanzig Jahre in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld als Geschäftsführer, Leitender Arzt und zuletzt als Ärztlicher Direktor tätig. Daneben habe ich einige ehrenamtliche Aufgaben und Funktionen ausgefüllt. Im Jahre 1995 gründete ich gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen die *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung* (DGSGB), die ich als Vorsitzender bis 2020 leitete.

Im vorliegenden Zusammenhang ist mein langjähriger Vorsitz im gemeinsamen bundesweiten *Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Fachverbände für Menschen mit Behinderung* zwischen 2002 und 2016 erwähnenswert. Im Arbeitskreis Gesundheitspolitik sind die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., den Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB), der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie e.V. (CBP), der Bundesverband körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm) und Anthropoi Bundesverband e. V.¹ vertreten.

In den Fachverbänden wurde seit Mitte der 1990er Jahren intensiv über die vielgestaltigen und multifaktoriell bedingten Mängel der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in Deutschland diskutiert. Daraus erwuchs eine Reihe von Zielvorstellungen und konkreten Forderungen an die Gesundheits- und Sozialpolitik. Ab Ende der 1990er Jahre entwickelte

¹ Namensänderungen der Verbände im Laufe der Jahrzehnte bleiben hier unberücksichtigt. Es sind die aktuellen Namen aufgeführt.

eine Gruppe, aus der bald der erwähnte Arbeitskreis Gesundheitspolitik hervorging, eine Konzeption der MZEB, zunächst noch unter dem Namen *Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung*.² Diese Vorstellungen wurden offensiv und kontinuierlich in den gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs eingebracht.

Nach vielen Briefen an gesundheitspolitische Entscheidungsträger, zahlreichen Gesprächen mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, infolge befürwortender Beschlüsse u. a. des 112. Deutschen Ärztetages 2009 usw. kam es im Rahmen des *GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes* (GKV-VSG) im Jahre 2015 zu den gesetzlichen Grundlagen für die MZEB in Form eines neuen § 119c SGB V:

„§119c SGB V Medizinische Behandlungszentren

(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.“

Außerdem wurde der § 43b SGB V eingefügt und der §120 SGB V ergänzt³.

Schon im Herbst 2014 hatte der Arbeitskreis Gesundheitspolitik eine vorläufige Rahmenkonzeption für die der MZEB vorgelegt, die in die politische Diskussion eingespeist wurde. Die Rahmenkonzeption wurde nach der Verabschiedung des GKV-VSG (Juli 2015) im Oktober 2015 angepasst und präzisiert.

Im Dezember 2015 gründete sich unter meiner Moderation die *Bundesarbeitsgemeinschaft der MZEB* (BAG MZEB). Schrittweise kam es zur Zulassung von MZEB, aber oft mit restriktiven Auflagen ohne gesetzliche Grundlage (Mindest-GdB, begrenzte Diagnosenlisten, Ausschluss von Behandlung, Beschränkung auf Diagnostik und Lotsenfunktion usw.⁴). Im Hintergrund orientieren sich die Krankenkassen an einem unveröffentlichte Eckpunktepapier aus dem Juni 2016, das mir aber im September 2016 zugespielt und dann vom mir prompt dem damaligen Bundesgesundheitsminister Gröhe und

² Das zentrale Dokument ist in der Expertise *Gesundheit und Behinderung* (2001) (S. 77 ff) enthalten: [<https://beb-ev.de/inhalt/gesundheits-und-behinderung>]

³ Um der Vereinfachung willen mögen hier die eng mit dem § 119c SGB V verbundenen §§ 43 a SGB V und 120 SGB V nicht näher dargestellt werden.

⁴ Seidel, M.; del Pilar Andrino Garcia, M.; Schmidt-Ohlemann, M. (2022): *Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen: Politisches Handeln steht (noch) aus*. *Deutsches Ärzteblatt* PP 9/2022, S. 398-401. [<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=227233>]

Erheblich ausführlicher bei: Michael Seidel, Matthias Schmidt-Ohlemann, Maria del Pilar Andrino: *Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) – Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung*. Ein Diskussionsbeitrag. Website der DVfR (nur online): [https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2022/MZEB_Diskussionspapier_bf.pdf]

dem seinerzeitigen Patientenbeauftragten Karl-Josef Laumann übersandt wurde. Das BMG hat daraufhin die Krankenkassen zur Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen aufgefordert. Wesentliche Veränderungen im Verhalten der Krankenkassen sind indes nicht zu beobachten. Diese Aspekte hervorzuheben ist notwendig, weil die Krankenkassen zum System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gehören. Ihr rechtlicher Auftrag ist die Umsetzung der Gesetze und nicht die Behinderung ihrer Umsetzung.

Im Jahre 2022 verabschiedete die BAG MZEB eine aktualisierte Fassung der Rahmenkonzeption für die MZEB (Rahmenkonzeption 2.0). In den vergangenen Jahren haben sich das Bundesgesundheitsministerium, vor allem jedoch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Teilhabeempfehlungen an die Bundesregierung „Mehr Inklusion wagen!“, 2019), die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, wiederholt der Deutsche Ärztetag usw. kritisch mit den nicht gesetzeskonformen Restriktionen der Zulassungsausschüsse und der Krankenkassen befasst.

Der Koalitionsvertrag „MEHR FORTSCHRITT WAGEN“ der Ampelkoalition von 2021 enthält die unmissverständliche programmatische Aussage: *„Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan, stärken die Versorgung schwerstbehinderter Kinder und entlasten ihre Familien von Bürokratie. Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie die Sozialpädiatrischen Zentren bauen wir in allen Bundesländern aus.“* (Koalitionsvertrag 2021, S. 85). Diese Programmatik schließt das Bundesland Schleswig-Holstein ein.

Ausführliche Problemanzeigen, vor allem bezogen auf die vielfältigen, nicht gesetzeskonformen Restriktionen der MZEB durch die Zulassungsausschüsse und die Krankenkassen, und entsprechende Lösungsansätze und Forderungen wurden mehrfach publiziert. Wiederholt hinterfragten parlamentarische Anfragen an das BMG die schleppende Implementierung der MZEB. Dem Vernehmen nach wird sich auch der 127. Deutsche Ärztetag im Mai 2023 mit den MZEB und ihren Problemen befassen.

Mittlerweile gibt es in der Bundesrepublik etwa 50 tätige MZEB. Eine Übersicht findet sich auf der Website der BAG MZEB.⁵ Auffällig ist die regional sehr ungleichmäßige Verteilung. Sie hat verschiedene Ursachen, die hier nicht näher erörtert werden können. Dass bis auf den heutigen Tag im Bundesland Schleswig-Holstein (erst kürzlich) ein einziges MZEB zugelassen (aber wohl noch nicht in Betrieb genommen) worden ist⁶, erschließt sich weder der Fachwelt noch den Betroffenen.

Im Folgenden sollen in zwei Schritten die fachlichen Argumente für die Notwendigkeit der MZEB dargestellt werden.

- Erstens in einer näheren Beschreibung der typischen Zielgruppen der MZEB
- Zweitens in den Begründungen der Notwendigkeit spezialisierter ambulanter Versorgungsangebote.

Die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung (ICD-10: F7)⁷ trägt überdurchschnittliche Risiken für akute und chronische Krankheiten (Multimorbidität) bzw.

⁵ <https://bagmzeb.de/>

⁶ Es ist in den letzten Jahren mehrfach vorgekommen, dass zwar Zulassungen erteilt wurden, jedoch die Vergütungsverhandlungen scheiterten, weil die Verhandlungstaktik, Auflagen und angebotenen Vergütungen der Krankenkassen der Krankenkassen die Antragsteller zum Aufgeben veranlassten.

⁷ Die der ICD-10 nachfolgende ICD-11 der WHO, die 2019 verabschiedet wurde und in den nächsten 5-10 Jahren in Deutschland eingeführt werden wird, benutzt den Begriff *Disorder of Intellectual Development*.

zusätzliche Behinderungsbilder (Mehrfachbehinderung, komplexe Behinderung). Diesem Sachverhalt entspricht die Bezeichnung „mehrfache Behinderung“ oder „Mehrfachbehinderung“.

Der erhebliche Mehrbedarf an gesundheitlicher Versorgung steht im Kontrast zur deutlich unterdurchschnittlichen tatsächlichen gesundheitlichen Versorgung. Diese ist empirisch und wissenschaftlich vielfach belegt. Demgemäß kann man von einem regelrechten *Versorgungsparadoxon* sprechen: Hoher Bedarf, schlechte Versorgung.

Dass dieser Sachverhalt den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), namentlich deren Artikel 25 UN-BRK, aufs größte widerspricht, ist seit Jahren Thema in der Fachwelt. Artikel 25 UN-BRK verlangt bekanntlich ausdrücklich, dass Menschen mit Behinderung nicht nur in der medizinischen Versorgung den nichtbehinderten Menschen gleichgestellt werden, sondern dass sie überdies die Leistungen erhalten, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

In den letzten Jahrzehnten haben sich dank des medizinischen Fortschritts tiefgreifende – um nicht zu sagen: revolutionäre – Entwicklungen hinsichtlich der Ursachen von geistiger (und mehrfacher) Behinderung ergeben. Infolge der sich sehr rasch entwickelnden und immer preiswerteren molekulargenetischen Diagnostik werden immer mehr Zustandsbilder auf genetische Ursachen zurückgeführt. Die Identifikation genetischer Ursachen erlaubt nicht allein das bessere Verständnis der individuellen gesundheitlichen Gegebenheiten, sondern vor allem auch, Risiken für die spätere Manifestation von Krankheiten oder Komplikationen, also über die Lebensspanne zu identifizieren. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte für Früherkennung und Einleitung prophylaktischer medizinischer Maßnahmen für derartige Folgen, oft auch für „maßgeschneiderte“ (heil)pädagogische Förderung⁸.

Die wissenschaftliche Aufklärung der individuell vorliegenden Formen von geistiger Behinderung bildet das Bindeglied zu den so genannten *Seltenen Erkrankungen* (engl.: *Rare Diseases*) oder *Seltenen Behinderungen* (engl.: *Rare Disabilities*). Es ist offenkundig gänzlich unmöglich, von jedem niedergelassenen Arzt oder von jedem Krankenhausarzt einschlägiges Spezialwissen und entsprechende Handlungskompetenzen zu erwarten, um hieraus die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen abzuleiten. Das lässt sich auch nicht durch Fortbildungen überwinden.

Auf diesem Hintergrund ist die Forderung verständlich, für die bedarfsgerechte Versorgung dieser Zielgruppe ergänzende spezialisierte interdisziplinär arbeitende multiprofessionelle Angebote zu etablieren. Diese sollen selbstverständlich nicht die grundsätzlich vorrangige Zuständigkeit des Regelversorgungssystems infrage stellen, sondern für diejenigen speziellen Fragen, an denen das Regelversorgungssystem an seine fachlichen, konzeptionellen und organisatorischen Grenzen stößt, ergänzende Lösungen anbieten und insofern auch dem Regelversorgungssystem unterstützend zuzuarbeiten. Deshalb ist auch im Gesetzestext des § 119 c SGB V die Verknüpfung mit dem Regelversorgungssystem und dem öffentlichen Gesundheitswesen vorgesehen.

Die Prävalenz (Häufigkeit) von geistiger Behinderung (Intelligenzminderung) in der deutschen Bevölkerung liegt etwa bei 1 %. Unter den rund 2,9 Millionen Einwohnern des Landes Schleswig-Holstein leben demgemäß in Schleswig-Holstein etwa 29.000 Menschen mit geistiger Behinderung. Den größten Anteil (etwa 80 %) bilden die Menschen mit leichter geistige Behinderung. Die übrigen 20 % (in absoluten Zahlen 6.000 Menschen) entfallen auf Personen mit mittelgradiger, schwerer und

⁸ Auf den Aspekt sogenannter *personalisierter Medizin* sei hier nur für speziell Interessierte hingewiesen.

schwerster Intelligenzminderung⁹. Das sind hauptsächlich die potentiellen Patientinnen und Patienten der MZEB. Dies liegt an verschiedenen Gründen: Gerade bei Erwachsenen, sofern sie nicht aus einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) kommen, ist oft die Grundlage des Behinderungsbildes unzulänglich medizinisch abgeklärt. Oft fehlen Vorbefunde und anamnestische Angaben. Symptomatik und Verlauf von Krankheiten sind oft untypisch, die Beschwerdeschilderung ist erschwert. Beides verlangt erfahrungsbasierte und *interdisziplinär* organisierte *Interpretationskompetenz* und auch *kommunikative Kompetenzen* in Diagnostik und Behandlung, die übrigens in besonderem Maße auf rechtliche Anforderungen (vor allem Betreuungsrecht) treffen.

Die MZEB stehen aber nicht nur denjenigen Erwachsenen offen, die ihre Beeinträchtigungen von Geburt oder von Kindheit an haben, sondern auch denjenigen, die erst nach Abschluss der Entwicklungsperiode mehr oder minder komplexe Beeinträchtigungen (Mehrfachbehinderungen) erworben haben¹⁰. Die Personengruppe mit solchen komplexen Schädigungsbildern, die etwa infolge von Schädel-Hirn-Traumata, Hirnblutungen, Hirntumoroperationen, früh einsetzenden degenerativen Hirnerkrankungen usw. auftreten, kann man für Schleswig-Holstein auf eine Gesamtzahl von etwa 6.000 bis 10.000 Personen schätzen. Exakte Daten liegen dazu jedoch nicht vor.

In Summe dürfte also schätzungsweise die Zahl der potentiellen Patientinnen und Patienten der MZEB 12.000 bis 16.000 in Schleswig-Holstein nicht überschreiten.

Überdies werden nicht alle diese Personen überhaupt oder ständig oder vollumfänglich eine MZEB-Versorgung benötigen, sondern oft nur zeitweilig im Wege von Mitbehandlungen (veranlasst durch ihre primär versorgenden Ärztinnen und Ärzte), seltener in Form von langfristiger Weiterbehandlung bestimmter Gesundheitsprobleme, z. B. therapieschwierige Anfallsleiden mit langfristig komplexem Versorgungsbedarf inklusive sozialarbeiterischer Unterstützung und Hilfsmittelversorgung (Schutzhelm) .

Allein schon im Hinblick auf die versorgungspraktischen und -logistischen Aspekte ist es selbstverständlich, dass ein einziges MZEB in dem Flächenland Schleswig-Holstein nicht ausreicht. Es sind mindestens zwei, eher vier MZEB notwendig, deren Standorte über Schleswig und in Holstein verteilt sein sollten. Legt man die Messzahlen für die SPZ zugrunde, kommt man rechnerisch sogar auf rund 7 MZEB.

Man muss in diesem Kontext folgendes berücksichtigen: Die SPZ werden durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, teilweise mit Weiterbildung zum Neuropädiater, geleitet. Während Kinder- und Jugendärzte „Generalisten“ sind, ist hingegen für die Erwachsenenmedizin die Aufteilung auf Facharzttrichtungen typisch. Auch die erwähnten Rahmenkonzeptionen der MZEB gehen davon aus, dass in Abhängigkeit von den Standortgegebenheiten und dem regionalen Bedarf die MZEB unterschiedliche fachliche Schwerpunkte (z. B. Neuroorthopädie, Epileptologie) ausprägen können.

Aus meiner Sicht, und hier sehe ich mich im Einklang mit der aktuellen Position der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)¹¹, ist es

⁹ Ergänzt werden muss, dass die Diagnose geistige Behinderung bzw. Intelligenzminderung nur denjenigen gegeben werden darf, deren intellektuelle Beeinträchtigung vor Abschluss der Entwicklungsperiode (etwa vor dem 18. Lebensjahr) eingetreten ist.

¹⁰ Dazu zählen auch spätmanifeste Behinderungsbilder aus genetischer Ursache.

¹¹ DGPPN 2022: Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Empfehlungen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ef495ad735d631d1336652da901048c45ce6d05e/2022-04-01_Positionspapier%20MZEB_FIN.pdf]

unbedingt notwendig, dass möglichst viele MZEB sich an der zielgruppenspezifisch ausgerichteten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung beteiligen. Gerade diese Thematik berührt vielfältige Problemanzeigen (Ausgrenzung aus den WfbM oder Tagesstätten, Entlassungen aus den besonderen Wohnformen, Delinquenz, Gewalthandlungen, unzulängliche Nachsorge für aus dem Maßregelvollzug entlassene Personen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung usw.)

Die Notwendigkeit der ergänzenden spezialisierten gesundheitlichen Versorgung Erwachsener mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung knüpft an die guten Erfahrungen mit der spezialisierten interdisziplinären Versorgung im Kindes- und Jugendalter durch multiprofessionelle Teams an, die für viele behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche durch die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) gemäß § 119 SGB V¹² geleistet wird. Mit Abschluss des 18. Lebensjahres, Ablauf des Zuständigkeitsalters der SPZ, fallen solche Kinder in der Regel in ein regelrechtes Versorgungslloch. Die bis zum 18. Lebensjahr aus einer Hand geleistete *interdisziplinäre Versorgung* durch ein *multiprofessionelles SPZ-Team* unter ärztlicher Leitung fällt weg. Systematische Transition in die erwachsenenmedizinische Versorgung unterbleibt, Versorgungslücken sind vorprogrammiert. Ärztliche und therapeutische Leistungen (Heilmittel), die Hilfsmittelversorgung und sozialmedizinische Leistungen (Stellungnahmen, Leistungserschließung) müssen mühsam organisiert werden oder bleiben unvollständig, stoßen auf logistische Grenzen usw., überfordern Betroffene, deren Angehörigen, rechtlichen Betreuer oder professionellen Begleiter, weil *interdisziplinär* arbeitende, mit einem *multiprofessionellen Team* ausgestattete Angebote fehlen.

Wie schon ausgeführt, reicht es für die Zielgruppe der MZEB zumeist nicht aus, motivierte und qualifizierte ambulant tätige Ärzte zu finden. Es geht vielmehr darum, durch ein *interdisziplinär* arbeitendes *multiprofessionelles Team* die erforderliche Diagnostik, Behandlung, sozialmedizinische Unterstützung usw. aus einer Hand zu erhalten.

Das zweite wichtige Argument für die spezialisierten Angebote in Form der SPZ und der MZEB besteht darin, dass dort eine besondere fachliche Expertise aller handelnden Personen aufgebaut und weiterentwickelt werden kann. Es ist im Hinblick auf seltene Krankheiten und seltene Behinderungen unmöglich – wie schon ausgeführt – dass überall im Regelversorgungssystem entsprechendes Wissen und Kompetenzen vorgehalten werden können. So wie heute in Deutschland für bestimmte medizinische Fragestellungen – z. B. Stoffwechselkrankheiten oder Krebsbehandlung – spezialisierte Zentren selbstverständlich sind, müssen solche das Regelversorgungssystem ergänzenden Angebote für Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfach Behinderung in Form von SPZ und MZEB geschaffen, aufgebaut und weiterentwickelt werden. SPZ und MZEB ersetzen nicht das Regelversorgungssystem, sondern ergänzen es bedarfsgerecht.

Das Gutachten „*Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung im Gesundheitssystem*“ der Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG aus dem Februar 2022¹³, bezogen auf Schleswig-Holstein, dessen Landtag der Auftraggeber ist, erwähnt erfreulicherweise die hohe Zustimmung der Befragten zur Notwendigkeit von MZEB¹⁴. Allerdings wären die im Gutachten formulierten Vorschläge,

¹² In Deutschland gibt es etwa 160 SPZ.

¹³ Nicht nachvollziehbar ist, warum das erwähnte Gutachten, mit dem Ausfertigungsdatum 2/2022 versehen; erst kürzlich verfügbar wurde.

¹⁴ „Dicht gefolgt von der Erstellung eines Verzeichnisses qualifizierter Ärzte und Therapeuten wird in der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB) eine weitere Verbesserungsmöglichkeit für die zukünftige medizinische

eine Machbarkeitsstudie, Modellvorhaben und weitere Analysen vorzuschalten, möglicherweise der Unterstellung ausgesetzt, dass der Gutachtenautor, Herr Dr. Niemann, die lukrativen Aufträge akquirieren möchte. Inhaltlich sind die Vorschläge angesichts der seit 2015 bestehenden bundesgesetzlichen Grundlage im § 119c SGB V, der ca. 50 in Deutschland tätigen MZEB und des Konsenses der Fachwelt überhaupt nicht nachvollziehbar, entsprechen aber der sehr häufig obstruktiven Linie der Krankenkassen. Derartige Analysen würden angesichts des offenkundig dringenden Handlungsbedarfs, auch hier die UN-BRK umzusetzen, nur eine vermeidbare Verzögerung nach sich ziehen und vor allem finanzielle Ressourcen binden, die das Bundesland Schleswig-Holstein nutzbringender und zweckmäßiger in die Anschubfinanzierung und anderen Aufwand der oder des sich gründenden MZEB investieren könnte.

Für gründungswillige Träger ist der Aufbau eines MZEB mit erheblichem finanziellem Aufwand (Räume, Ausstattung, Personal usw.) verbunden, der sich besonders dadurch kritisch darstellt, dass die Zulassung durch die Zulassungsausschüsse bislang grundsätzlich befristet erfolgt und die in den Vergütungsverhandlungen durch die Krankenkassen zugestandenen Pauschalen gemäß § 120 SGB V fast überall nicht auskömmlich sind.

Ergänzt sei noch, dass die im Gutachten (S. 127) zutreffend angeführten sehr unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen der MZEB weder durch den Gesetzestext noch durch die Gesetzesbegründung gedeckt sind. Darauf war in der leider im Gutachten nicht erwähnten Literatur zum Thema MZEB wiederholt mit Nachdruck hingewiesen worden, vor allem in den gleichfalls unerwähnt gebliebenen Statements des Bundesbehindertenbeauftragten. Vielmehr entspringen derartige einschränkende Zugangsvoraussetzungen der Willkür der *Zulassungsausschüsse* und der *Krankenkassen*. Solche Willkür zu verhindern ist eine anspruchsvolle – gleichwohl bislang nicht wahrgenommene – Aufgabe im Rahmen der Aufsichtspflichten der Landesgesundheitsministerien bzw. des Bundesamtes für Versicherung hinsichtlich der Verträge darstellt.

Um jedes Missverständnis zu vermeiden, betone ich abschließend mit Nachdruck, dass das medizinische Regelversorgungssystem regelmäßig erster Ansprechpartner auch für Menschen mit Behinderungen jeder Art sein muss. Das zieht zwingend nach sich, dass in allen Sektoren, jedoch insbesondere im stationären Sektor, dafür noch die wirtschaftlichen, organisatorischen, konzeptionellen und fachlichen Voraussetzungen erheblich zu verbessern sind. Diese Forderungen, im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention – seit 2009 in Deutschland unmittelbar geltendes Recht – formuliert, richten sich sowohl an die Gesundheitspolitik (Legislative, Exekutive) und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf Bundesebene als auch an Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung auf Landes- und kommunaler Ebene. Diese komplexe Problematik bedürfte gesonderter Erörterung.

Ein gleichlautendes Schreiben geht an die Vorsitzende des Sozialausschusses.
Für weitere Erläuterungen stehe ich im Bedarfsfall gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. med. Michael Seidel

Kopien: Frau Henrike Bleck (Büro der Landesbehindertenbeauftragten), henrike.Bleck@landtag.ltsh.de
Herrn Wagner, Geschäftsführer des Sozialausschusses; Sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gesehen. Bei Zustimmungsquoten - je nach Datenquelle - zwischen 55,8% und 88,9% nimmt dieser Aspekt insgesamt 3-mal Rang 1 und 3-mal Rang 2 ein“. (S. 128)
Insgesamt ist aufgrund der Ergebnisse der Bestandsaufnahme zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung der Bedarf zur Etablierung von MZEB aus Sicht der an den Befragungen teilgenommenen Personen und Einrichtungen sowohl quantitativ als auch qualitativ belegt.“ (s. 128)