



## Rahmenkonzeption

### Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Fassung vom 12.10.2015

#### Vorwort

Seit den 1990er Jahren fordern die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V., Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.) die deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, vor allem der Gruppe der Erwachsenen mit Behinderung. Sowohl mit fachlichen Ausführungen und Grundlagendokumenten als auch bei anlassbezogenen Positionierungen (z. B. Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Vorhaben) haben die Fachverbände wiederholt einschlägige Forderungen vorgetragen und begründet (1). Die deutsche Ärzteschaft hat sich den Forderungen angeschlossen, beispielsweise in den Entschlüssen des 112. Deutschen Ärztetages im Jahre 2009 (2). Früh angeschlossen haben sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (3) und andere Akteure.

Die Forderung nach einer deutlichen Weiterentwicklung der Angebote für Menschen mit Behinderung richtet sich zuerst und hauptsächlich an das medizinische Regelversorgungssystem. Zugleich sind im Hinblick auf bestimmte fachliche Erfordernisse für Erwachsene mit Behinderung ambulante und interdisziplinär ausgestattete Versorgungsangebote in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren als Ergänzung des Regelversorgungssystems unentbehrlich. Im gestuften ambulanten medizinischen Versorgungssystem sollen *spezialisierte ambulante Behandlungszentren* nach der Stufe der hausärztlichen Grundversorgung und nach der Stufe der fachärztlichen Versorgung die dritte Stufe der spezialisierten Versorgung bilden.

Gemäß den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages zwischen CDU, CSU und SPD von 2013 wurde das Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) erarbeitet, am 11.6.2015 vom Deutschen Bundestag und am 10.7.2015 vom Bundesrat verabschiedet. Dieses Gesetz schafft endlich die Voraussetzungen für die angestrebten Medizinischen Behandlungszentren.

Mit dem neuen § 119c SGB V wurden für *Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen* die Grundlagen geschaffen:

### **§ 119c 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.*

Ebenso wurden im neuen § 43b SGB V die nichtärztlichen Leistungen im Rahmen solcher medizinischer Behandlungszentren geregelt:

### **§ 43b Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen**

*Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.*

Hinsichtlich der Vergütung wurden die medizinischen Behandlungszentren in den novellierten § 120 SGB V einbezogen. Damit werden Pauschalvergütungen der multiprofessionellen Arbeit, die direkt mit den Krankenkassen vereinbart werden, möglich.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung legen hiermit, anknüpfend an frühere Dokumente, eine *Rahmenkonzeption für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen* (MZEB) vor. Die Rahmenkonzeption gibt Trägern, die ein MZEB zu gründen beabsichtigen, inhaltliche Orientierung für interne Vorbereitungen, für die Erarbeitung an die örtlichen Verhältnisse angepasster Konzepte sowie für die Anträ-

ge an die Zulassungsausschüsse und für die Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Die Rahmenkonzeption baut auf Vorarbeiten – insbesondere auf der früheren Rahmenkonzeption der Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (5) und auf dem Dokument über die gemeindenahere Gesundheitsversorgung der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen (6) – auf. Da sich die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) hinsichtlich ihres speziellen Versorgungsauftrages bewährt haben, bot es sich an, sich zu einigen Aspekten am „Altöttinger Papier“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (7) zu orientieren.

Die frühere *Vorläufige Fassung der Rahmenkonzeption* vom 6./7.11.2014 wurde auf einem Workshop am 25.6. 2015 in Kassel-Wilhelmshöhe mit Fachleuten aus dem Gesundheitssystem und der Behindertenhilfe ausführlich diskutiert. Dabei sollten insbesondere der Anpassungsbedarf aus dem erreichten Stand der Gesetzgebung und aus der fortgeführten Fachdiskussion thematisiert werden. Wichtige Ergänzungen und Korrekturen aus diesem Diskussionsprozess wurden aufgenommen und in die vorliegende Fassung eingearbeitet.

Die vorliegende Fassung der *Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)* wurde vom Vorstand der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* und von den Leitungsgremien der *Fachverbände für Menschen mit Behinderung* im Zeitraum September/Oktober 2015 verabschiedet. Sie wird hiermit der Fachöffentlichkeit und weiteren Interessenten zur Verfügung gestellt.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind gemeinsam der Überzeugung, dass die Rahmenkonzeption im Zuge der Etablierung der MZEB und auf dem Hintergrund der Erfahrungen in den MZEB künftig wiederholt überprüft und ggf. modifiziert werden muss.

# **1 Allgemeines**

## **1.1 Zielgruppen**

Die Zielgruppen von MZEB sind Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die bereits seit der Kindheit oder Jugend bestand, oder mit mehrfacher Behinderung, die später im Leben erworben wurde, und die in diesem Zusammenhang besonderen Bedarf hinsichtlich der Gesundheitsversorgung haben. Dabei können ein besonderes Setting oder besonderes Wissen und Kompetenzen im Hinblick auf die Wechselbeziehungen zwischen Krankheit und vorbestehender Behinderung erforderlich sein. Unter Bezug auf § 119c Abs. 2 SGB V ist die Behandlung durch MZEB auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Damit sind Personen ausgeschlossen, deren Behandlungsbedarf von Angeboten der Regelversorgung und von anderweitigen Spezialangeboten adäquat gedeckt wird.

Bei den Zielgruppen der MZEB können im Sinne von Mehrfachbehinderung Beeinträchtigungen verschiedener Funktionen auftreten (kognitive Beeinträchtigungen, neuropsychologisch charakterisierbare Störungsbilder, psychische und Verhaltensstörungen, Störungen des autistischen Spektrums, Sinnesbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Kommunikation, Beeinträchtigungen der Motorik usw.). Die Beeinträchtigungen treten dabei oft in verschiedenen Kombinationen auf und beeinflussen einander. Das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung ist für die Feststellung einer Mehrfachbehinderung nicht zwingend notwendig. Die Beeinträchtigungen bilden insbesondere in ihrer Wechselwirkung mit Krankheitszeichen akuter oder chronischer Erkrankungen eine besondere fachliche Herausforderung für die medizinische Versorgung.

## **1.2 Ziele**

Die MZEB stellen für Erwachsene mit Behinderung eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in Form eines interdisziplinär und multiprofessionell ausgestatteten Angebotes sicher, sofern und solange die Schwere oder Komplexität der Behinderung oder des auf dem Hintergrund der Behinderung bestehenden Gesundheitsproblems die Möglichkeiten des medizinischen Regelversorgungssystems überfordert. Im gestuften ambulanten medizinischen Versorgungssystem stellen die MZEB nach der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Versorgung eine dritte Stufe, die Stufe der spezialisierten Versorgung dar. Dies trägt der Forderung des Artikels 25 der UN-BRK Rechnung, dass Menschen mit Behinderung neben den medizinischen Versorgungsangeboten wie alle anderen Menschen zusätzlich diejenigen Leistungen erhalten sollen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Die Inanspruchnahme eines MZEB ist in Übereinstimmung mit § 119 c Abs. 2 SGB V keinesfalls allein schon wegen des Vorliegens einer Behinderung gerechtfertigt, sondern nur, soweit und solange vorgelagerte Versorgungsstufen den fachlichen Erfordernissen nicht gerecht werden können. Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung, die im Regelversorgungssystem erfolgen kann, soll nicht auf die MZEB verlagert werden. Demgemäß kann eine Person mit Behinderung sowohl – zeitweilig oder langfristig – nur ein MZEB als auch – parallel oder anschließend –

Angebote des Regelversorgungssystems nutzen, soweit das sach- und bedarfsgerecht ist.

Die MZEB sind im Interesse der Versorgungskontinuität für Erwachsene mit Behinderung, die schon früher durch ein SPZ versorgt worden waren, ein Anschlussangebot, solange und soweit der Bedarf daran besteht. Dabei kann und soll eine systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen.

Die MZEB gewährleisten für Menschen, deren Behinderung erst im Erwachsenenalter eingetreten ist oder bei denen auf dem Hintergrund einer vorbestehenden Behinderung eine erst im Laufe der Zeit hinzutretende Erkrankung ein besonderes Setting oder im Hinblick auf die Wechselbeziehungen zwischen hinzugetretener Krankheit und vorbestehender Behinderung besonderes Wissen und besondere Kompetenzen erfordert, eine bedarfsgerechte Versorgung.

Die MZEB stellen als Kompetenzzentrum ihr zielgruppenspezifisches Wissen und ihre zielgruppenspezifischen Handlungs- und Kommunikationskompetenzen dem medizinischen Regelversorgungssystem im Wege von Beratung, Konsiliarleistungen, Mitbehandlung, Fortbildung usw. zur Verfügung. Sie tragen auf diese Weise dazu bei, dass das Regelversorgungssystem Menschen mit Behinderungen so umfassend wie möglich versorgen kann bzw. zu versorgen lernt.

Die Ziele der gesundheitlichen Versorgung im MZEB lassen sich folgendermaßen konkretisieren:

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

Diese Versorgungsziele fördern zugleich größtmögliche individuelle Selbständigkeit sowie Verwirklichung umfassender Teilhabechancen.

### **1.3 Voraussetzungen der Inanspruchnahme**

Die Inanspruchnahme von MZEB ist nur erforderlich, soweit und solange die ausreichende medizinische Versorgung dieser Patientinnen infolge der Notwendigkeit besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Untersuchungs- und Behandlungssettings, Fachkenntnisse, Handlungskompetenzen wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behinderung durch niedergelassene Ärztinnen bzw. im medizinischen Regelversorgungssystem nicht sichergestellt ist.

Die Notwendigkeit, die spezialisierten Leistungen eines MZEB in Anspruch zu nehmen, lässt sich insbesondere folgendermaßen begründen:

- Die üblichen Methoden der Anamneseerhebung, der Diagnostik, des Assessments, der Untersuchung und der Therapie sind nur eingeschränkt zweckmäßig und geeignet.
- Spezielle Settings und Arrangements für Diagnostik und Therapie sind häufig aufgrund der Behinderung notwendig.

- Aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und der besonderen Ausprägung von Symptomen ist eine gezielte Suche nach Erkrankungen bei der komplexen Symptomatik einer vorbestehenden Behinderung notwendig.
- Neu auftretende Verhaltensbesonderheiten machen die Klärung erforderlich, ob sich dahinter Krankheiten und krankheitsbedingte Beschwerden, Schmerzen usw. verbergen können.
- Zur Diagnostik und Therapie zusätzlicher Erkrankungen dieser Personengruppe bedarf es einer Betreuung durch Ärztinnen und Therapeutinnen, die aufgrund ihres Wissens, ihrer Kommunikations- und Handlungskompetenzen diese gezielt erfassen können.
- Die Fähigkeit, therapeutische Maßnahmen angemessen umzusetzen, daran selbst mitzuwirken und aktiv zu Genesung und Rehabilitation beizutragen, ist erheblich eingeschränkt.
- Die spezifischen individuellen Bedingungen, unter anderem die eingeschränkten Kooperationsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, müssen in der therapeutischen Vorgehensweise berücksichtigt werden.
- Das Erstellen und Umsetzen der therapeutischen Konzepte erfordert komplexe Strategien und der besonderen Ressourcen. Dazu bedarf es der abgestimmten Zusammenarbeit verschiedener Professionen, die fallbezogen in direktem Austausch vor Ort stehen müssen.
- Die Entscheidungen in Fragen der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, der Ausstattung mit orthopädischen und Reha-Hilfsmitteln, der Unterstützten Kommunikation usw. müssen besondere Bedingungen des individuellen Wohn- und Arbeitsumfeldes berücksichtigen.
- Die verschiedenen Maßnahmen und Leistungen müssen im Interesse fachlicher Synergieeffekte und wirtschaftlicher Effizienz koordiniert werden.

Die Behandlung in einem MZEB erfolgt in der Regel auf Überweisung eines Vertragsarztes oder eines vorbehandelnden SPZ am Übergang der Alterszuständigkeit.

## 1.4 Aufgaben

Die MZEB bieten ärztliche und nichtärztliche Leistungen an. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die MZEB die von Erwachsenen mit Behinderung benötigten Leistungen „aus einem Guss“ und damit insbesondere interdisziplinär erbringen. Dies schließt nichtärztliche Leistungen und folglich beispielsweise auch Leistungen, die durch Pflegefachkräfte, Heilmittelerbringer oder Hilfsmittelerbringer erbracht werden, ein (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf).

Die MZEB nehmen mittels inter- und transdisziplinärer Teamarbeit, auf der Grundlage zielgruppenspezifischer Kompetenzen der Mitarbeitenden und geeigneter räumlicher und sächlicher Ausstattungen insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- (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

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 sogar schädliche Interventionen zu vermeiden.

Die MZEB sind Ansprechpartner für die Einholung einer zweiten Meinung.

Neben den Versorgungsaufgaben kommt den MZEB eine wichtige Rolle als Kompetenz-zentrum für Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Berufe im Gesundheitswesen zu.

MZEB bieten für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen Folgendes:

- (1) Fachliche Expertise und Handlungskompetenz im Hinblick auf zielgruppenspezifische Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention sowie sozialmedizinische Beurteilung
- (2) Zielgruppenspezifische Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (leichte Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz etc.)
- (3) Berücksichtigung der Lebenswelt und ggf. Einbeziehung des sozialen Umfelds (Kontextfaktoren) in medizinische Entscheidungen und in die Durchführung von Maßnahmen
- (4) Kooperation mit Bezugspersonen, Pflegekräften, Therapeutinnen und Ärztinnen anderer Einrichtungen
- (5) Fachlich adäquater Umgang mit auffälligem Verhalten, Verweigerungen und eingeschränkten Möglichkeiten zur Kooperation;

## **1.5 Fachliche Akzentuierung**

Die MZEB bilden in Abhängigkeit von den regionalen Bedarfslagen und den Versorgungsstrukturen fachliche Akzentuierungen – auch in Kombinationen – aus.

Beispielsweise kommen für eine solche fachliche Akzentuierung infrage:

- neuromuskuläre und neuroorthopädische Störungsbilder
- Epilepsie
- neuropsychologische Störungen
- neurologische Krankheitsbilder
- internistische und andere somatische Krankheitsbilder
- psychische und Verhaltensstörungen
- Schmerzsyndrome
- Sinnesbehinderung
- Mehrfachbehinderung

Bei der Behandlung von Erwachsenen mit Behinderung stellen sich teilweise andere oder zusätzliche fachliche Anforderungen. Außerdem liegen andere soziale Rahmenbedingungen vor als bei Kindern und Jugendlichen. In besonderer Weise trifft das auf Menschen zu, deren Behinderung im Erwachsenenalter noch fortschreitet, die ihre Behinderung überhaupt erst im Erwachsenenalter erworben haben oder bei denen auf dem Hintergrund einer bereits bestehenden Behinderung eine hinzutretende Erkrankung komplexe Anforderungen an die Behandlung stellt.

## **2 Behandlungsprozess**

Der Behandlungsprozess umfasst die Diagnostik einschließlich der Anamneseerhebung, die Therapie im engeren Sinne wie auch präventive und rehabilitative Maßnahmen. Der Behandlungsprozess gestaltet sich als interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamarbeit (vgl. § 27 SGB IX). Bei längerfristiger Gestaltung liegt ihm ein Behandlungsplan zugrunde.

Die Therapie beruht auf einer umfassenden Diagnostik.

Der gesamte Prozess orientiert sich an anerkannten fachlichen Qualitätsstandards und den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin. Bei den Zielgruppen der MZEB sind allerdings oft begründete Modifikationen gegenüber den allgemeingültigen Standards und Prinzipien erforderlich. Die Beachtung geltender gesetzlicher Bestimmungen – insbesondere zu den Patientenrechten, zum Betreuungsrecht und zum Datenschutz – ist selbstverständlich.

Im gesamten Behandlungsprozess werden im Interesse fachlicher Qualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung die Kooperationsmöglichkeiten mit Dritten, insbesondere des Regelversorgungssystems genutzt.



## **2.1 Diagnostik und Assessment**

Die Diagnostik besteht aus der angemessenen Erhebung und Würdigung anamnestischer Informationen und aktueller Befunde.

### **2.1.1 Anamneseerhebung**

Die Anamneseerhebung bezieht die Angaben der Patientin (Eigenanamnese) und dritter Personen (z. B. Angehöriger) (Fremdanamnese) ein.

Die Anamneseerhebung bezieht neben medizinischen Sachverhalten die Aspekte der sozialen Entwicklung ein. Sie berücksichtigt frühere diagnostische Einschätzungen, den bisherigen Verlauf und Wirkungen früherer Behandlungen. Dabei werden die Bestimmungen zum Datenschutz beachtet.

### **2.1.2 Klinische Befunderhebung**

Bei den Zielgruppen eines MZEB ist der diagnostische bzw. differentialdiagnostische Prozess aus verschiedenen Gründen in der Regel aufwändig und kompliziert. Daraus resultieren methodische Besonderheiten (z. B. längere Beobachtungszeit von Verläufen, erweiterter Einsatz apparativer Untersuchungen).

Soweit fachlich erforderlich, werden Untersuchungen in medikamentöser Sedierung oder in Narkose durchgeführt. Solche Untersuchungen können unter Mitwirkung des MZEB an dritter Stelle durchgeführt werden.

Die klinische Befunderhebung umfasst

- ein aktuelles interdisziplinäres und multiprofessionelles Assessment der gesundheitsbezogenen Problemlagen und medizinischen Fragestellungen
- ein aktuelles Assessment der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der individuell relevanten Kontextfaktoren (personbezogene Faktoren, Umweltfaktoren), soweit erforderlich.

Im Mittelpunkt steht die klinische Untersuchung zur körperlichen, neurologischen und psychischen Befunderhebung durch die Ärztin. Die klinische Untersuchung wird ergänzt durch zusätzliche und je nach Fragestellung erforderliche Befunderhebung durch:

- klinisch-chemische Untersuchungsverfahren
- apparative Untersuchungsverfahren (z. B. Elektroenzephalographie, Bildgebung, Ergometrie)
- psychologisch-diagnostische Verfahren zur Einschätzung von Entwicklungsaspekten (z. B. sozio-emotionales Entwicklungsniveau), Fähigkeiten und funktionellen Defiziten (z. B. exekutive Funktionsstörungen, andere neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen)
- Assessments der nichtärztlichen therapeutischen Leistungen im Bereich von Motorik, Sprache
- Verfahren zur Erkennung psychosozialer Ressourcen und Risiken.

Sofern notwendig und nicht in der fachlichen Durchführungskompetenz der behandelnden Ärztin liegend oder mangels sächlicher Ausstattungsvoraussetzungen können von ihr auch Untersuchungen, Befundinterpretationen sowie Konsile durch Ärztinnen anderer Fachrichtungen innerhalb und außerhalb des MZEB veranlasst werden. Für Überweisungen hat das MZEB eine KV-Nummer.

Auf ärztliche Veranlassung werden weitere einschlägige Befunde durch Vertreterinnen therapeutischer Berufe (z. B. Logopädie, Ergotherapie) innerhalb und außerhalb des MZEB erhoben, sofern sie nicht von dritter Seite – hinreichende Aktualität vorausgesetzt – bereitgestellt werden können.

Bei der Veranlassung und Planung der diagnostischen Maßnahmen werden fachliche Erforderlichkeit, Zumutbarkeit der Untersuchung für die Patientin (inklusive Risiken der Untersuchung) und wirtschaftliche Aspekte sorgfältig gegeneinander abgewogen.

Für ein möglichst verlässliches Bild von Krankheitszeichen und Therapiewirkungen ist es zweckmäßig, auch Beobachtungen von Dritten aus dem lebensweltlichen Kontext aufzunehmen und zu bewerten. Für Erhebung und Interpretation von besonderen Verhaltensweisen sind psychologische, neuropsychologische und heilpädagogische Kompetenzen erforderlich.

Unter ärztlicher Koordination werden die erhobenen Befunde in einer Teamdiskussion innerhalb des beteiligten Teams dargestellt, interpretiert und im Hinblick auf Relevanz sowie Handlungsbedarf in Bezug auf weiterführende Untersuchungen und auf therapeutische Konsequenzen bewertet.

Die Befunde und ihre Interpretationen werden dokumentiert. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden dabei beachtet.

Neben der klassischen medizinischen Diagnostik wird im Bedarfsfall auch ein umfassenderes Assessment auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vorgenommen. Dabei werden einzelfallbezogen und konkret die aktuellen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe, vor allem auch die hemmenden und förderlichen Kontextfaktoren erfasst. Die Ergebnisse des ICF-basierten Assessments werden im Dokumentationssystem dokumentiert. Es können gemäß dem fachlichen Profil des MZEB auch angepasste Kurzversionen (Core-Sets) der ICF verwendet werden.

Besonderes Augenmerk liegt auf der Erfassung der Kompetenzen und Ressourcen der Patientin, die für den therapeutischen Prozess unmittelbar genutzt oder dahingehend mobilisiert werden können. (In der Begrifflichkeit der ICF handelt es sich um Förderfaktoren aus dem Bereich der personbezogenen Faktoren.)

Ebenfalls besonderes Augenmerk gilt der Erfassung der Kompetenzen und Ressourcen der sozialen und physischen Umwelt der Patientin, die für den therapeutischen Prozess unmittelbar genutzt oder dahingehend mobilisiert werden können. In der Begrifflichkeit der ICF handelt es sich um Förderfaktoren aus dem Bereich der Umweltfaktoren. Dieser Schritt des diagnostischen Prozesses geht über eine rein ärztlich geführte Vorgehensweise weit hinaus. Er verlangt, dass auch die anderen beteiligten Berufsgruppen qualifizierte Beiträge liefern.

Von großer Bedeutung sind prospektiv geplante Kontrolluntersuchungen hinsichtlich der Verläufe der Krankheits- und Behinderungsbilder über die Zeit. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse führen zu Schlussfolgerungen im Hinblick auf die weitere Diagnostik und Therapie, namentlich auf die Gestaltung von Therapieplänen und Therapieempfehlungen. Insofern kann es im Längsschnitt zu wiederholten Verlaufskontrollen im MZEB von Verläufen kommen, wo im Übrigen an dritter Stelle die Therapie durchgeführt wird. Die Kontrollintervalle richten sich nach den individuellen Gegebenheiten.

### **2.1.3 Formulierung der Diagnosen**

Die Zusammenfassung der relevanten Befunde mündet in die Formulierung der Diagnosen gemäß den verbindlichen diagnostischen Kategorien der gültigen Fassung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD).

Wenn die wesentlichen Ergebnisse des diagnostischen Prozesses nicht angemessen mit ICD-Kategorien abgebildet werden können, sind ergänzende diagnostische Charakterisierungen möglich. Insbesondere sind relevante Ergebnisse des Assessments von relevanten Kontextfaktoren zu dokumentieren. Es kommt darauf an, die zutreffenden diagnostischen Kategorien nicht nur aufzulisten, sondern hinsichtlich ihrer Wechselwirkung zu bewerten.

Die Ergebnisse der Diagnostik sind dem Betroffenen und – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – auch den ihm assistierenden Personen in verständlicher Form mitzuteilen.

### **2.1.4 Zusammenarbeit in der Diagnostik**

Befunde und Diagnosen, die gegebenenfalls bei anderen medizinischen Leistungsanbietern schon vorliegen, werden herangezogen, sofern notwendig.

Sofern es von der jeweiligen Patientin bereits Vorbefunde, Diagnosen und therapeutische Erfahrungen aus einer vorangegangenen Behandlung in einem SPZ gibt, ist die behandelnde Ärztin zuständig, einen systematischen Transitionsprozess zu organisieren, falls dieser noch nicht vom SPZ angebahnt wurde.

Im Interesse von fachlicher Qualität und Wirtschaftlichkeit arbeiten die MZEB im Hinblick auf spezialisierte, aufwändige und ggf. an Großgeräte gebundene Diagnostik mit anderen Leistungsanbietern in der Region (z. B. Radiologische Praxen, Krankenhäuser) zusammen.

Vertragliche Vereinbarungen zwischen dem MZEB und niedergelassenen Ärztinnen, Zahnärztinnen oder Therapeutinnen zur Sicherstellung einer regelmäßigen Zusammenarbeit sind möglich.

## **2.2 Therapie**

Die Therapie wird geleitet von den individuellen Therapiezielen der jeweiligen Patientin. Die Belastbarkeit der Patientin und Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit werden berücksichtigt.

Bei den Zielgruppen der MZEB sind vor allem wegen verbleibender diagnostischer Unsicherheiten, wegen Besonderheiten der symptomatischen Ausgestaltung von Krankheitsbildern, wegen Verlaufsbesonderheiten und wegen Nebenwirkungsrisiken der Behandlungen die Behandlungsverläufe oft in Abfolge, Intensität, Setting usw. zu modifizieren. Oft sind demzufolge längere Behandlungsverläufe und im Prozess wiederholte multiprofessionelle Evaluationen erforderlich.

### **2.2.1 Formulierung der Therapieziele**

Ausgangspunkt der Behandlung sind die im Dialog mit der Patientin erarbeiteten und gegebenenfalls zeitlich gestaffelten Therapieziele. Bei diesem Prozess wird die Patientin im Bedarfsfall oder auf ihren ausdrücklichen Wunsch durch gesetzliche Betreuer oder Personen ihres Vertrauens unterstützt.

Am dialogischen bzw. trialogischen Prozess der Erarbeitung der Therapieziele sind wenigstens die wichtigsten Mitarbeitenden des MZEB beteiligt, die am bisherigen diagnostischen Prozess mitwirkten.

Grundsätzlich kommen in Orientierung an § 27 SGB V und §§ 26, 27 SGB IX folgende Therapieziele in Frage:

- Gesundheitliche Störungen zu beseitigen, zu lindern oder ihren Fortgang zu verhüten
- Folgeerkrankungen und -behinderungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln
- Folgen auf der Ebene der Körperfunktionen zu reduzieren
- Folgen auf der Ebene von Körperstrukturen auszugleichen
- Folgen auf der Ebene der Aktivitäten durch Behandlung oder Training oder Hilfsmittelausstattungen oder Anpassungen der Hilfsmittel zu kompensieren

Die Therapieziele werden soweit wie möglich und sinnvoll in die Perspektive der Teilhabeförderung gestellt. Die Bereiche der Teilhabe, die der Patientin wichtig sind und in denen sie eine Verbesserung ihrer Teilhabemöglichkeiten wünscht, sollten – wo sinnvoll – in der Systematik und der Terminologie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO dargestellt werden.

## **2.2.2 Art der Therapien**

Die an einem MZEB möglichen Therapien lassen sich in folgender Weise systematisieren:

- Ärztliche und zahnärztliche Therapie
- Psychotherapie
- Neuropsychologische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Physikalische Therapie einschließlich Physiotherapie
- Therapieformen der besonderen Therapierichtungen
- Kreative Therapien (ggf. zu Lasten von Leistungsträgern außerhalb der Krankenkassen)

Außerdem sind insbesondere noch die Behandlungspflege, das Pflege-Assessment, die Pflegeberatung, das Wundmanagement, die Ernährungsberatung, die Diätassistenz, die Hilfsmittelversorgung und die Methoden der Unterstützten Kommunikation als mögliche Bestandteile des therapeutischen Prozesses zu erwähnen.

## **2.2.3 Therapeutischer Prozess**

Bei den Zielgruppen eines MZEB gestaltet sich der therapeutische Prozess oft aufwändig und kompliziert. Daraus und auch aus verbleibenden diagnostischen Unsicherheiten resultieren einige methodische Besonderheiten.

Zentrale Aufgaben sind die Therapieplanung und -koordination, Therapieeinleitung sowie darauf bezogene Beratung, Leistungsvermittlung und Erfolgsevaluation.

Das Therapie-Setting (z. B. Einzeltherapie, Gruppentherapie) wird indikations- und bedarfsgerecht gewählt und im Bedarfsfall modifiziert. Gerade auf die Flexibilität von Therapie-Settings kommt es maßgeblich an.

## **2.2.4 Zusammenarbeit bei der Therapie**

Im Hinblick auf die therapeutischen Leistungen ist es wichtig hervorzuheben, dass keinesfalls alle erforderlichen Therapien oder flankierenden Leistungen unbedingt überhaupt oder langfristig durch das MZEB erbracht werden müssen. Solche Leistungen können auch an Dritte, z. B. an niedergelassene Heilmittelerbringer, im Wege von Verordnungen oder Überweisungen abgegeben werden. Insbesondere die Aufgaben der Therapieplanung und der fachlichen Beratung zu therapeutischen Aspekten (einschließlich Verlaufskontrolle) sind soweit wie möglich durch das MZEB für regionale Leistungsanbieter, die die Behandlung selbst durchführen, zu erbringen.

Die MZEB kooperieren mit den Leistungsanbietern von Gesundheitsdienstleistungen in der Region. Das bezieht sich vorrangig auf die Nutzung von Ressourcen regionaler Anbieter: niedergelassene Haus- und Fachärztinnen sowie Zahnärztinnen, niedergelassene Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Autismus-Therapiezentren, Orthopädietechnik usw. Für Überweisungen und Verordnungen hat das MZEB eine KV-Nummer.

Die Zusammenarbeit bezieht sich auch auf die Übernahme spezieller Leistungen, die andere Anbieter nicht erbringen können. Dafür kommen in Frage: Mitbehandlung, Beratung, Konsilien, Fortbildung usw.

Die MZEB arbeiten mit den Diensten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und mit den Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammen. Verbindliche Vereinbarungen sind wünschenswert.

### **2.3 Evaluation des Behandlungsprozesses**

Der Behandlungsprozess, Diagnostik, Prävention und Therapie umfassend, wird im Zusammenwirken mit der Patientin –im Bedarfsfall unterstützt durch den gesetzlichen Betreuer oder Personen des Vertrauens – durch die an der Behandlung beteiligten Personen im Hinblick auf seinen Ablauf und die Erreichung der Ziele gemeinsam bewertet.

Die Ergebnisse des Therapieprozesses werden zu vorab festgelegten Zeitpunkten bewertet und diskutiert. Die Koordinationsverantwortung für diesen Prozess trägt die behandelnde Ärztin. Die Frequenz und Detailliertheit der Evaluation richtet sich dabei nach den Gegebenheiten des Einzelfalls. Die Evaluation der Therapieerfolge ist besonders wichtig bei regelmäßigen Therapien im Bereich der Heilmittel oder bei umfangreichen Hilfsmittelverordnungen, um Unter-, Überversorgungen und Fehlversorgung zu vermeiden.

Die Eigenevaluation stützt sich auf Befragungen der Patientin wie auf standardisierte Instrumente (z.B. Fragebögen zur Lebensqualität). Ergänzungen durch das Unterstützungssystem als Fremdevaluation werden im Einvernehmen und mit Wissen der Patientin erhoben.

Die Fachleute des MZEB evaluieren die Ergebnisse des Therapieprozesses im Hinblick auf den von ihnen zu verantwortenden Therapiebereich. Sie erläutern der Patientin das Ergebnis der Evaluation. Die Ergebnisse der Evaluationen werden dokumentiert und die Therapie ggf. in Umfang, Intensität oder Setting modifiziert. Die Wünsche der Patientin finden dabei Beachtung.

Die Diskussion der Evaluationsergebnisse erfolgt sowohl unter dem Blickwinkel des individuellen Behandlungsfalles als auch unter dem Blickwinkel verallgemeinerungsfähiger Erkenntnisse hinsichtlich der Gestaltung der Behandlungsprozesse.

Die Evaluation umfasst Eigenevaluation durch die Patientin, die Evaluation durch das Unterstützungssystem und die Evaluation durch die Fachleute des MZEB. Die Ergebnisse des Evaluationsprozesses werden der Patientin in verständlicher Weise und angemessenem Umfang mitgeteilt und erläutert.

### **3 Allgemeine Anforderungen**

#### **3.1 Allgemeine Anforderungen aus Nutzersicht**

##### **3.1.1 Dienstleistungsqualität**

- Umfassende Barrierefreiheit
- Flexible Terminusverfügbarkeit bei akutem Bedarf
- Feste Ansprechpartnerin
- Ausreichend Zeit für Gespräch, Rückfragen, Anleitung
- Verständliche Aufklärung und Vermittlung zentraler Informationen
- Flexible und verlässliche Ablauforganisation

##### **3.1.2 Beziehungs- und Vertrauensebene**

- Respektvoller und diskreter Umgang
- Empathische Haltung
- Achtung der Intimität
- Geduld
- Einfühlsame und verständliche Kommunikation

##### **3.1.3 Professionalität**

- Zielgruppenspezifisches und problemspezifisches Fachwissen, Handlungskompetenz
- Zielgruppenspezifische Kommunikationskompetenz
- Konsequente Beachtung rechtlicher Aspekte (Aufklärung, Einwilligung, Datenschutz usw.)
- Kompetenzen für inter- und transdisziplinäre Arbeitsweisen im Team
- Wissen über regionale Angebotsstrukturen

#### **3.2 Allgemeine Anforderungen im Hinblick auf Kooperationspartner**

Bei den hier gemeinten Kooperationspartnern handelt es sich um zuweisende Ärztinnen, um weiterbehandelnde Ärztinnen und Therapeutinnen usw.

- Partnerschaftliche Zusammenarbeit
- Flexibilität
- Transparenz des Leistungsangebotes
- Zielgruppenspezifisches und problemspezifisches Wissen, Handlungskompetenz
- Zielgruppenspezifische Kommunikationskompetenz
- Zuverlässige Kooperation mit dem Regelversorgungssystem
- Zuverlässige und kollegiale Kommunikation mit den Behandlerinnen im Regelversorgungssystem im Fall von erforderlicher Beratung oder Mitbehandlung oder bei Überleitung ins Regelversorgungssystem. Die zeitnahe Übermittlung von einzel-fallbezogenen Informationen erfolgt nach Maßgabe der Zustimmung der Patientin.

## **4 Ausstattung**

### **4.1 Personelle Ausstattung**

Im Folgenden werden die Angaben zur Personalausstattung durchgängig im Plural und im Interesse der Lesbarkeit durchgängig in weiblicher Form gemacht. Um welche Berufsgruppen und um wie viele Vollkräftestellen und Personen es sich tatsächlich handelt, hängt von den Gegebenheiten und konkreten Aufgaben des jeweiligen MZEB ab. Insbesondere folgende Personalausstattung kommt in Frage:

- Fachärztinnen in den Fachrichtungen gemäß der inhaltlichen Ausrichtung des jeweiligen MZEB
- Ärztinnen in Weiterbildung
- Zahnärztinnen
- Pflegefachkräfte
- Psychologinnen (Diplom-Psychologinnen, Psychologinnen mit Masterabschluss)
- Psychologische Psychotherapeutinnen
- Therapeutinnen (Physiotherapeutinnen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen, Musiktherapeutinnen, ggf. Therapeutinnen besonderer Therapierichtungen)
- Heilerziehungspflegerinnen, Heilpädagoginnen, Kommunikationspädagoginnen usw.
- Sozialarbeiterinnen
- Medizinisch-technische und technische Fachkräfte (z. B. EEG-Assistentinnen, IT-Fachkräfte)
- Sekretariatsmitarbeiterinnen
- Dokumentationsassistentinnen
- Medizinische Fachangestellte
- Verwaltungsfachkräfte

### **4.2 Räumliche Ausstattung**

Alle Räume sollen umfassend barrierefrei (Zugang, Beleuchtung, Wegeleitsysteme usw.) und ausreichend groß sein.

Je nach Angebotsstruktur und Rahmenbedingungen stellt sich folgender Raumbedarf dar:

- Rezeption und Anmeldebereich
- Warteräume
- Ruheräume
- Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsräume (Möglichkeiten, Untersuchungen oder Behandlungen unter Narkose durchzuführen, müssen verfügbar sein)
- Räume für medizinische und psychologische Funktionsdiagnostik
- Räume für verschiedene Therapieformen (z. B. Physikalische Therapie, Orthopädietechnik)
- Räume für Gruppengespräche, Beratungsgespräche, Seminare, Schulungen
- Räume für die postoperative Überwachung nach ambulanten Narkosen oder Operationen
- Sanitärräume für Patientinnen
- Personalräume (Umkleide-, Sanitärräume)



### **4.3 Apparative Ausstattung**

Die apparativ-technische Ausstattung (z. B. Ultraschall, EEG, CT, MRT, audiologischer Untersuchungsplatz) richtet sich nach dem jeweiligen fachlichen Profil.

Insbesondere klinisch-chemische Labordiagnostik und aufwändige apparative Diagnostik sollte, wo immer möglich, regelmäßig durch an dritter Stelle – insbesondere im vertragsärztlichen Bereich – vorhandene Ressourcen sichergestellt werden. Es muss dabei gewährleistet werden, dass eine zeitnahe und niederschwellige Durchführung der Untersuchungen möglich ist und die Belastungen insbesondere für die Patientinnen so gering wie möglich gehalten werden.

Bürotechnische und EDV-Ausstattung, die die Überleitung von medizinischen und administrativen Daten (u. a. nach § 301 SGB V) erlaubt.

### **4.4 Weitere Ausstattung**

Je nach Ausgestaltung des Leistungsprofils werden weitere sächliche Ausstattungen (z. B. Dienstfahrzeug für aufsuchende Leistungen) notwendig.

## **5 Trägerstrukturen**

Als Träger von MZEB kommen im Interesse flexibler Anpassungen an Bedarfslagen und Gegebenheiten insbesondere Träger von Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren, Institutsambulanzen und Einrichtungen der Behindertenhilfe infrage. Es ist beispielsweise zweckmäßig, wenn ein MZEB durch einen Träger zusätzlich zu einem schon vorhandenen Sozialpädiatrischen Zentrum errichtet wird. Vor allem die Verknüpfung mit Gesundheitseinrichtungen empfiehlt sich u. a. für die Nutzung von Ausstattungen und speziellen Kompetenzen.

## **6 Finanzierung**

Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeit der MZEB wird gemäß § 120 Abs. 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der MZEB bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Sie beinhaltet medizinische und nichtmedizinische Leistungen, die für die Diagnostik, das Aufstellen des Behandlungsplanes, die Durchführung von Behandlungen und Kontrolle des Verlaufes (§ 43 b SGB V) notwendig sind. Im Sinne einer effizienten Betriebsführung und aus sachlicher Zweckmäßigkeit für die Leistungserbringung „aus einem Guss“ sollte die Vergütung als Pauschale (§ 120 Abs. 3 SGB V) ausgestaltet werden.

## **7 Qualitätssicherung**

Die MZEB führen regelmäßige Qualitätssicherungsmaßnahmen durch. Sie bilden überregionale Gremien (z. B. eine Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB, Landesarbeitsgemeinschaften MZEB) zum Austausch über Fragen der Qualitätssicherung, der fachlichen Entwicklung usw.

Im Hinblick auf die Qualifizierung der Ärztinnen, die in den MZEB tätig werden, ist wünschenswert, dass sie auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung ausgerichtete zertifizierte Fort- und Weiterbildungen schon absolviert haben oder Vorerfahrungen aus der Behandlung von Menschen mit Behinderung mitbringen oder aber im Laufe ihrer MZEB-Tätigkeit sich in geeigneter Weise fort- und weiterbilden.

## 8 Literaturhinweise

- (1) Seidel, Michael (2013): Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. *Med Men Geist Mehrf Beh* 2013; 10: 89-94.
- (2) Deutscher Ärztetag (2009): Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt IV. Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. *Dt. Ärzteblatt* 106: B 960-B962.
- (3) Gesetzentwurf der Bundesregierung – 18. Wahlperiode (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). BT-Drucksache 18/4095 (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>).
- (4) Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode (2015): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). BT-Drucksache 18/5123 (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf>).
- (5) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation: Stellungnahme der DVfR zur Anhörung von Sachverständigen zum Nationalen Aktionsplan am 17.10.2011. Ausschussdrucksache 17/(11)597/658, S. 53 ff.
- (6) Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU, SPD. Berlin 2013.
- (7) Fachverbände der Behindertenhilfe (1999): Rahmenkonzeption Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg.) (2001): *Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen*. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Stuttgart, Reutlingen, Diakonie-Verlag, S. 77-84 (auch unter [www.diefachverbaende.de](http://www.diefachverbaende.de)).
- (8) Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011): *Gemeindenahe Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung* (auch unter [www.diefachverbaende.de](http://www.diefachverbaende.de)).
- (9) Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2002): „Altöttinger Papier“. Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren.
- (10) Schmidt-Ohlemann, M. (2014): Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung – ein neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. *Recht und Praxis der Rehabilitation* Heft 2, 2014, S. 26-39.
- (11) Themenheft „Spezialisierte gesundheitliche Versorgung“. *Med Men Geist Mehrf Beh* 2013; 10: 5-94

## **Anhang**

### **Auszüge aus dem Begründungstext zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG):**

#### **Begründung zu § 43b SGB V**

„Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen muss weiter verbessert werden. Im neuen § 119c wird hierzu entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen geschaffen. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die medizinischen Behandlungszentren die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen benötigten Leistungen „aus einem Guss“ und damit insbesondere interdisziplinär erbringen. Dies schließt nichtärztliche Leistungen und folglich beispielsweise auch Leistungen, die durch Pflegefachkräfte, Heilmittelerbringer oder Hilfsmittelerbringer erbracht werden, mit ein. Die Vorschrift sieht in diesem Zusammenhang einen flankierenden Leistungsanspruch vor. Danach haben Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein Medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Die Regelung orientiert sich damit eng am bestehenden Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen nach § 43a.“

#### **Begründung zu § 119c SGB V**

„Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen muss weiter verbessert werden. Hierzu wird korrespondierend mit dem in § 43b (neu) verankerten Leistungsanspruch erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen geschaffen. Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, gewährleisten. Hierfür müssen sie geeignet sein, die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ zu erbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Behandlungszentren zu versorgende Personenkreis neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie insbesondere auch einer zielgruppenspezifischen Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz, etc.) bedarf. Die Behandlungszentren müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können. Angeboten werden sollen diejeni-

gen Leistungen, die von den betroffenen Menschen speziell benötigt werden. Hierzu können auch zahnmedizinische Leistungen gehören. Neben der Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie bzw. der Aussprache von Therapieempfehlungen für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt soll eine wesentliche Leistung der medizinischen Behandlungszentren darin liegen, die Organisation und die Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen sowie eng mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen bzw. Diensten der Eingliederungshilfe und auch anderen Professionen (Heil- und Hilfsmittelerbringer und Erbringer von Kranken-/ Behindertentransportleistungen) zusammenzuarbeiten. Medizinische Behandlungszentren können für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die als Kinder und Jugendliche durch ein sozialpädiatrisches Zentrum versorgt wurden, ein Anschlussversorgungsangebot sein. In diesem Fall soll eine systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen. Hinsichtlich der Vergütung der in den Behandlungszentren erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt wie bei sozialpädiatrischen Zentren, dass diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.“

### **Begründung zu § 120 SGB V**

„...Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden in § 119c in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119) medizinische Behandlungszentren geschaffen. Auch hinsichtlich der Vergütung gelten für die ambulanten Leistungen der medizinischen Behandlungszentren die gleichen Regelungen wie für die sozialpädiatrischen Zentren. Auch die in medizinischen Behandlungszentren erbrachten ärztlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land (z. B. der Landeskrankengesellschaft) vereinbart. Bei den Vergütungsverhandlungen sind wie bei den sozialpädiatrischen Zentren auch die in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Stellen erbrachten nichtärztlichen Leistungen angemessen zu berücksichtigen. Die vereinbarte Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung kann pauschaliert werden. Die Leistungen der medizinischen Behandlungszentren sind auf diejenigen Erwachsenen mit Behinderung auszurichten, die wegen der Schwere oder der Dauer ihrer Behinderung nicht oder nicht ausreichend durch niedergelassene Ärztinnen oder niedergelassene Ärzte bzw. von sozial-pädiatrischen Zentren behandelt werden können. Die medizinischen Behandlungszentren sollen die Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie, die Aussprache von Therapieempfehlungen für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt sowie die Organisation und Koordination verschiedener ambulanter (fachärztlicher) Leistungen anbieten. Auch für die ambulante Behandlung in ermächtigten Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a sowie für vertragsärztliche Leistungen für Versicherte mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die insbesondere auch durch die Kooperation mit medizinischen Behandlungszentren erbracht werden, soll, soweit dies medizinisch oder aufgrund der Besonderheiten bei der Ausführung der Leistung erforderlich ist, nach § 87 Absatz 3 Satz 5 vereinbart werden, dass die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden...“