

Die Situation in Deutschland

Michael Seidel
Bielefeld

„Spezialisierte Behindertenmedizin
Kick-off-Hearing im Lichte der Behindertenrechtskonvention“
Olten 22.4.2016

Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

UN-BRK

United Nations 2006



UN-BRK

Artikel 25: Gesundheit

- Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard **wie für andere Menschen.**
- Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden.

Versorgungspolitisches Paradoxon

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung haben erhöhte Belastungen mit akuten und chronischen Krankheiten sowie zusätzlichen Behinderungen.

Daraus resultiert ein erhöhter gesundheitsbezogener Versorgungsbedarf.

Im Widerspruch zum erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf ist die Versorgung deutlich schlechter als in der Durchschnittsbevölkerung.

Parallelbericht der BRK-Allianz

BRK-ALLIANZ (Hg.)

Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention

Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!



Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Auf den Seiten 51-59 des Parallelberichts sind

- 1) vielfältige Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen beschrieben: (Wissensdefizite, Kompetenzmängel, leistungsrechtliche Probleme usw.) und
- 2) konkrete Forderungen formuliert.

Unmittelbare Ursachen der Versorgungsmängel

Subjektive Faktoren im Versorgungssystem

- Unzureichender Respekt
- Unsicherheit

Objektive Faktoren

- Unzureichende Rahmenbedingungen
- Fehlendes Wissen
- Fehlen von Kommunikativer und Handlungskompetenz
- Eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten der behinderten Patienten

Es muss die gesundheitliche Versorgung verbessert werden!

Verbesserungsbedarf

- Hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung
- Psychotherapeutische Versorgung
- Pflegerische Versorgung
- Heilmittelversorgung
- Hilfsmittelversorgung (Brillen, Hörhilfen, Kommunikationshilfen usw.)
- Arzneimittelversorgung

Unmittelbare Ursachen der Versorgungsmängel

Subjektive Faktoren im Versorgungssystem

- Unzureichender Respekt
- Unsicherheit

Objektive Faktoren

- Unzureichende Rahmenbedingungen
- Fehlendes Wissen
- Fehlen von Kommunikativer und Handlungskompetenz
- Eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten der behinderten Patienten

Grunderkenntnis

Es ist ein Irrtum anzunehmen, dass die adäquate medizinische Versorgung von Menschen allein ein Problem der Einstellung, des „guten Willens“ ist.

- Vielmehr gehören oft – nicht immer – dazu:
- Spezielles Wissen
 - Spezielle kommunikative Kompetenzen und Erfahrungen
 - Spezielle Handlungskompetenzen
 - Spezielle Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Ausstattung, Zeit, Case-Management usw.).

Forderungen

Forderungen

Qualifizierung des Regelversorgungssystems

Ambulanter Sektor

Stationärer Sektor

Etablierung bzw. Ausbau spezialisierter Angebotsstrukturen

Ambulanter Sektor
Med. Behandlungszentren (§ 119c SGB V)
Psych. Instituts-Ambulanzen

Stationärer Sektor
Spezialisierte Krankenhausabteilungen
Spezialisierte Teams

UN-BRK

Artikel 25: Gesundheit

- Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard **wie für andere Menschen.**
- Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden.

Spezialangebote und Inklusion

Stehen das Gebot der Inklusion und die Forderung nach spezialisierten Angeboten zueinander im Widerspruch?

Spezialisierungen sind ein konstitutives Merkmal des deutschen Gesundheitswesens.

Gründe:

- Fachliche Qualität
- Organisatorische Gründe
- Wirtschaftliche Gründe (Effizienz)

Formen:

- **Vertikal, hierarchisch:** Hausarzt, Facharzt, Spezialsprechstunden usw., Krankenhäuser der Grundversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung
- **Horizontal:** Verschiedene Facharztrichtungen, Fachkliniken usw.

Inklusion

Der Begriff Inklusion kommt in unserem Kontext ursprünglich aus dem bildungspolitischen Diskurs.

Streitfrage:

Was ist für behinderte Kinder besser: In hochspezialisierten Sondersystemen gebildet und erzogen zu werden – oder im Regelsystem?

Inklusion

THE SALAMANCA
STATEMENT
ON
FRAMEWORK
FOR ACTION
ON SPECIAL NEEDS EDUCATION

Adopted by the
WORLD CONFERENCE
ON SPECIAL NEEDS EDUCATION:
ACCESS AND QUALITY
Salamanca, Spain, 7-10 June 1994

United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization

Ministry of
Education and Science
Spain

Die Salamanca-Konferenz 1994 (Salamanca Statement) hat sich nachdrücklich für die *Inklusion* behinderter Kinder in das schulische Regelsystem ausgesprochen.

Sie hat aber auch verlangt, dass ihnen dort alle spezialisierte fachliche Unterstützung angeboten wird, die sie brauchen!

Gesundheitssystem und Inklusion

Auf das Gesundheitssystem angewendet heißt das, dass Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt durch das Gesundheitssystem versorgt werden müssen.

Unvermeidbar kommt die Frage nach dem Stellenwert fachlicher Spezialisierungen auf.

Zwei Aspekte von Inklusion

Inklusion kann

- als **Ziel** (Analogie zum Begriff der Normalisierung) verstanden werden
oder
- als **Instrument, Methode** (z. B. behindertenpolitische Diskussion)

Gesundheitssystem und Inklusion

Die Spannung zwischen **Inklusion** und **Spezialisierung** in der medizinischen Versorgung lässt sich nur auflösen, indem man ein **Sowohl-als-auch** befürwortet:

Das medizinische **Regelversorgungssystem** muss regelmäßig der erste Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung sein - und sich darauf fachlich und organisatorisch einstellen.

Für spezielle Fragestellungen muss es **ergänzende Angebote** spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung geben (SPZ, MZEB).

Stehen das Gebot der Inklusion und die Forderung nach spezialisierten Angeboten zueinander im Widerspruch?

NEIN!

**Medizinische Behandlungszentren
(MZEB)
nach § 119c SGB V (GKV-VSG 2015)**

Vorgeschichte

Vorgeschichte

<p>2000</p> <p>Gesundheit und Behinderung</p> <p>"Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist von wesentlicher Bedeutung für die Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen"</p> <p>Diakonie-Verlag</p>	<p>RAHMENKONZEPTION 1999</p> <p>Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung</p> <p>1. Problembeschreibung</p> <p>Geistige Behinderung ist keine Krankheit; ihre Ursachen, ihre Schwere und ihr Erscheinungsbild sind vielfältig. Geistige Behinderung führt jedoch zu einer Beeinträchtigung der selbständigen Lebensbewältigung, die das Lebenserebische, unter anderem die Sorge für die eigene Gesundheit, mehr oder minder betrifft. Über die üblichen Gesundheitsrisiken der Durchschnittsbevölkerung hinaus ist geistige Behinderung häufig mit spezifischen Erkrankungsrisiken und zusätzlichen Krankheiten und Behinderungen (Multimorbidität) verbunden. Zudem weisen Menschen mit geistiger Behinderung oft Besonderheiten in Krankheitsausgangspunkt, Krankheitsverlauf sowie Diagnostik und Therapie auf, ebenso in ihrem krankheitsbezogenen Kommunikations- und Kooperationsverhalten. Daher benötigen sie spezifische fachliche Kompetenzen und besondere Rahmenbedingungen für ihre angemessene gesundheitliche Versorgung.</p> <p>Menschen mit Behinderung haben - wie alle Bürger - Anspruch auf angemessene gesundheitliche Versorgung. Dies schließt Diagnostik und Therapie bestehender Krankheiten sowie Prävention und Rehabilitation ein. Trotz dieses unverweigerbaren Anspruchs und trotz eines leistungsfähigen Gesundheitssystems ist in Deutschland die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, insbesondere in Jugend- und Erwachsenenalter, in fachlicher und organisatorisch-struktureller Hinsicht unzureichend.¹¹</p>
--	--

Ambulanzen

Es wird folgende Formulierung für einen § 119a SGB V vorgeschlagen:

„Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

(1) **Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die multiprofessionell tätig werden, fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§96) zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende spezialisierte gesundheitliche Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sicherzustellen.**

(2) **Die gesundheitliche Versorgung durch Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist auf solche behinderten Jugendlichen und Erwachsenen auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder drohender Krankheit im Zusammenhang mit ihrer geistigen oder mehrfachen Behinderung nicht von geeigneten Ärzten behandelt oder an anderer Stelle ausreichend mit Heilmitteln versorgt werden können. Die Ambulanzen sollen mit den Ärzten und den anderen medizinischen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“**

GKV-VSG § 43a, § 119c, § 120 SGB V Gesetzestexte und Begründung

Gesetzgebung GKV-VSG § 43b SGB V

§ 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.

Gesetzgebung GKV-VSG § 43b SGB V - Begründung

Zu Nummer 11 (§ 43b)

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.

Gesetzgebung GKV-VSG § 119c SGB V

„§ 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.“

Gesetzgebung GKV-VSG § 119c SGB V – Begründung

Zu Nummer 55 (§119c)

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 sozialpädiatrische 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.

Gesetzgebung GKV-VSG § 119c SGB V – Begründung (Fortsetzung)

Angeboten werden sollen diejenigen 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 Hilfsmittelherbringer 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.

Gesetzgebung GKV-VSG § 120 Abs. 2 und 3 SGB V

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Leistungsfähigkeit“ die Wörter „der Hochschulambulanz“, eingefügt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.
- cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanz sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 5 zu berücksichtigen.“
- dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „an“ die Wörter „nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und nach dem Wort „Investitionskostenabschlag“ die Wörter „von höchstens 5 Prozent“ eingefügt.
- ee) In Satz 6 werden die Wörter „... falls bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vergleichbare Leistungen erbracht werden“ gestrichen.

Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter „der medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.
- bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutambulanz“ das Wort „und“ durch ein Komma und das Wort „die“ ersetzt und werden nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt.

Gesetzgebung GKV-VSG § 120 Abs. 2 und 3 SGB V - Begründung

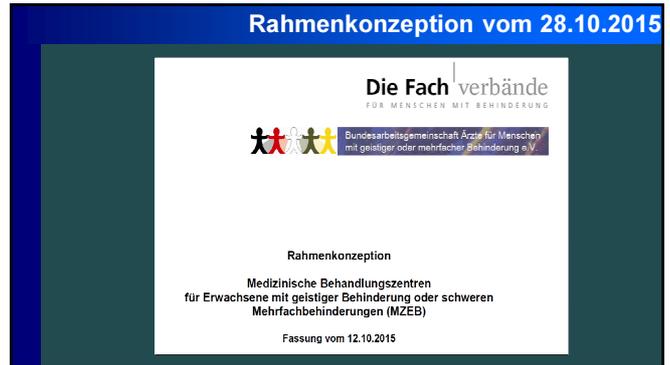
Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden in § 119c in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119) medizinische Behandlungszentren geschaffen. Auch hinsichtlich der Vergütung gelten für die ambulanten Leistungen der medizinischen Behandlungszentren die 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 Landeskrankenhausgesellschaft) 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.

Gesetzgebung GKV-VSG § 120 Abs. 2 und 3 SGB V – Begründung (Fortsetzung)

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 sozialpädiatrischen 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.

Rahmenkonzeption MZEB



Ausgewählte Aspekte

- Ambulantes Angebot
- Zielgruppen: Erwachsene mit Behinderung
 - seit Kindheit oder Jugend an oder
 - im Erwachsenenalter erworben
- Zuständigkeit, soweit und solange die Angebote des das Regelversorgungssystems nicht ausreichen
 - Zugang in der Regel auf Überweisung
 - Multiprofessionalität
 - Variabilität der fachlichen Schwerpunkte
 - Kooperation mit Regelversorgungssystem

Strukturmerkmale

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 Diätassistenten, die Hilfsmittelversorgung und die Methoden der Unterstützten Kommunikation als mögliche Bestandteile des therapeutischen Prozesses zu erwähnen.

Strukturmerkmale

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

Allgemeine Schlussfolgerungen

Entwicklung eines horizontal und vertikal kooperierenden Systems

- Arbeitsteilung
- Multiprofessionalität
- Vorrang ambulanter und aufsuchender (mobiler) Angebote
- Vorrang der Regelversorgung

Allgemeine Schlussfolgerungen

- Entwicklung eines horizontal und vertikal kooperierenden Systems
- Gesteuerter und moderierter Prozess
 - Gemeinsame Fortbildungen

BAG MZEB e. V.

Bundesarbeitsgemeinschaft Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung e. V. (BAG MZEB)

Gründungsversammlung am 14.12.2015 in Kassel-Wilhelmshöhe
Mitgliedschaft nur für juristische Personen

Träger, die schon über ein MZEB oder ein vergleichbares Angebot verfügen oder ein MZEB zu etablieren beabsichtigen

BAG MZEB e. V.

Gründungsversammlung am 14.12.2015 in Kassel-Wilhelmshöhe

Ca. 100 TN

Verabschiedung einer Satzung

Wahl eines Vorstandes

Wie geht es weiter?

- Eintragung Registergericht Charlottenburg
 - Anträge auf Ermächtigung bei den Zulassungsausschüssen
- Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen
- Erfahrungsaustausch innerhalb der BAG MZEB e. V

Anforderungen an das medizinische Regelversorgungssystem

Anforderungen an das Regelversorgungssystem

Schaffung barrierefreier Zugangsvoraussetzungen in Anwendung eines umfassenden Barriere-Begriffs gemäß ICF:

- Schaffung bedarfsgerechte Vergütungsregelungen für Mehraufwand
 - Beseitigung von physischen Zugangsbarrieren
 - Vermittlung von einschlägigem Fachwissen und Handlungskompetenzen an alle Akteure im Gesundheitswesen

Anforderungen an die Gesundheitspolitik

Anforderungen an die Gesundheitspolitik

- Konsequente Umsetzung des §2a SGB V
- Beseitigung von Leistungsausschlüssen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Beseitigung von faktisch wirksamen Ausgrenzungen für Menschen mit sehr geringen Einkommen: Zuzahlungen, Aufzahlungen zu bestimmten Krankenkassenleistungen
- Flexibilisierung von Leistungen (z. B. Hausbesuche) für bestimmte Problem- und Lebenslagen

seidelm2@t-online.de

*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!*