



Foto: picture alliance/Bildagentur-online, Tetra Images

Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Politisches Handeln steht (noch) aus

Bis Ende des Jahres will die Regierungskoalition einen Aktionsplan für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen vorlegen. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB).

Soweit, so gut: Die Bundesregierung aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP kündigte in ihrem Koalitionsvertrag einen Aktionsplan für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen bis Ende 2022 an. Die Koalitionsvereinbarung enthält das Ziel, die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) (1) als wichtiges Element der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen zu stärken (2). Es besteht Handlungsbedarf, denn der Ausbau der MZEB-Landschaft verläuft zögerlich. Entschlossenes politisches Handeln lässt auf sich warten.

Mit ihrer Absichtserklärung reagieren die Koalitionspartner zumindest auf die Problemanzeigen der MZEB während der letzten Jahre: So schreitet die Entwicklung der MZEB in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf deren einigermaßen gleichmäßige regionale Verteilung, seit 2015 nur langsam und in den Bundesländern nur ungleichmäßig voran. Bedarfsdeckung konnte bislang bei Weitem nicht erreicht werden. Antragsverfahren auf Ermächtigungen von MZEB sowie die Leistungs- und Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen verlaufen oft zäh. Unzulängliche Vergütungen behindern die Arbeit der MZEB oft erheblich. Restriktive Festlegungen

hinsichtlich des Zugangs zu den MZEB und bezüglich des Leistungsumfangs beeinträchtigen die Arbeit.

Die Defizite zu überwinden, wurde bereits mehrfach gefordert, beispielsweise durch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019 (3), die 93. Gesundheitsministerkonferenz 2020 (4) und den 125. Deutschen Ärztetag 2021 (5). Dennoch ist immer noch keine substanzielle Besserung eingetreten.

Die Gesamtsituation steht im grundlegenden Widerspruch zur deutschen Gesetzgebung (Art. 3 Grundgesetz, Behindertengleichstellungsgesetz, § 2 a Sozialgesetz-

buch (SGB) V, §§ 119 c und 43 b SGB V) und nicht zuletzt zur UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 25). Ihr zufolge dürfen Menschen mit Behinderung hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung nicht benachteiligt werden. Außerdem sollen sie diejenigen Leistungen der Gesundheitsversorgung erhalten, die sie aufgrund ihrer Behinderung benötigen.

Die Probleme bei der Umsetzung des § 119 c SGB V sind vielfältig. Zu unterscheiden ist zwischen solchen für schon bestehende MZEB und solchen für gründungswillige Träger. Letztere stehen langwierigen – teilweise mehrjährigen – und komplizierten Prozessen gegenüber, gerade auch bei den Vergütungsverhandlungen. Eine erhebliche Anzahl von Trägern rückt deshalb wieder von der Absicht ab, ein MZEB zu errichten.

Heterogene Struktur

Bereits tätige MZEB sind bezüglich ihrer fachlichen Schwerpunkte, Organisationsstruktur, Anbindung, personellen und sächlichen Ausstattung sehr heterogen, darum sind die Probleme unterschiedlich ausgeprägt. Häufig stehen infolge der Maßgaben der Krankenkassen einengende Diagnoselisten, bestimmte Grade der Behinderung oder Merkmale, Begrenzungen der Fallzahlen oder der Intention des Gesetzgebers offenkundig zuwiderlaufende Reduzierungen des MZEB-Auftrages auf eine bloße Lotsenfunktion oder reine Diagnostik im Vordergrund. Bei anderen sind notwendige Wiedervorstellungen begrenzt; neben der Behandlung sind auch Verordnungen, Überweisungen oder parallele Behandlungen durch andere spezialisierte Behandlungsangebote ausgeschlossen. Häufig bestehen hohe und nicht refinanzierte Anforderungen an den Dokumentationsumfang zur Leistungserfassung. Zugestandene Vergütungen decken den überdurchschnittlichen Aufwand, der aus den Besonderheiten der Patientengruppe sowie der konstitutiven interdisziplinären Arbeitsweise resultiert, nicht, mit der Konsequenz der Beschränkung des Leistungsangebotes. Namentlich

fehlt die Refinanzierung der gesetzlich und vertraglich verankerten Vernetzung in der Region sowie eine fehlende Refinanzierung beispielsweise von Gebärdendolmetschern.

Die Krankenkassen beziehen sich in den Verhandlungen offenkundig auf das interne, nie veröffentlichte Gemeinsame Eckpunktpapier der Krankenkassenverbände Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen gemäß § 119 c SGB V vom Juni 2016. Viele seiner Positionen stehen im offenkundigen Widerspruch zum Gesetz, etwa wenn dort behauptet wird, MZEB hätten keinen Behandlungsauftrag.

Die Auswahl der geschilderten Probleme belegt: Eine Weiterentwicklung der MZEB-Landschaft ist dringend nötig und muss auf mehreren Ebenen ansetzen. Es bedarf sowohl des zügigen Ausbaus der MZEB-Angebote in Richtung bedarfsgerechter Flächendeckung als auch der qualitativen und konzeptionellen Weiterentwicklung der MZEB. Für neue MZEB müssen die Zulassungsverfahren zügig durchgeführt sowie Restriktionen in den vorhandenen MZEB besei-

tigt werden, insbesondere solche, die der Erfüllung des gesetzlichen Auftrages aus § 119 c SGB V widersprechen. Dazu muss das erwähnte krankenkasseninterne Eckpunktpapier verbindlich außer Kraft gesetzt werden. In künftigen Zulassungsbescheiden und Leistungsvereinbarungen müssen kontraktproduktive Restriktionen von vornherein vermieden werden; in bestehenden Zulassungsbescheiden und Leistungsvereinbarungen müssen sie spätestens bei anstehenden Verlängerungen entfallen.

Ausreichende Mittel nötig

Nötig sind aufwandsgerechte Vergütungen. Die Finanzierung der MZEB muss ihnen ermöglichen, personelle und sächliche Ausstattungen vorzuhalten, die im Hinblick auf die in ihren fachlichen Schwerpunkten anfallenden Fragestellungen und Indikationen anerkannter Standard sind. Dazu gehören leistungsfähige diagnostisch-technische Ausstattungen gemäß dem Stand der Wissenschaft, telemedizinische Ausstattungen für die Einholung externer Expertise und für die Beratung anderer Akteure sowie für Fernbehandlungen, fachlich einschlägige Expertise zu Sozialmedizin und Sozialer Arbeit, um den umfangreichen vertragsärztlichen Versorgungsvertrag und den Versorgungsauftrag nach §§ 43 b und 119 c SGB V erfüllen zu können.

Von großer Bedeutung sind ausreichende Ressourcen für aufsuchende interdisziplinäre Arbeit. Nötig ist die Finanzierung personeller Ressourcen für die aktive Mitwirkung der MZEB an der Aus-, Fort- und Weiterbildung des ärztlichen, psychotherapeutischen sowie des nichtärztlichen Personals (Pflege, Soziale Arbeit, therapeutische Fachberufe) sowie für Information und Beratung der Partner aus der Regelversorgung.

Bei der Errichtung von neuen MZEB sind wohl auch Förderprogramme zweckmäßig. Unterstützt werden sollte insbesondere das Programm Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP).

Gesetzliche Grundlagen der MZEB

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2015 in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) die gesetzlichen Grundlagen für die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geschaffen. Es wurde dafür ein § 119 c Sozialgesetzbuch V (SGB V), für ergänzende nichtärztliche Leistungen außerdem ein § 43 b SGB V eingeführt und der § 120 SGB V ergänzt.

Die MZEB arbeiten interdisziplinär unter ärztlicher Leitung. Sie sollen als spezialisiertes Element das ambulante Regelversorgungssystem ergänzen und die gesundheitsbezogenen Versorgungslücken für die Zielgruppe schließen helfen. Gesetzestext und Begründung (6) bestimmen die ambulante Behandlung als Auftrag der MZEB. Nach § 119 c Abs. 1 SGB V ist die Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Einschränkende Festlegungen bestehen nicht.

In größeren Versorgungsregionen sollten möglichst viele fachliche Schwerpunkte in arbeitsteiliger Zusammenarbeit der MZEB abgedeckt werden. Für einen einzelnen Patienten mit kombinierten Problemen, die verschiedene ärztliche Fachdisziplinen benötigen, heißt das, dass er im Bedarfsfall auch zwei oder auch mehrere MZEB oder andere medizinische Spezialangebote beanspruchen darf. Obwohl für die Beantragung eines MZEB oder dessen Erweiterung der Träger verantwortlich ist, sollten Impulse dazu auch von regionalen Netzwerken oder von der gesundheitspolitischen Ebene ausgehen können. Die MZEB sollten sich für die Weiterentwicklung eines möglichst umfassenden fachlichen Spektrums abstimmen und dafür eine Zusammenarbeit etwa in Landesarbeitsgemeinschaften der MZEB vereinbaren. Unterstützen könnten hierbei die Landesgesundheitsministerien.

Diverse Versorgungsdefizite

Unbestrittener Fakt ist, dass die Zielgruppe trotz überdurchschnittlicher Belastung mit psychischen Störungen mit erheblichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsdefiziten konfrontiert ist. Die MZEB müssen daher einen substanziellen Beitrag zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung leisten können. Angesichts der Bedeutung somatischer Faktoren im Entstehungsgefüge von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei der Zielgruppe erscheint gerade die Verknüpfung psychiatrischer Schwerpunkte mit somatischen Schwerpunkten in den MZEB zweckmäßig (13). Nötig sind standortspezifisch modifizierte Konzepte für die störungsbild- beziehungsweise krankheitsbildspezifische Transition sowie standortspezifisch ausgerichtete Konzepte für die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Regelversorgung und des öffentlichen Gesundheitswesens.

Der Handlungsbedarf ist groß. Erfordernisse bestehen sowohl auf der gesundheitspolitischen und der

Selbstverwaltungsebene als auch der Ebene der MZEB. Auf der gesundheitspolitischen Ebene sind die Landesgesundheitsministerien gefordert, darauf zu achten, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich nur Verträge zwischen den Krankenkassen und den Trägern abgeschlossen werden, die den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Der Zugang für die Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung muss deutlich erleichtert



Foto: M.Dier & M.Frommherz/stock.adobe.com

und Zugangsbarrieren müssen vermieden werden. Die Landesgesundheitsministerien sind gefordert, die aus Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention resultierende Verantwortung des Staates für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung auch im Hinblick auf die MZEB konsequent wahrzunehmen. Dazu sollte es ein regelmäßiges Monitoring der Entwicklung geben sowie einen regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen sowie den Landesbehindertenbeauftragten. Konfliktsituationen zwischen MZEB-Trägern

Die steigende Lebenserwartung führt künftig zu einem höheren Bedarf an MZEB-Kapazitäten.

und Kassen sollten moderiert werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sollte bezüglich des geplanten Aktionsplanes prüfen, wie die Landesgesundheitsministerien für die Wahrnehmung ihrer Aufsichtspflichten gegenüber den Gremien der Selbstverwaltung gestärkt werden können. Das BMG muss verlässliche Daten zu den MZEB erheben können, um den bedarfsgerechten Ausbau und die Weiterentwicklung begleiten und den Beteiligten eine Datengrundlage bereitstellen zu können.

Fokus gehört auf die MZEB

Die Beauftragten der Landesregierungen und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung sollten die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung unter deren Einbeziehung zu einem Schwerpunkt ihrer Aktivitäten machen, damit der Aktionsplan der Bundesregierung sein Ziel erreichen kann. Zudem sollten auf Bundes- und Landesebene Förderprogramme geprüft werden, die vorzugsweise die Startphase von MZEB unterstützen.

Auf der Selbstverwaltungsebene kommt den Zulassungsausschüssen und Krankenkassen eine hohe Verantwortung gegenüber allen Versicherten einschließlich der Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu, um deren bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Den Krankenkassen und der Vertragsärzteschaft ist mit Nachdruck zu verdeutlichen, dass ihre Verantwortung gemäß deutschem Recht (insbesondere § 2 a SGB V) und gemäß den Art. 25 und 26 der UN-Behindertenrechtskonvention die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung einschließt.

Die Krankenkassen müssen sich den Herausforderungen stellen, die sich unter anderem aus den in den Teilhaberberichten 2016 (14) und 2021 (15) der Bundesregierung in Bezug auf die Mängel in der Gesundheitsversorgung ergeben. Zudem müssen sie das Gemeinsame Eckpunktepapier von 2016 voll-

ständig zurückziehen; es ist weder sachgemäß noch entspricht es Geist und Buchstaben der gesetzlichen Regelung. Stattdessen sollten die Krankenkassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB zu offenen Fragen in den Dialog treten. Interessenvertreter der betroffenen Patientinnen und Patienten sollten einbezogen werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte sich verpflichtet sehen, die ärztlichen Vertreter in den Zulassungsausschüssen mit Nachdruck darauf zu orientieren, dass die Etablierung der MZEB der wiederholt bekräftigten Position der deutschen Ärzteschaft entspricht und deshalb von ärztlichen Vertreterinnen und Vertretern in den Gremien der Selbstverwaltung deutliche Unterstützung erwartet wird.

Anspruchsvolle Aufgaben bestehen zudem für die MZEB selbst. So muss unter anderem die Rahmenkonzeption von 2015 angesichts neuer fachlicher Erkenntnisse und Erfahrungen in einem partizipativen Prozess in Verantwortung der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB zu einer Rahmenkonzeption MZEB 2.0 fortentwickelt werden.

Unterschiedliche Bedarfe

Dass die MZEB-Landschaft sich vielgestaltig darstellt, ist unvermeidbar. So gibt es unterschiedliche regionale Bedarfe, verschiedene fachliche Schwerpunktsetzungen, diverse sozialräumliche und verkehrsräumliche Standortbedingungen und Trägerstrukturen und so weiter. Auch die Kooperationen und Synergien mit sonstigen Angeboten der Träger und Kooperationspartner bezüglich der personellen und sächlichen Ausstattung variieren, ebenso die regionalen Gegebenheiten der Gesundheitsversorgung.

Diese Vielgestaltigkeit und die noch ungleichmäßige Entwicklungssituation der MZEB verlangen ein umsichtiges Vorgehen bezüglich verpflichtender Festlegungen zur Struktur- und Prozessqualität. Allzu weitgehende allgemein verbindliche Festlegungen könnten eine bedarfsgerechte sozialräumliche Platzierung sowie quantitative und

Geschichte der MZEB

Die Vorgeschichte der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) bis zur Einführung des § 119 c SGB V erstreckte sich über fast zwei Jahrzehnte (7, 8). Seit Mitte der 1990er-Jahre kritisieren die Fachverbände der Behindertenhilfe die gesundheitsbezogenen Versorgungsdefizite für Menschen mit geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderungen. Sie entwickelten Zielvorstellungen und Handlungsoptionen zu deren Überwindung, die auf zwei Forderungen hinausläuft:

Qualifizierung des medizinischen Regelversorgungssystems für die gesundheitlichen Belange von Menschen mit Behinderung einerseits und Ergänzung der Angebote der Regelversorgung durch spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderung andererseits.

Das Ende der 1990er-Jahre entwickelte Konzept für Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (später als Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung bezeichnet) (9) wurde kontinuierlich in die Gesundheitspolitik und in die Diskussionen der Ärzteschaft eingebracht. Die Entwicklungserfordernisse und die Vorschläge der Fachverbände konnten auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz dargestellt (10) werden, was zu mehreren unterstützenden Beschlüssen führte (11).

Nachdem 2013 der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD gesetzliche Regelungen für die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung angekündigt hatte, erarbeiteten die Fachverbände in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren, mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärztinnen und Ärzte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und mit anderen Gremien eine MZEB-Rahmenkonzeption. Deren vorläufige Fassung von 2014 wurde in den Gesetzgebungsprozess eingebracht. 2015, nach der Verabschiedung des Gesetzes, wurde die Rahmenkonzeption präzisiert, mit den gesetzlichen Regelungen harmonisiert und veröffentlicht (12).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung fördert als bundesweite Plattform die Entwicklung der MZEB, ihren Austausch zu strategischen, konzeptionellen, fachlichen und anderen Fragen und bringt sich in die gesundheitspolitische Diskussion ein.

Seit 2015 wurde unter Bezug auf den neuen § 119 c SGB V und auf die Rahmenkonzeption der MZEB eine Reihe von Anträgen auf Ermächtigung gestellt. Die Verhandlungen sind langwierig, schwierig und oft erfolglos. Die Zahl der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung nimmt nur langsam zu. Die Zahl aktiver MZEB dürfte derzeit zwischen 45 und 50 liegen.

qualitative bedarfsgerechte Ausstattung verhindern. Zurückhaltung ist auch gegenüber allzu detaillierten Aussagen zur personellen und sächlichen Ausstattung oder zu obligaten formalen Qualifikationsmerkmalen des Personals geboten. Jetzt schon Messziffern zur Anzahl und Verteilung von MZEB in den Versorgungsregionen auszugeben, ist verfrüht. Die bloße Orientierung an den numerischen Merkmalen regionaler Verteilung der MZEB ist ohne Beachtung ihrer fachlichen Schwerpunkte sowie der sozial- und verkehrsräumlichen Gegebenheiten nicht zielführend. Demzufolge sind alle Aussagen daraufhin zu überprüfen, ob sie die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Versorgung für Menschen mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen zu fördern vermögen oder unerwünschte Effekte bewirken.

Patientenzahlen steigen

Die große Altersspanne der Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr und die steigende Lebenserwartung der Zielgruppe lassen annehmen, dass es wohl eher mehr MZEB-Kapazitäten als Kapazitäten der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) geben muss. Nicht alle Patienten, die im Kindes- und Jugendalter auf ein SPZ oder andere besondere pädiatrische Behandlungskontexte angewiesen waren, brauchen automatisch eine Anschlussperspektive in einem MZEB. Doch auf die MZEB kommen neben den aus den SPZ übergeleiteten Patienten diejenigen Patienten zu, deren Beeinträchtigungen erst nach dem 18. Lebensjahr eintreten oder sich manifestieren.

Generell gilt: Die bedarfsgerechte Entwicklung der MZEB-Landschaft ist eine komplexe Aufgabe für viele Akteure. Sie braucht einen kräftigen politischen Impuls, der Gestaltungsspielraum fördert und Barrieren beseitigt.

Prof. Dr. med. Michael Seidel,
Dr. med. Maria del Pilar Andriano Garcia,
Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3522
oder über QR-Code.



Zusatzmaterial Heft 35–36, zu:

Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Politisches Handeln steht (noch) aus

Bis Ende des Jahres will die Regierungskoalition einen Aktionsplan für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen vorlegen. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB).

Literatur:

- Seidel M, Schmidt-Ohlemann M, Andrino M: Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) – Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung. Ein Diskussionsbeitrag. Online im Diskussionsforum der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVFR) 2022. www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/mzeb-erfordernisse-und-herausforderungen-fuer-die-weitere-entwicklung (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP); 85.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen: Teilhabempfehlungen. 2019. www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/LS/Teilhabempfehlungen-Leicht-e-Sprache.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Gesundheitsministerkonferenz Videokonferenz am 30. September 2020. TOP 10.1. Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie des Versorgungsauftrages von MZEB. 2020. www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1046&jahr=2020 (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
125. Deutscher Ärztetag Berlin 1.–2. November 2021. Beschluss I-52 Umsetzungsprobleme bei der Etablierung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen lösen. Beschlussprotokoll S. 20–21. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/125.DAET/Beschlussprotokoll_125DAET2021_Stand_24112021.pdf (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Deutscher Bundestag: Drucksache 18/4095. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) 2015; 114 f. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf> (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Seidel M: 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.
- Schmidt-Ohlemann M: Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung – ein neues Element der Gesundheitsversorgung im Koalitionsvertrag. *Recht und Praxis der Rehabilitation* 2014; 2: 26–39.
- Fachverbände der Behindertenhilfe: Rahmenkonzeption Ambulanzen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. In: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (ed.): *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. 2001; Stuttgart, Reutlingen, Diakonie-Verlag, 77–84. www.diefachverbaende.de.
- Seidel, M. Bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Vortrag beim 112. Deutscher Ärztetag in Mainz 2009. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DAET2009Seidel-Folien.pdf (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Deutscher Ärztetag: Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV. Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. *Dt. Arzteblatt* 2009; 106: B 960–2.
- Die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen: Rahmenkonzeption Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB), 12. Oktober 2015. https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2015-10-12-Rahmenkonzeption_MZEB_2015.pdf (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: Positionspapier Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Empfehlungen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. 2022. <https://dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/positionspapier-mzeb.de.html> (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Bundesregierung: Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhaber – Beeinträchtigung – Behinderung. 2016: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhaberbericht.pdf?jsessionid=027CAA88A27C843367EB8560AA82CDD4.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=1 (last accessed on XX XXXXXX XXXX).
- Bundesregierung: Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhaber – Beeinträchtigung – Behinderung 2021. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhaberbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (last accessed on XX XXXXXX XXXX).