

BAG MZEB e.V. | c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30 | 79106 Freiburg

Innovationsausschuss beim GBA
Prof. J. Hecken
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Donnerstag, 7. März 2024

Stellungnahme der BAG MZEB zum Ergebnisbericht des Projekts „Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB) (MeZEB)“ (Förderkennzeichen: 01VSF18040)

Sehr geehrte Damen und Herren,
als Vorstand und Beirat der BAG MZEB nehmen wir hiermit Stellung zum von Ihnen versandten Ergebnisbericht des vom Innovationsfonds im Zeitraum 01.01.2019 – 31.08.2022 geförderten Projektes „*Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MeZEB)*“. Unsere Stellungnahme beschränkt sich ausdrücklich auf ausgewählte Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung.

- 1) Wir begrüßen sowohl, dass der Innovationsausschuss das Projekt MeZEB mit einer Fördersumme von 1 Million € in Auftrag gegeben hat, als auch, dass er dem inzwischen abgeschlossenen Projekt mit Beschluss vom 15.12.2023 bestätigte, die Versorgungserfahrungen von Erwachsenen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen innerhalb und außerhalb des Versorgungsrahmens von MZEB erfolgreich aufgearbeitet zu haben.
- 2) Wir begrüßen die vielschichtige, komplexe Forschungsmethodik, mit der die Projektbeteiligten an die ihnen aufgetragenen Fragestellungen herangegangen sind.
- 3) Die von der einbezogenen Gruppe der Patientinnen und Patienten sowie von den einbezogenen Angehörigen berichteten Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und Benachteiligungserfahrungen innerhalb Gesundheitswesens bestehen seit langem. Offenkundig hat sich die Situation in den letzten Jahren nicht durchgreifend verbessert, vielmehr hat sie sich wahrscheinlich während der letzten Jahrzehnte eher zugespitzt.

BAG MZEB e.V. Geschäftsstelle
c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
79106 Freiburg

www.bagmzeb.de
bagmzeb@intercongress.de
Tel: +49 761 69 699 - 19
Fax: +49 761 69699 - 11

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFSWDE33MAG
IBAN: DE60 8102 0500 0001 5394 00

Vorstand:
Dr. Wolfgang Köhler
Dr. Anne Bredel-Geißler
Dr. Anja Klafke
Dr. Sabine Lindquist
Kristina Timmermann



Die erwähnten Probleme der Gesundheitsversorgung von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen sind wenigstens seit den 1990er Jahren wiederholt von verschiedener Seite an die Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen herangetragen worden. Im Ergebnis dieser Bemühungen sind im Jahre 2015 der § 119 c SGB V und der § 43b SGB V eingeführt worden.

Doch ungeachtet dessen besteht die Herausforderung weiter, dass sich das deutsche Gesundheitswesen mit alle seinen Akteuren für die Versorgung auch für Menschen mit jedweder Art und Schwere von Beeinträchtigungen verantwortlich und zuständig erklärt, sich folgerichtig dafür organisatorisch, fachlich und ressourcenmäßig adäquat aufstellt und die notwendigen Ressourcen und Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt bekommt.

- 4) Wenn auf der Grundlage einer gesamtgesellschaftlich ausgerichteten Strategie darauf hingearbeitet wird, das gesamte Gesundheitswesen im Einklang mit der deutschen Gesetzgebung (insbesondere § 2 a SGB V) und der UN-Behindertenrechtskonvention (insbesondere Artikel 25 UN-BRK) im umfassenden Sinne zugänglich und barrierefrei zu gestalten, wird das Ergebnis allen Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens zugutekommen.

- 5) Der Projektbericht bestätigt unsere eigene Wahrnehmung, dass MZEB oft vor allem auch deshalb in Anspruch genommen werden, weil vielfältige Zugangshindernisse und Barrieren im Regelversorgungssystem der bedarfsgerechten Versorgung im Wege stehen. Solche Zugangshindernisse und Barrieren begegnen vielen Patientinnen und Patienten, wirken sich jedoch auf die Zielgruppe der MZEB in besonderem Maße aus. Wir betonen demgegenüber, dass sich die MZEB in erster Linie erforderlich sind, um ein zielgruppenspezifisch qualifiziertes fachliches Angebot, ein den komplexen Bedarfen der Zielgruppe begegnendes multidisziplinäres Team und ein an den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtetes Behandlungssetting vorzuhalten.

Nicht hingegen sind die MZEB hauptsächlich dafür bestimmt, die strukturellen und organisatorischen Mängel, die vielfältigen Zugangshindernisse, die mangelhafte Barrierefreiheit und allgemeinen Unzulänglichkeiten des deutschen Gesundheitswesens auszugleichen. Ihre Effektivität nimmt zu in dem Maße, wie sie mit barrierefreien Angeboten des Regelversorgungssystems zusammenarbeiten können.

Die MZEB sollen auch nicht das Regelversorgungssystem vom Mehraufwand für die Versorgungsbedarfe von Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen entlasten; sondern sie sollen die zumeist komplexen und speziellen Versorgungsbedarfe ihrer Zielgruppe decken, wenn diese Versorgungsbedarfe die Möglichkeiten des Regelversorgungssystem in fachlicher, konzeptioneller, organisatorischer und logistischer Hinsicht überfordern. Auch darin begründet sich die Zusammenarbeit der MZEB mit den übrigen Angeboten des Gesundheitswesens.

Die MZEB als spezialisiertes Angebot innerhalb des ambulanten Sektors sind kein befristetes Übergangsangebot nur für die Zeit, in der umfassende Barrierefreiheit und Inklusion noch nicht erreicht sind. MZEB werden und müssen Bestand haben im Gesundheitssystem der Zukunft gemäß dem Grundverständnis von Arbeitsteilung und Spezia-



lisierung als Merkmale moderner Gesundheitssysteme. Dabei sollen die MZEB ihre Expertise und Kompetenzen in das Regelversorgungssystem einbringen, sowohl im einzelfallbezogenen Kooperationskontext bei Mit- und Weiterbehandlung als auch im Wege strukturierter Mitwirkung an Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hier ergibt sich auch ein Anknüpfungspunkt zur Versorgungsforschung.

- 6) Die festgestellten Informationsdefizite über Existenz, Angebotsprofile, Voraussetzungen der Inanspruchnahme usw. der vorhandenen MZEB verlangen eine umfassende Informationsstrategie insbesondere innerhalb der Ärzteschaft, auf den Informationsplattformen der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch durch die Selbsthilfe, durch die Fachverbände usw.
- 7) Als besorgniserregend sehen wir die im Bericht enthaltenen Hinweise auf beachtliche Schnittstellenprobleme zwischen den Angeboten der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe, die schlimmstenfalls den Behandlungsabbruch laufender Behandlungen in MZEB bewirken. Die Ursachen dieser Schnittstellenprobleme sind komplex. Sie gründen unter anderem in konzeptionellen Mängeln bei Leistungsträgern und -anbietern der Eingliederungshilfe insbesondere im Hinblick auf die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsorge als integraler Bestandteil des Leistungsspektrums einerseits, in unzureichender Ressourcenausstattung der Leistungsanbieter andererseits¹. Die Schnittstellenprobleme bedürfen einer gründlichen Analyse als Ausgangspunkt von gezielten Maßnahmen, um die beabsichtigten Verbesserungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung auch denjenigen Personen zugänglich machen, die auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind.
- 8) Die im Bericht angesprochene freie Arztwahl ist für uns essenziell. Es ist für uns selbstverständlich, dass Inanspruchnahme der MZEB immer das Einverständnis der Patientinnen und Patienten voraussetzt. Der Zugang zu den MZEB erfolgt in der Regel durch ärztliche Überweisung. Ob und wie lange, vor allem in welchem Umfang die Behandlung im MZEB erfolgt, richtet sich – stets das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorausgesetzt – insbesondere nach dem individuellen fachlichen Bedarf, nach dem inhaltlichen Angebotsprofil des MZEB und nach den Möglichkeiten, die das Regelversorgungssystem für die Mit- und Weiterbehandlung bietet. Die MZEB sind weder darauf angelegt, regelhaft die Langzeitbehandlung zu übernehmen oder umgekehrt regelhaft die Inanspruchnahme zeitlich zu begrenzen. Es kommt ausnahmslos auf die individuelle Bedarfsdeckung an. Erst recht nicht wird etwa von Patientinnen und Patienten im MZEB verlangt, aus ihrer Sicht bedarfsgerechte ärztliche Versorgung an andernorts aufzugeben, um neben der

¹ Hingewiesen sei auf das Positionspapier der DVfR „Gesundheitsorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe Positionspapier der DVfR“ vom Juni 2021: (https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionspapier_der_DVfR_Gesundheitsorge_Juni_2021_bf.pdf, Zugriff 202.2024)



primär angesteuerten Fachrichtung im MZEB gegebenenfalls weitere vorhandene Fachrichtungen oder Behandlungsangebote der MZEB zu nutzen. Aber es steht ihnen frei, solche Angebote zu nutzen.

Den MZEB obliegt es im Übrigen gemäß dem Gesetzestext, mit dem Regelversorgungssystem zu kooperieren.

9) Um ein gelegentliches Missverständnis auszuräumen, stellen wir bei dieser Gelegenheit fest: MZEB sind kein Angebot, an das Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung als Zielgruppe der MZEB – etwa zur Entlastung des Gesundheitssystem – a priori und pauschal verwiesen sind. Erst recht nicht sind MZEB – um ein weiteres Missverständnis aufzugreifen – pauschal und umfassend für den Personenkreis mit Schwerbehindertenausweis bestimmt.

10) Dass MZEB keine Behandlungsbefugnis, keine Verordnungs- und Überweisungsbefugnis usw. haben, steht im manifesten Widerspruch zum Wortlaut von § 119 c SGB V und § 43 a SGB V sowie zu den Ausführungen der Gesetzesbegründung zu den erwähnten Paragraphen im Jahre 2015. Nicht zufällig heißen die MZEB im Gesetz *Behandlungszentren* und nicht bloß – wie unverständlicherweise sogar im hier gegenständlichen Bericht selbst – *Zentren*.

Wir unterstreichen, dass die vielerorts bestehende gesetzeswidrige Begrenzung der Angebote der MZEB auf Lotsenfunktion oder reine Diagnostik ebenso wie weitere Restriktionen im Hinblick auf die MZEB-Zugangsvoraussetzungen nicht den MZEB oder deren Trägern anzulasten ist, sondern manchen Zulassungsausschüssen, hauptsächlich jedoch den Krankenkassen. Hier sind Korrekturen bzw. Klarstellungen durch den Gesetz- oder Ordnungsgeber und durch Aufsichtsinstanzen über die Rechtsförmigkeit der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen unerlässlich. Zu Details ist auf einschlägige Veröffentlichungen und Positionsbestimmungen zu verweisen.

Der Bericht zeigt in Übereinstimmung mit unseren Erfahrungen, dass MZEB ohne Behandlungs- und Verordnungsbefugnis die Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen und anderer Begleitungen enttäuschen müssen. Der Aufwand der trotzdem gegebenenfalls mehrfach notwendigen Inanspruchnahme steht dann oft im Widerspruch zum erlebten Nutzen für die Patientinnen und Patienten.

11) Sozialmedizinische Beurteilungen, Stellungnahmen usw. einschließlich sozialarbeiterischer Unterstützung bei der Erschließung notwendiger Leistungen gehören unstrittig zum Kern des Leistungsangebot der MZEB in der Leistungspflicht der Krankenkassen. Wenngleich Schnittstellen zu den die Eingliederungshilfe betreffenden Fragestellungen – etwa Feststellung der Leistungsberechtigung oder Bedarfsermittlung – naheliegen, gehört eine auf das umfassende Spektrum von Sozialleistungen gerichtete Sozial- und Rechtsberatung nicht in die MZEB.

12) Bedarfsgerechte Heilmittel- und vor allem Hilfsmittelversorgung ist ein zentraler Dreh- und Angelpunkt für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Zielgruppe



der MZEB. Den MZEB obliegt eine große Verantwortung bezüglich einer bedarfsgerechten Auswahl und Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, die sie insbesondere durch interdisziplinäre Teamarbeit qualifiziert entsprechen können. Die Heil- und Hilfsmittelversorgung muss für den Personenkreis, für den die MZEB bestimmt sind, in besonderem Maße teilhabeorientiert erfolgen (vgl. dazu § 43 SGB IX). Dabei kann auch die Notwendigkeit mehrerer Heilmittel, die ggf. in hoher Frequenz erforderlich sind, fachlich herausgearbeitet und begründet werden.

Um Verzögerungen der Umsetzung der Hilfsmittelverordnungen zu vermeiden, sollten deren Verordnungen oder Empfehlungen aus den MZEB durch den Gesetzgeber mit einer Genehmigungsfiktion ausgestattet werden, also ohne weitere Prüfschritte der Leistungsträger und des Medizinischen Dienstes unverzüglich umgesetzt werden können. Auch sind MZEB qualifiziert, die Orientierung an der Teilhabe und damit den Zielen der medizinischen Rehabilitation auszurichten.

Zum Spektrum der vorstehenden Inhalte gehören auch in besonderem Maße Kompetenzen zur Bedarfsermittlung und Versorgung auf dem Gebiet der unterstützten Kommunikation.

- 13) Eine wichtige Aufgabe der MZEB besteht in der Information, Instruktion und Anleitung derjenigen Personen, denen die stellvertretende Ausführung von Maßnahmen oder die Assistenz bei Maßnahmen der Gesundheitspflege im Alltag der Patientinnen und Patienten obliegt, ebenso die sachdienliche Information von rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Dass hierbei die Wünsche und Anliegen der Patientinnen und Patienten sowie ihr Selbstbestimmungsrecht zu beachten ist, sehen wir als selbstverständlich an. Die Verordnung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen ermöglicht zugleich den leistungsrechtlichen Zugang zu den dafür erforderlichen Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX).

- 14) Die MZEB müssen in die Lage versetzt werden zur Gesundheitsförderung, zur Umsetzung präventiver Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, aber auch zur Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Zielgruppe und deren sie begleitenden Alltagsassistentinnen und -assistenten beizutragen.

Es ist aus einschlägigen Forschungen bekannt, dass allgemeine Präventionsansätze und -methoden allenfalls eingeschränkt für Menschen mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen zu nutzen sind. Für die Förderung der Gesundheitskompetenz der MZEB-Zielgruppe gilt, dass deren Effektivität und Nachhaltigkeit noch mehr als in der Durchschnittsbevölkerung von der Einbindung der Förderung in Alltagskontexte abhängt. Deshalb kommt es auf die Vermittlung und Verstärkung handlungsorientierten Wissens durch die Alltagsassistentinnen und -assistenten an, die ihrerseits dazu inhaltliche und methodische Vorbereitung und Unterstützung benötigen. Evident ist, dass Derartiges im Regelversorgungssystem nicht zu leisten ist. Sollen Förderung von Prävention und individueller oder organisationaler Gesundheitskompetenz regelhaft durch MZEB erbracht werden, bedarf es der konzeptionellen Entwicklung und der Vereinbarung derartiger Leistungen.

15) Wir unterstützen die Forderung des Berichtes, die MZEB mit politischer und gesellschaftlicher Unterstützung auszubauen und weiterzuentwickeln. Dazu gehört, die Anzahl der MZEB bundesweit zu erhöhen, regionale Verteilungsdiskrepanzen zu überwinden, eine gute Flächendeckung durch die vorgehaltenen fachlichen Schwerpunkte zu erlangen, eine Erweiterung der in den vorhandenen MZEB vorgehaltenen Fachrichtungen zu fördern, vor allem wegen der häufigen psychiatrischen Komorbiditäten möglichst überall Kompetenzen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungen zu etablieren, die Möglichkeiten aufsuchender Tätigkeiten der interdisziplinären Teams sind auszuweiten. Neben Telefonsprechstunden sind vor allem zukunftsweisend Videosprechstunden anzubieten und Voraussetzungen für Telekonsile zu schaffen und deren Nutzung in die Vergütungsvereinbarungen einzubeziehen, um die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten usw. der Regelversorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes effektiv zu gestalten. Von grundlegender Bedeutung ist neben der sofortiger Beseitigung sachfremder Restriktionen in Zulassungsbescheiden und Vergütungsvereinbarungen für bestehende MZEB der Ausschluss solcher Restriktionen für neu zugelassene MZEB oder neu verhandelnde MZEB, die bereits bestehen. Aufwandsdeckende Vergütungen der MZEB als selbstverständliche Voraussetzungen müssen überall durchgesetzt werden. Für Details zu den im Vorstehenden erörterten Aspekte finden sich weiterführende Ausführungen in verschiedenen Publikationen.² Die klare Positionsbestimmung des 127. Deutschen Ärztetages 2023³, anknüpfend an frühere Beschlüsse in gleicher Richtung, ist im vorliegenden Kontext sehr wichtig.

16) Die seit Jahren zu beobachtende Stagnation beim Aufwuchs der MZEB und die Tatsache, dass manche gründungswillige Träger ihre Planungen aufgegeben haben, andere Träger

² BAG SELBSTHILFE (2023) Forderungspapier: Handlungsbedarfe bei MZEB (Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen). (<https://www.bag-selbsthilfe.de/aktuelles/nachrichten/detail/news/forderungspapier-der-bag-selbsthilfe-handlungsbedarfe-bei-mzeb-medizinischen-behandlungszentren-fuer-erwachsene-mit-geistiger-behinderung-oder-schweren-mehrfachbehinderungen>, Zugriff 5.3.2024)

Seidel, M., Schmidt-Ohlemann, M., Del Pilar Andrino, M. (2022a) Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) – Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung. Ein Diskussionsbeitrag. (https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Veroeffentlichungen/2022/MZEB_Diskussionspapier_bf.pdf, Zugriff 22.2.2024)

Seidel M, del Pilar Andrino, M., Schmidt-Ohlemann, M: (2022b) Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen: Politisches Handeln steht (noch) aus. Dtsch Arztebl 119: 35–6

³ Beschlussprotokoll des 127. Deutschen Ärztetages in Essen, S. 168: TOP Ic Medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung verbessern. S. 168. (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/231571/Beschlussprotokoll-des-127-Deutschen-Aerztetages-in-Essen>. Zugriff 20.2.2024)



ihr bisheriges Engagement eingestellt haben, spiegelt sowohl die unauskömmliche Finanzierung der MZEB als auch die aufwändigen und vielerorts als regelrecht abschreckend erlebten langwierigen Zulassungs- und Vergütungsverhandlungen wider. Um diesen „toten Punkt“ zu überwinden, sollten Neugründungen gefördert werden, z.B. aus dem Strukturfond.

Für die Verwirklichung des politisch intendierten Ausbaus der MZEB-Landschaft wären von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung geförderte bundeseinheitliche Strategien zweckmäßig.

Es kommt unbedingt darauf an, die Sichtweise und Bedürfnisse, aber auch die Erfahrungen des potenziellen Nutzerkreises der MZEB, der Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung, sowie ihrer An- und Zugehörigen einzubeziehen. Inklusive Medizin bedeutet nicht nur, keinen Menschen von der bedarfsgerechten Versorgung auszuschließen, sondern darüber hinaus, auch die Anliegen und Positionen der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer zu würdigen.

- 17) Auf Grundlage der §§ 43 b, 119c und 120 SGB V erarbeitete die BAG MZEB im Jahre 2022 in einem breiten und strukturierten Diskussionsprozess unter den Mitgliedern in der Nachfolge der früheren Rahmenkonzeption vom 15.10.2016 die neue Rahmenkonzeption 2.0 für die MZEB⁴ und verabschiedete sie am 23.9.2022.

In die Rahmenkonzeption 2.0 brachten die Mitglieder der BAG MZEB ihre mehrjährigen Erfahrungen mit Zulassungsverfahren, Vergütungsverhandlungen einerseits, der konkreten Aufbau- und Entwicklungsarbeit sowie der medizinischen Versorgung andererseits ein.

Die BAG MZEB hält die bestehenden materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die MZEB für ausreichend und Ergänzungen der gesetzlichen Bestimmungen für entbehrlich. Die BAG MZEB lehnt insbesondere strikt ab, die MZEB in die Bedarfsplanung nach § 99 SGB V einzubeziehen. Eine Inanspruchnahme von § 105 SGBV entspricht nicht der Finanzierungslogik der MZEB gemäß § 120 SGBV; sie würde überdies zu einer Konkurrenzsituation mit der ambulanten Regelversorgung führen und den Aufbau weiterer MZEB behindern. Die MZEB in die Bedarfsplanung nach § 99 SGBV einzubeziehen kommt nicht infrage, weil MZEB schon aus rechtlichen Gründen nicht darunterfallen.

- 18) Es wäre viel gewonnen, wenn sich alle an den Zulassungsverfahren und Vergütungsverhandlungen Beteiligten an die bestehenden gesetzlichen Grundlagen halten und an den Maßstäben der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere deren Artikel 25, orientieren.

Insbesondere müssen Fallzahlbegrenzungen und sachfremde Restriktionen für die MZEB künftig vermieden bzw. eliminiert werden⁵. Darauf hinzuwirken obliegt den Zulas-

⁴ Rahmenkonzeption (<https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2022/10/Rahmenkonzeption-MZEB-2.0.pdf>, Zugriff 4.3.2024)

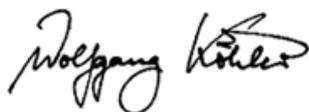
⁵ In folgender aktueller Publikation sind vielfältige Restriktionen belegt: Lindquist, S., Klotz, U., Bredel-Geissler, A., Klafke, A. Timmermann, K., Köhler, W. (2023) Medizinische Versorgung für Erwachsene mit Behinderung: Hohe Hürden für den Aufbau und Betrieb von Behandlungszentren. Dtsch Arztebl 120(49): A-2081 / B-1766.

sungsausschüssen und den übrigen Gremien der Selbstverwaltung. Die Rolle von mandatierten Vertreterinnen und Vertretern der Patientinnen und Patienten ist zu stärken. Die Landesgesundheitsministerien bzw. das Bundesamt für Soziale Sicherheit können im Rahmen der Rechtsaufsicht Verstöße gegen die gesetzlichen Bestimmungen monieren.

Der Abschlussbericht bringt eine Reihe wichtiger Aspekte zutage und trägt zur Diskussion im Interesse der politisch gewollten Weiterentwicklung der MZEB-Landschaft in Deutschland bei.

Wir als Vorstand und Beirat der BAG MZEB danken für die Möglichkeit, unsere Stellungnahme abzugeben.

Im Namen des Vorstands und des Beirats der BAG MZEB,
Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Wolfgang Köhler
Vorstandsvorsitzender der BAG MZEB e.V.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/235622/Medizinische-Versorgung-fuer-Erwachsene-mit-Behinderung-Hohe-Huerden-fuer-den-Aufbau-und-Betrieb-von-Behandlungszentren> (Zugriff 6.3.2024)

Ausführliche Hinweise auch bei Seidel et al. (2022a) (s. Fußnote 2).