

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Hochschule Fulda
Förderkennzeichen:	01VSF19010
Akronym:	BEta
Projekttitel:	Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz
Autoren:	Rathmann, Katharina; Karbach, Ute; Wetzel, Lorena; Steeb, Natalie; Gollasch, Saskia; Rotthowe, Anja
Förderzeitraum:	1. August 2020 - 30. November 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	6
4.	Projektdurchführung.....	8
5.	Methodik.....	9
6.	Projektergebnisse.....	15
7.	Diskussion der Projektergebnisse	50
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	56
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	58
10.	Literaturverzeichnis.....	60
11.	Anhang	65
12.	Anlagen.....	66

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
BAG MZEB	Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB
BEta	Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
EFW	Ergebnis- und Facilitating-Workshop
FT	Träger der freien Wohlfahrtspflege
FV	Fachverbände für Menschen mit Behinderung
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
GKV-VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LBB	Landesbehindertenbeauftragte und/oder deren Vertretung
MZEB	Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
MZP	Messzeitpunkt(e)
SOP	Standard Operating Procedure
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ziele und methodisches Vorgehen des BEta-Projekts	8
Abbildung 2: Studiendesign des BEta-Projekts	9
Abbildung 3: MZEB in Deutschland, differenziert nach dem Etablierungsstand (N=73)	17
Abbildung 4: Trägerschaft der MZEB, differenziert nach Messzeitpunkt (Online-Befragung, t0: n=38, t1: n=36) in % (n in Klammern)	20
Abbildung 5: Einzugsgebiet der MZEB, differenziert nach Messzeitpunkt (Online-Befragung, t0: n=38, t1: n=32) in % (n in Klammern)	20
Abbildung 6: Dauer bis zum Erhalt einer Ermächtigung (n=34) bzw. Dauer der Vergütungsverhandlung (n=30) der MZEB (Online-Befragung, t1) in % (n in Klammern)	22
Abbildung 7: Komplexität des Ermächtigungsprozesses (n=34) bzw. der Vergütungsverhandlungen (n=30), Online-Befragung, t1 in % (n in Klammern) ..	22
Abbildung 8: Wahrgenommene Herausforderungen während des Ermächtigungsprozesses (Online-Befragung, t1: n=35) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich) ..	23
Abbildung 9: Wahrgenommene Herausforderungen während der Vergütungsverhandlungen (Online-Befragung, t1: n=33) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)	24

Abbildung 10: Einschätzung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Etablierungsprozess (Online-Befragung, t1: n=35-31) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)	25
Abbildung 11: Wahrgenommene Angemessenheit der Fallzahlbegrenzungen des MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern).....	26
Abbildung 12: Wartezeit auf Untersuchungstermin im MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)	26
Abbildung 13: Wahrgenommene Angemessenheit der Zugangskriterien des MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)	27
Abbildung 14: Einschränkungen des Leistungsangebots (Online-Befragung, t1: n=34) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)	27
Abbildung 15: Vereinfachte Darstellung des formalen MZEB-Etablierungsprozess.....	29
Abbildung 16: Zusammenfassung der Interviewergebnisse gemäß CFIR 2.0.....	30
Abbildung 17: Einbettung der Interviewkategorien in den theoretischen Hintergrund	37

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortialpartner.....	5
Tabelle 2: Projektbeirat.....	5
Tabelle 3: Methodisches und zeitliches Vorgehen in AP1	10
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der Online-Befragungen (t0, t1).....	11
Tabelle 5: Rekrutierungsstrategie und Fallzahlen der Interviews mit MZEB-Leitungspersonen	12
Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung zu Strukturmerkmalen der befragten MZEB.....	12
Tabelle 7: Methodisches und zeitliches Vorgehen der Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen, differenziert nach Etablierungsstand	12
Tabelle 8: Rekrutierungsstrategien und Fallzahlen der Stakeholder-Interviews.....	14
Tabelle 9: Methodisches und zeitliches Vorgehen in AP4	15
Tabelle 10: Übersicht MZEB in Deutschland (N=73, Stand: Juni 2023)	18
Tabelle 11: Erfahrungen beim Finden bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen (Online-Befragung, t1: n=30) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)	28
Tabelle 12: Übersicht über die Schwerpunkte (Hauptkategorien) und Unterkategorien zu den Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB	38

1. Zusammenfassung

(Hochschule Fulda)

Hintergrund: Seit 2015 können Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) ermächtigt werden. Bislang bestehen kaum Informationen zum Etablierungsstand, den Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten von MZEB sowie zu Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB. Das BEta-Projekt hat zum Ziel, MZEB mit deren Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten zu erfassen (Arbeitspaket/AP1), Barrieren bei der Etablierung von (AP2) und medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) zu identifizieren und Handlungsempfehlungen zum Abbau der Barrieren zu entwickeln (AP4).

Methodik: Mit Recherchen und Online-Befragungen (t0, t1) von MZEB-Leitungspersonen wird eine Ist-Standanalyse von MZEB durchgeführt (AP1). Die Daten werden univariat mit SPSS (Version 25) ausgewertet. Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen (t0, t1, t2) und Stakeholdern (t0) sowie Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungs-personen werden geführt, um Barrieren bei der Etablierung von (AP2) und medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) im Zeitverlauf und unter Berücksichtigung des Etablierungsstands und der regionalen Lage von MZEB zu analysieren. Die Auswertung nach Kuckartz (2016) erfolgt mit MAXQDA (Version 28). Zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen (AP4) werden N=3 Beiratstreffen und N=2 Ergebnis- und Facilitating-Workshops abgehalten.

Ergebnisse: Es bestehen N=73 MZEB (n=58 „aktiv“, n=15 „in Planung befindlich“). Die aktiven MZEB (n=58) befinden sich am häufigsten in den bevölkerungsreichen Bundesländern (Nordrhein-Westfalen: n=12; Bayern: n=7). Im Saarland und Schleswig-Holstein gibt es derzeit kein MZEB. Die MZEB der Online-Befragungen (AP1) befinden sich mehrheitlich in kirchlicher Trägerschaft, haben ein Einzugsgebiet von „>100-200km“ und vielfältige Versorgungsschwerpunkte. Eine zentrale Barriere bei der MZEB-Etablierung (AP2) ist der formale Etablierungsprozess, der als zeitlich herausfordernd, intransparent und komplex wahrgenommen wird. Eine zentrale Determinante einer erfolgreichen MZEB-Etablierung liegt in der individuellen Kompetenz der meist ärztlichen MZEB-Initiator*innen. Des Weiteren zeigte sich eine heterogene – expert*innen- und erfahrungsbasierte – Datenlage als Entscheidungsbasis für die MZEB-Etablierung. Bei der medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) bestehen Barrieren beim Zugang zum MZEB: eine unzureichende Bekanntheit, heterogene Zugangskriterien, Schwierigkeiten bei der Zuweisung zum MZEB, eine unsystematische Transition von SPZ in MZEB und die multifaktoriell beeinflusste Erreichbarkeit von MZEB. Das unterschiedliche Verständnis zur Rolle von MZEB stellt eine Barriere für die Etablierung von (AP2) und medizinische Versorgung in MZEB (AP3) dar. Die Handlungsempfehlungen (AP4) fokussieren die Steigerung der Transparenz des Etablierungsprozesses und der Bekanntheit von MZEB, das Erfassen von Daten, die Förderung der Zusammenarbeit mit der Regelversorgung und die Barrierefreiheit im Gesundheitswesen.

Diskussion: Die Anzahl an MZEB hat im Projektverlauf zugenommen, allerdings wurden MZEB nicht in allen Bundesländern ausgebaut. Die MZEB-Anzahl unterliegt stetigem Wandel, zudem fehlen valide Informationen zum bundesweiten MZEB-Bedarf. Einige Barrieren bei der Etablierung von (AP2) und medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) gehen auch aus der Literatur hervor. Die Handlungsempfehlungen (AP4) können zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen beitragen und als Entscheidungsgrundlage für Politik und Praxis dienen.

2. Beteiligte Projektpartner

(Hochschule Fulda)

Konsortium

Tabelle 1: Konsortialpartner

Einrichtung	Fachbereich/Institut	Personen	Verantwortlichkeiten
Hochschule Fulda	Fachbereich Gesundheitswissenschaften	Prof. Dr. Katharina Rathmann	Konsortialführung, Projektleitung
		Lorena Denise Wetzel	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
		Natalie Steeb	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
		Matthias Ballmann	Studentische Hilfskraft
Universität zu Köln	Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)	PD Dr. Ute Karbach	Konsortialpartner, Projektleitung
		Saskia Gollasch	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
		Anja Rotthowe	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
		Sabrina Fehring	Studentische Hilfskraft

Projektbeirat

Tabelle 2: Projektbeirat

Institution	Name	Stellung
Franz Sales Haus	Dr. med. Maria del Pilar Andrino	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztliche Leitung
Cooperative Mensch eG	Dr. Michael Ertel	Facharzt für Pädiatrie
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil	Professur für Rehabilitationsmedizin, Leitung des Instituts für Rehabilitationsmedizin
Arbeitsgemeinschaft für Querschnittgelähmte mit Spina bifida / Rhein-Main-Nahe e. V. (ARQUE)	Oliver Pfeleiderer	Geschäftsführer und besonderer Vertreter (§ 30 BGB); Diplom-Sozialpädagoge
Ärztekammer Nordrhein	Prof. Dr. Susanne Schwalen	Geschäftsführende Ärztin
	Prof. Dr. Michael Seidel	Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ehemaliger ärztlicher Direktor des Stiftungsbereichs Bethel, regional, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
Krankenhaus Rummelsberg	PD Dr. Martin Winterholler	Facharzt für Neurologie, neurologische Intensivmedizin; ehemaliges Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB

Ansprechpartnerin für Rückfragen nach Projektende: Prof. Dr. Katharina Rathmann

3. Projektziele

(Hochschule Fulda)

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sind eine Bevölkerungsgruppe in gesundheitlich vulnerabler Lebenslage. Sie weisen ein hohes Risiko für chronische Erkrankungen, Multimorbidität sowie vorzeitige Mortalität auf und haben häufig einen hohen Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen (Brem und Stockmann 2020; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021; Sappok et al. 2019). Mit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) verpflichtet sich die Bundesrepublik Deutschland zum Recht auf Gesundheit ohne Diskriminierung. Daraus leitet sich die Verpflichtung zur Sicherstellung einer gleichberechtigten Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und zum Aufbau eines inklusiven Gesundheitswesens ab (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). Trotz des in der UN-BRK festgeschriebenen Rechts auf Gesundheit erfahren Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zahlreiche Barrieren bei der medizinischen Versorgung (Bössing et al. 2019; Hasseler 2015; Schülle 2016; Wetzel und Rathmann 2020). Zudem weisen Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vielfach spezielle und z. T. komplexe Bedarfe bei der medizinischen Versorgung auf, die in der Regelversorgung oft nicht erfüllt werden (können) (Brem und Stockmann 2020; Sappok et al. 2019).

Um entsprechend der UN-BRK eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu ermöglichen, sind inklusive und multidisziplinäre Versorgungsmöglichkeiten sowie erfahrenes Fachpersonal notwendig (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). Darüber hinaus werden in Artikel 25 der UN-BRK (2017) sowie durch die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011) ergänzende, spezialisierte Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung gefordert. Während für Kinder und Jugendliche, „(...) die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“ (§ 119 Abs. 2 SGB V) bereits seit 1968 eine spezialisierte ambulante Versorgung durch sogenannte „Sozialpädiatrische Zentren“ (SPZ) möglich ist, bestand lange Zeit keine entsprechende Anschlussversorgung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (Bredel-Geißler 2019). Im Jahr 2015 wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) der § 119c SGB V eingeführt, wodurch „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen“ (MZEB) errichtet werden können.

MZEB sind spezialisierte ambulante Versorgungseinrichtungen, die „(...) fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung (...)“ stehen und dazu dienen „(...) eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung (...)“ von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu gewährleisten, „(...) soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung (...) sicherzustellen“ (§ 119c Abs. 1 SGB V). MZEB ermöglichen eine zielgruppenspezifische medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen durch ein multiprofessionelles Team aus ärztlichen und nicht-ärztlichen Behandlungspersonen (Schülle 2017). MZEB können als Anschlussangebot für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen dienen, die in einem SPZ versorgt wurden (Bredel-Geißler 2019).

Auch mehrere Jahre nach der gesetzlichen Einführung von MZEB ist unklar, wie der bundesweite Etablierungsstand von MZEB ausgestaltet ist. Es bestehen außerdem kaum Informationen zu den Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten von MZEB. Zudem gibt es weder umfangreiche, noch nach Etablierungsstand differenzierte Erhebungen, welche

die Barrieren bei der Etablierung von und bei der medizinischen Versorgung in MZEB untersuchen.

Ziele

Die Ziele des BEta-Forschungsprojekts sind es:

1. Langjährig bestehende, kürzlich etablierte und in Planung befindliche MZEB mit deren Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten zu erfassen (Arbeitspaket (AP) 1).
2. Barrieren bei der bundesweiten MZEB-Etablierung aus der Perspektive von MZEB-Leitungspersonen¹ von langjährig bestehenden, kürzlich etablierten und in Planung befindlichen MZEB, MZEB-Behandlungspersonen² sowie zentralen Stakeholdern³ zu erheben (AP2).
3. Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB aus der Perspektive von MZEB-Leitungspersonen von langjährig bestehenden, kürzlich etablierten und geplanten MZEB, MZEB-Behandlungspersonen sowie zentralen Stakeholdern zu erfassen (AP3).
4. Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischer Versorgung in MZEB zu entwickeln (AP4).

Forschungsfragen

BEta zielt auf die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie viele MZEB, mit welchen Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten existieren bzw. befinden sich im Aufbau in Deutschland?
2. Wie gestaltet sich der Etablierungsprozess von MZEB, unter besonderer Berücksichtigung potentieller Etablierungsbarrieren in Abhängigkeit unterschiedlicher Etablierungsstände und Regionen der MZEB?
3. Welche Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB erleben MZEB-Leitungspersonen, MZEB-Behandlungspersonen und zentrale Stakeholder?
4. Welche Handlungsempfehlungen zum Abbau der Barrieren lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten?

¹ Unter MZEB-Leitungspersonen werden administrative oder ärztliche Leitungspersonen von MZEB bzw. die Geschäftsführung des Trägers des MZEB verstanden.

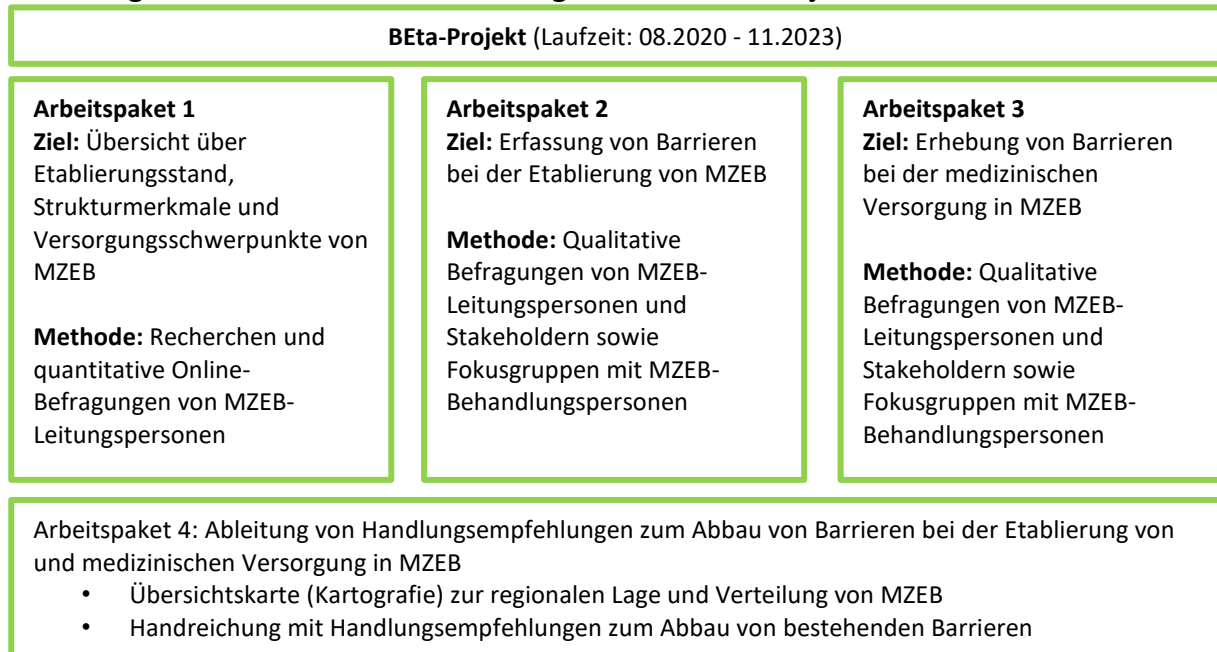
² Unter MZEB-Behandlungspersonen wird das behandelnde Fachpersonal in MZEB, d. h. ärztliches und nicht-ärztliches Personal unterschiedlicher Professionen (z. B. ärztliche und administrative Leitung, Therapeut*innen, Verwaltungspersonal etc.), verstanden.

³ Unter Stakeholdern werden Vertreter*innen des Vorstands der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (BAG MZEB), der Fachverbände der Behindertenhilfe (FV), der freien Wohlfahrtspflege (FW), der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Vertreter*innen der Landesbehindertenbeauftragten (bzw. deren Vertretung) (LBB) verstanden. Befragt werden als Ansprechpartner*innen genannte operative Mitarbeitende als Vertreter*innen regional unterschiedlicher GKV und KV-Regionen.

4. Projektdurchführung

Das BEta-Projekt umfasst vier Arbeitspakete (AP) (**Abbildung 1**). AP1 zielt auf die Ist-Standanalyse von MZEB in Deutschland. AP2 und AP3 fokussieren die qualitative Erhebung von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB. In AP4 werden Handlungsempfehlungen zur Überwindung der Barrieren abgeleitet.

Abbildung 1: Ziele und methodisches Vorgehen des BEta-Projekts



Das BEta-Projekt begann im August 2020 mit einer **Vorbereitungsphase**, in welcher ein Datenschutzkonzept erstellt und ein Ethikvotum eingeholt wurde. Zudem erfolgte eine Literaturrecherche, um darauf basierend Erhebungsinstrumente zu erstellen. Die Erhebungsinstrumente wurden umfangreich getestet (u. a. durch Projektbeirat, Pre-Test). Daraufhin wurden drei Recherchen nach bestehenden und in Planung befindlichen MZEB in Deutschland durchgeführt und auf Grundlage der Recherchen die Rekrutierung von MZEB-Leitungspersonen für die Teilnahme an den Online-Befragungen (AP1) und den Expert*inneninterviews (AP2, AP3) durchgeführt. Auch zur Rekrutierung von relevanten Stakeholdern wurden Recherchen und mehrmalige Kontaktaufnahmen (über unterschiedliche Zugangswege, z. B. Zulassungsausschüsse, Verbände/Vereine, Kontakte des Projektbeirats) vorgenommen.

Die **Erhebungsphase** ab Februar 2021 wurde aufgrund der Corona-Pandemie überwiegend digital durchgeführt. Die quantitativen (AP1) und qualitativen (AP2, AP3) Ergebnisse wurden in jährlichen Treffen mit dem Projektbeirat (N=3) diskutiert und eingeordnet. Auch die N=2 Ergebnis- und Facilitating-Workshops unterstützten die abschließende Interpretation der Ergebnisse und ermöglichten das Ableiten von praxisnahen Handlungsempfehlungen (AP4).

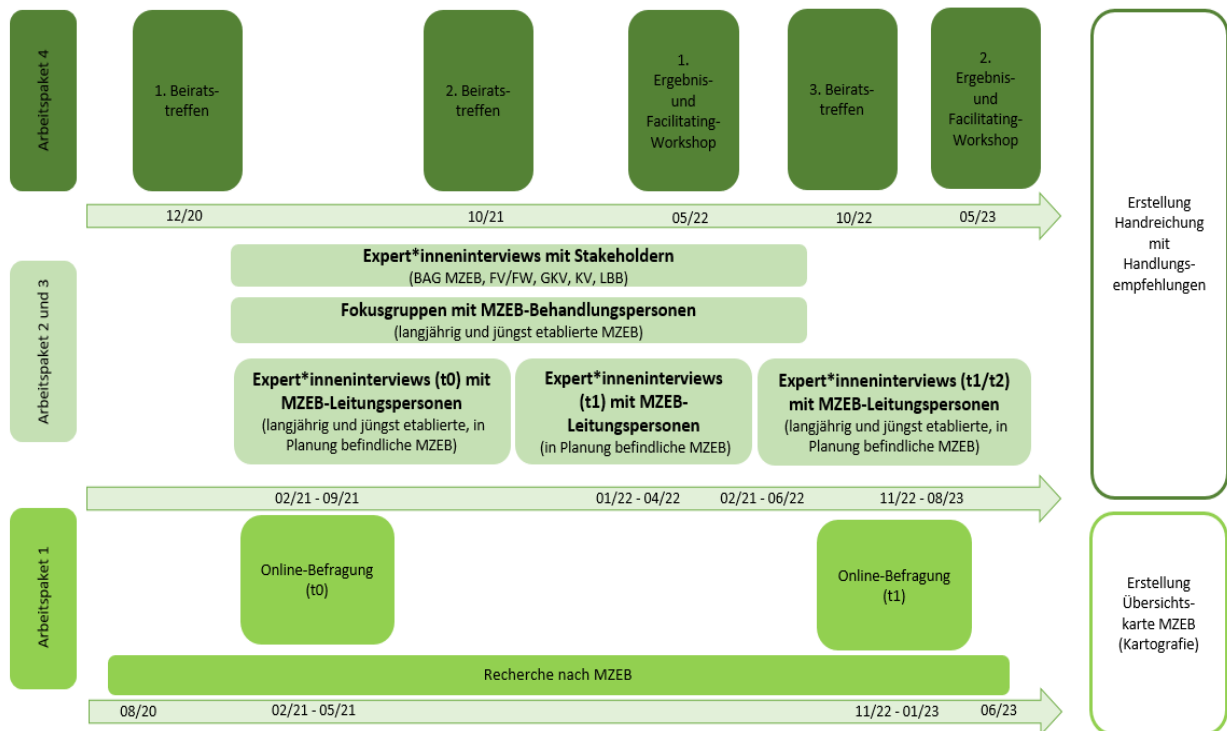
Im Rahmen der **Berichtslegung** erfolgte über den Projektverlauf hinweg die Präsentation von Ergebnissen auf wissenschaftlichen Kongressen (siehe S. 58). Es wurde eine Handreichung (u. a. in Leichter Sprache) mit den zentralen Ergebnissen und den praxisnahen Handlungsempfehlungen sowie eine Kartografie zur regionalen Lage von MZEB erstellt (**Abbildung 3**).

5. Methodik

(Hochschule Fulda und Universität zu Köln)

Studiendesign: BEta ist, siehe **Abbildung 2**, eine bundesweite Längsschnittstudie mit quantitativen und qualitativen Erhebungen, welche den Etablierungsstand, die Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB erfasst (AP1), die Barrieren bei der Etablierung von (AP2) und in der medizinischen Versorgung (AP3) in MZEB identifiziert sowie potenzielle Handlungsempfehlungen aufzeigt (AP4).

Abbildung 2: Studiendesign des BEta-Projekts



Zur Erfassung von Strukturmerkmalen von MZEB erfolgt eine quantitative bundesweite Online-Befragung (AP1) zu zwei Messzeitpunkten (MZP). Die Erfassung der Barrieren bei der MZEB-Etablierung (AP2) und in der medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) erfolgte durch Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen zu zwei bzw. drei MZP, Fokusgruppeninterviews mit MZEB-Behandlungspersonen sowie Expert*inneninterviews mit Stakeholdern (je ein MZP).

Da der Faktor „Zeit“ einen relevanten Einfluss für die Implementierung von Innovationen darstellt (Rogers 2003), werden die MZEB in Deutschland in drei Etablierungsstände unterteilt:

- Langjährig bestehende MZEB: vor 2019 etabliert (d. h. ermächtigt, mit Finanzierungsgrundlage und aktiv in der gesundheitlichen Versorgung).
- Jüngst etablierte MZEB: nach 2019 etabliert (d. h. ermächtigt, mit Finanzierungsgrundlage und aktiv in der gesundheitlichen Versorgung).
- In Planung befindliche MZEB: noch im Etablierungsprozess (noch keine medizinische Versorgung von Patient*innen).

AP1: Bundesweite Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen (t0, t1)

Mittels drei Recherchen und bundesweiten Online-Befragungen (t0, t1) von MZEB-Leitungspersonen wurde der Etablierungsstand, die regionale Lage und Verteilung, die Strukturmerkmale sowie Versorgungsschwerpunkte von MZEB in Deutschland erfasst (**Tabelle 3**). In der Online-Befragung zum MZP t1 wurden zusätzlich Fragen zu Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB berücksichtigt (siehe **Anlage 1**).

Tabelle 3: Methodisches und zeitliches Vorgehen in AP1

Erhebungsmethode	Zeitraum	Anzahl MZEB
Erste Recherche	Dez. 2020 - Feb. 2021	N=61 MZEB recherchiert: – n=47 aktive, d. h. langfristig bestehende und jüngst etablierte, MZEB – n=11 in Planung befindliche MZEB – n=3 MZEB mit unklarem Etablierungsstand
Online-Befragung (t0)	Feb. 2021- Mai 2021	N=61 MZEB-Leitungspersonen kontaktiert: – Rücklauf: n=40 (65,6%) – Vollständigen Fragebogen ausgefüllt: n=37 – Abgebrochener Fragebogen: n=3
Zweite Recherche	Okt. 2022 - Dez. 2022	N=73 MZEB recherchiert: – n=58 aktive, d. h. langfristig bestehende und jüngst etablierte, MZEB – n=15 in Planung befindliche MZEB
Online-Befragung (t1)	Nov. 2022 - Jan. 2023	N=72* MZEB-Leitungspersonen kontaktiert: – Rücklauf: n=41 (56,9%) – Vollständigen Fragebogen ausgefüllt: n=36 – Abgebrochener Fragebogen: n=5
Dritte Recherche	Feb. 2023 - Jun. 2023**	N=73 MZEB recherchiert: – n=58 aktive, d. h. langfristig bestehende und jüngst etablierte, MZEB – n=15 in Planung befindliche MZEB

Anmerkungen: * Es wurden in der t1 Online-Befragung n=72 der N=73 recherchierten MZEB kontaktiert, da bei n=1 in Planung befindlichem MZEB keine Kontaktperson identifiziert werden konnte. ** Die MZEB-Übersichtskarte beruht auf der Recherche, Stand: Juni 2023.

Recherche nach MZEB: Ausgangspunkt der drei Recherchen waren die auf der Webseite der BAG MZEB aufgeführten MZEB. Darüber hinaus erfolgten Internet-Recherchen unter Berücksichtigung von öffentlich zugänglichen Berichten sowie eine telefonische Kontaktaufnahme bei MZEB mit unklarem Etablierungsstand. Alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wurden angeschrieben, um Auskunft über die Anzahl der ermächtigten MZEB in ihrer KV-Region zu erhalten.

Fragebogenentwicklung: Der Fragebogen für den MZP t0 umfasste 32 Items, die sich auf die regionale Lage, den Etablierungsstand, die Strukturmerkmale (z. B. Trägerschaft, Einzugsgebiet, Anzahl Patient*innen und Mitarbeitende, Dauer der Ermächtigung) und die Versorgungsschwerpunkte der MZEB beziehen. Der Fragebogen für die t1-Befragung umfasste 35 Items und enthielt zusätzlich Fragen zu Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB. Die Fragebogenentwicklung erfolgte literaturbasiert und wurde einem Pre-Test mit einer MZEB-Leitungsperson unterzogen sowie mit dem Projektbeirat reflektiert. Die Fragebögen (t0, t1) können **Anlage 1** entnommen werden.

Rekrutierung und Datenerhebung: In Anlehnung an Dillman (1978) erfolgte eine mehrmalige Kontaktaufnahme (per E-Mail und Telefon) aller recherchierten MZEB-Leitungspersonen (**Tabelle 3**). Die Online-Befragungen wurden mit der Software „Unipark“ (Tivian) durchgeführt. Mittels eines individualisierten Teilnahmelink wurde sichergestellt, dass jedes MZEB nur einmal in der Befragung vertreten ist. Auf Wunsch war eine schriftlich-postalische Teilnahme möglich.

Datenauswertung: Die deskriptive Datenauswertung mit univariaten Analysen erfolgte mittels SPSS (Version 25).

Realisierte Stichprobe/Stichprobenbeschreibung: In **Tabelle 4** sind die Stichproben der Online-Befragungen, differenziert nach MZP (t0, t1), dargestellt.

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der Online-Befragungen (t0, t1)

t0-Erhebung (Feb. - Mai 21)	Häufigkeiten in % (n in Klammern)	t1-Erhebung (Nov. 22 - Jan. 23)	Häufigkeiten in % (n in Klammern)
Rücklauf	65,6 (40)	Rücklauf	59,5 (41)
Etablierungsstand (n=40)		Etablierungsstand (n=35)	
In Planung	17,5 (7)	In Planung	5,7 (2)
Kürzlich etabliert	25,0 (10)	Kürzlich etabliert	57,1 (20)
Langjährig bestehend	57,5 (23)	Langjährig bestehend	37,1 (13)
Stadt/Land-Verortung (n=40)		Stadt/Land-Verortung (n=41)	
Kleinstadt	15,5 (5)	Kleinstadt	9,8 (4)
Mittelgroße Stadt	22,5 (9)	Mittelgroße Stadt	26,8 (11)
Großstadt	65,0 (26)	Großstadt	63,4 (26)
Trägerschaft (n=38)		Trägerschaft (n=36)	
Öffentlich	23,7 (9)	Öffentlich	25,0 (9)
Freigemeinnützig ohne kirchl. Bindung	5,3 (2)	Freigemeinnützig ohne kirchl. Bindung	13,9 (5)
Freigemeinnützig mit kirchl. Bindung	52,6 (20)	Freigemeinnützig mit kirchl. Bindung	41,7 (15)
Privat	5,3 (2)	Privat mit Gewinnorientierung	2,8 (1)
Sonstiges	13,2 (5)	Privat ohne Gewinnorientierung	2,8 (1)
		Sonstiges	13,9 (5)
		Anbindung an Einrichtung(en) des Trägers (n=36)	
		Ja	80,6 (29)
		Nein	19,4 (7)

Anmerkung: Die Einteilung in Klein-, Mittel- und Großstadt erfolgte auf Basis der Raumabgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (siehe: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/downloads/downloadsReferenz2.html>)

AP2 und AP3: Qualitative Interviews der MZEB-Leitungspersonen, MZEB-Behandlungspersonen und Stakeholdern

Zur Beantwortung der Fragestellungen von AP2 und AP3 wurde ein gemeinsames methodisches Vorgehen gewählt.

Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen

Stichprobenplanung: Es erfolgte eine kriteriengeleitete Stichprobenziehung. Relevante Kriterien waren der Etablierungsstand und die regionale Lage von MZEB. Insgesamt sollten zu zwei bzw. drei MZP jeweils n=4 langjährig bestehende (t0, t1), kürzlich etablierte (t0, t1) und in Planung befindliche (t0, t1, t2) MZEB befragt werden. Für die Wiederholungsbefragungen (t1, t2) sollten dieselben Interviewpartner*innen befragt werden (**Tabelle 5**).

Realisierte Stichprobe/Stichprobenbeschreibung: Die ursprünglich geplante Stichprobe ließ sich nicht realisieren, da zu MZP t1 zwei langjährig etablierte MZEB für die erneute Befragung nicht zur Verfügung standen. Für ein in t0 befragtes langjährig bestehendes MZEB aus Bayern konnte ein anderes, kürzlich etabliertes, bayerisches MZEB nachrekrutiert werden. Das zweite Interview wurde durch den nachträglichen Einbezug des Pre-Test Interviews (t0) ausgeglichen, sodass insgesamt N=29 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen aus N=14 MZEB abgehalten wurden. In **Tabelle 5** ist die ursprünglich geplante und realisierte Stichprobe dargestellt.

Tabelle 5: Rekrutierungsstrategie und Fallzahlen der Interviews mit MZEB-Leitungspersonen

	Häufigkeit (in n)					
	t0		t1		t2	
	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist
Langjährig bestehende MZEB	4	5	4	3	0	0
Kürzlich etablierte MZEB	4	4	4	5	0	0
In Planung befindliche MZEB	4	4	4	4	4	4
<i>Gesamt</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>4</i>	<i>4</i>

Die Stichprobenbeschreibung ist **Tabelle 6** zu entnehmen. Drei Interviews wurden mit zwei Interviewpartner*innen durchgeführt, sodass die Gesamtzahl der Interviewpersonen N=18 beträgt.

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung zu Strukturmerkmalen der befragten MZEB

Strukturmerkmale der MZEB		Häufigkeit in % (n in Klammern)
Etablierungsstand des MZEB	Langjährig bestehend	35,7 (5)
	Kürzlich etabliert	35,7 (5)
	In Planung befindlich	28,6 (4)
Verortung des MZEB in Deutschland	Nord	35,7 (5)
	Ost	7,1 (1)
	Süd	14,3 (2)
	West	42,9 (6)
Regionale Lage der MZEB	Kleine Stadt	21,4 (3)
	Mittelgroße Stadt	7,1 (1)
	Großstadt	71,4 (10)

Leitfadenentwicklung: Die Leitfadenentwicklung für AP2 erfolgte auf Basis des aktuellen Forschungsstandes, für AP3 zusätzlich anhand des „Verhaltensmodells zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ (Andersen 1995) und dem „Modell der gestuften gesundheitlichen Versorgung“ (Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2011). Die Leitfäden wurden mit dem Projektbeirat reflektiert und einem Pre-Test mit MZEB-Leitungspersonen unterzogen. Für die t1 und t2-Erhebungen wurden die Leitfäden überarbeitet – das Erkenntnisinteresse galt den bereits identifizierten Barrieren, individuellen Herausforderungen und dem Verlauf im Etablierungsprozess. Die Leitfäden können **Anlage 2** entnommen werden.

Durchführung: **Tabelle 7** zeigt die Erhebungszeiträume der N=29 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen, die via Webkonferenz oder telefonisch stattfanden und von zwei Mitarbeitenden durchgeführt wurden. Die Interviews dauerten zwischen 25-149 Minuten (Ø 81 Minuten; Standardabweichung 31 Minuten) und wurden auditiv aufgenommen.

Tabelle 7: Methodisches und zeitliches Vorgehen der Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen, differenziert nach Etablierungsstand

Langjährig bestehende MZEB	Kürzlich etablierte MZEB	In Planung befindliche MZEB
N=8 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen zu zwei MZP: t0: Q1/21 - Q3/21 t1: Q4/22 - Q2/23	N=9 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen zu zwei MZP: t0: Q1/21 - Q3/21 t1: Q4/22 - Q1/23 t0: Q3/23*	N=12 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen zu drei MZP: t0: Q1/21 - Q3/21 t1: Q1/22 t2: Q4/22 - Q1/23

Anmerkungen: MZP = Messzeitpunkte; Q = Quartal

* Da ein in t0 befragtes langjährig bestehendes MZEB aus Bayern nicht für ein weiteres Interview zum MZP t1 zur Verfügung stand, wurde ein bayerisches MZEB nachrekrutiert. Allerdings konnte nur ein jüngst etabliertes MZEB für das Interview gewonnen werden.

Datenauswertung: Die auditiven Aufnahmen der Interviews wurden durch einen externen Dienstleister transkribiert, pseudonymisiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch unter deduktiver und induktiver Kategorienbildung (Kuckartz 2016) mit der Software MAXQDA. In AP2 erfolgte die Datenanalyse unter Anwendung des Consolidated Framework for Implementation Research 2.0 (CFIR 2.0) (Damschroder et al. 2022), in AP3

anhand der beiden oben genannten Modelle (Andersen 1995; Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2011). Die inhaltliche Validierung fand im Vier-Augen-Prinzip statt (Hopf und Schmidt 1993).

Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen

Stichprobenplanung: Zur Rekrutierung von MZEB-Behandlungspersonen aus N=8 MZEB für Fokusgruppen-Interviews erfolgte eine kriteriengeleitete Stichprobenziehung unter den MZEB, mit denen bereits leitfadengestützte Einzelinterviews mit MZEB-Leitungspersonen geführt wurden (MZEB-Etablierungsstand: n=4 jüngst etablierte und n=4 langjährig bestehende MZEB).

Realisierte Stichprobe/Stichprobenbeschreibung: Die N=8 Fokusgruppen wurden mit n=4 jüngst etablierten und n=4 langjährig bestehenden MZEB mit je zwei bis zehn MZEB-Behandlungspersonen unterschiedlicher Professionen durchgeführt.

Leitfadenentwicklung: Für die Fokusgruppen wurde literatur- und theoriegestützt ein teilstandardisierter Leitfaden entwickelt, der u. a. folgende Themen abbildete: multiprofessionelle Zusammenarbeit, Zugang zum MZEB, medizinische Versorgung im MZEB, MZEB-Etablierungsprozess. Der Leitfaden kann **Anlage 3** entnommen werden.

Durchführung: Die Fokusgruppen fanden auf Wunsch in Präsenz am MZEB-Standort (n=7) oder via Webkonferenz (n=1) zwischen Juli 2021 und Januar 2022 statt und wurden nach der Methode „Focusgroup Illustration Maps“ (Pelz et al. 2004) von drei Mitarbeitenden durchgeführt. Die Fokusgruppen dauerten zwischen 62-106 Minuten (Ø 89 Minuten; Standardabweichung 14 Minuten).

Datenauswertung: Die Datenauswertung der Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen erfolgte entsprechend der Datenauswertung der MZEB-Leitungspersonen (siehe Seite 12).

Expert*inneninterviews mit Stakeholdern

Stichprobenplanung: Insgesamt sollten N=25 Expert*inneninterviews mit folgenden Stakeholdern gehalten werden: n=3 amtierende Vorstandmitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (BAG MZEB), n=5 Vertreter*innen der Fachverbände der Behindertenhilfe (FV), n=12 Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie n=5 Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. des GKV-Spitzenverbandes (**Tabelle 8**). Für die Kontaktaufnahme mit den Stakeholdern erfolgte eine Internetrecherche.

Realisierte Stichprobe/Stichprobenbeschreibung: Insgesamt wurden N=25 Expert*inneninterviews mit Stakeholdern geführt. Die Rekrutierung, insbesondere der Vertreter*innen der GKV und KV, stellte sich als herausfordernd dar (z. B. fehlende Angaben zu Ansprechpartner*innen, unklare Zuständigkeit, hohe Arbeitsbelastung, keine Interviewbereitschaft), weshalb die Rekrutierungsstrategie und Fallzahlen im Studienverlauf angepasst wurden. Nachträglich wurden Landesbehindertenbeauftragte (bzw. deren Vertretung) (LBB), Vertreter*innen der freien Wohlfahrtspflege (FW) und die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse für Interviews angefragt. Die finale Stichprobenzusammensetzung ist in **Tabelle 8** dargestellt.

Tabelle 8: Rekrutierungsstrategien und Fallzahlen der Stakeholder-Interviews

Stakeholder	Rekrutierung		Finale Stichproben-zusammensetzung
	Strategie 1 (ursprünglich vorgesehen, vor Sep. 2021)	Strategie 2 (Änderungsantrag, ab Sep. 2021)	
	Fallzahlen	Fallzahlen	
Vorstandsmitglieder BAG MZEB*	3	3	2
Fachverbände der Behindertenhilfe (FV) / Freie Wohlfahrtspflege (FW)	5	5**	5**
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	12	3-5***	7***
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	5	3-5	6
Landesbehindertenbeauftragte (LBB)*	/	7	5
Insgesamt:	25	21-25	25

Anmerkung: Strategie 1 stellt die ursprünglich geplante Stichprobenzusammensetzung dar. Aufgrund von Herausforderungen bei der Rekrutierung (insb. von Vertreter*innen der KV) wurde die ursprüngliche Stichprobenzusammensetzung (Strategie 1) angepasst und die neue Strategie 2 verfolgt.

Legende:

* Zum Zeitpunkt des Interviews amtierende Vorstandsmitglieder bzw. Landesbehindertenbeauftragte/deren Vertretung

** Enthält auch Vertreter*innen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege (FW), die ab Sep. 2021 für Interviews angefragt wurden

*** Im Rahmen der neuen Rekrutierungsstrategie wurden zusätzlich die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse nach Interviewpartner*innen angefragt. Auf die Anfrage wurden allerdings nur KV-Mitarbeitende der operativen Ebene an das BEta-Team weitergeleitet. Es ist nicht bekannt, das tatsächliche Mitglieder der Zulassungsausschüsse interviewt wurden.

Leitfadenentwicklung: Die Leitfadenerstellung erfolgte anhand des aktuellen Forschungsstands. Die Leitfäden wurden für die jeweilige Stakeholder-Gruppe angepasst, mit dem Projektbeirat reflektiert und mit einer GKV-Vertretung gepretestet. Die Leitfäden können **Anlage 4** entnommen werden.

Durchführung: Die Expert*inneninterviews mit Stakeholdern wurden von zwei Mitarbeitenden via Webkonferenz oder telefonisch geführt, die Dauer betrug zwischen 29-114 Minuten (Ø 58 Minuten; Standardabweichung 26 Minuten). Ein Interview wurde auf Wunsch nicht aufgezeichnet, sondern mittels Gedankenprotokoll festgehalten (GKV). Ein weiteres Interview (KV) fand mit zwei zu interviewenden Personen statt.

Datenauswertung: Die Datenauswertung der Expert*inneninterviews mit Stakeholdern erfolgte entsprechend der Datenauswertung der MZEB-Leitungspersonen (siehe Seite 12).

AP4: Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB

Zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Abbau von Etablierungs- und Versorgungsbarrieren wurden N=3 Beiratstreffen sowie N=2 Ergebnis- und Facilitating-Workshops durchgeführt. **Tabelle 9** zeigt das methodische und zeitliche Vorgehen in Rahmen von AP4.

Tabelle 9: Methodisches und zeitliches Vorgehen in AP4

Format	Datum	Teilnehmenden (-anzahl)	Dauer (in h)	Format	Zentrale Themen
Beirats treffen	03.12.20	10	4	Digital	Gemeinsames Kennenlernen, Reflexion der Erhebungsinstrumente
	22.10.21	10	2	Digital	Vorstellung erster Ergebnisse, Rekrutierung von Stakeholdern
	20.10.2022	10	3	Digital	Vorstellung der Ergebnisse des 1. EFW, Planung des 2. EFW
EFW	06.05.2022	26	6	Präsenz	Präsentation des Projektstands und der Ergebnisse, Ableiten von Handlungsempfehlungen
	05.05.2023	43	6,5	Präsenz	Präsentation des Projektstands und der Ergebnisse, Ableiten von Handlungsempfehlungen

Anmerkung: h=Stunden, EFW=Ergebnis- und Facilitating-Workshop

6. Projektergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, differenziert nach Forschungsfrage, dargestellt. Dabei ist zu beachten:

- Die eruierten Sichtweisen der MZEB-Leitungspersonen unterscheiden sich nicht – oder falls doch, dann nur graduell – von denen der MZEB-Behandlungspersonen (Fokusgruppen-Interviews). Daher wird in der Ergebnisdarstellung auf eine Differenzierung verzichtet und im Allgemeinen von MZEB-Vertreter*innen gesprochen (d. h. MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen).
- Bezüglich des Einflusses des MZEB-Etablierungsstandes (in Planung befindlich, jüngst etabliert und langjährig bestehend) konnten in den vergleichenden Analysen nur wenige Faktoren identifiziert werden. Aus diesem Grund erfolgt die Ergebnisdarstellung etablierungsstand-übergreifend. Der Etablierungsstand wird nur bei Divergenzen in die Ergebnisdarstellung einbezogen.
- Auch im zeitlichen Verlauf (t0, t1, t2) und im Hinblick auf die regionale Lage und Verteilung der MZEB konnten kaum Divergenzen in den Interviews identifiziert werden. Daher werden nur jene Inhalte berichtet, die zu neuen oder weiterführenden Erkenntnissen führen.

Hinsichtlich der interviewten Stakeholder-Gruppen ist zu beachten:

- Die Abkürzung GKV steht für die Aussagen der befragten Personen mit GKV-Zugehörigkeit. Befragt wurden die als Ansprechpartner*innen genannten operativen Mitarbeiter*innen als Vertreter*innen regional unterschiedlicher GKV.
- Die Abkürzung KV steht für die Aussagen der befragten Personen mit KV-Zugehörigkeit. Befragt wurden die als Ansprechpartner*innen genannten operativen Mitarbeiter*innen als Vertreter*innen unterschiedlicher KV-Regionen.
- Die Abkürzung BAG MZEB steht für die Aussagen der befragten Personen des zum Zeitpunkt der Interviews zuständigen BAG MZEB-Vorstands.

a. Forschungsfrage 1 (AP1): Wie viele MZEB mit welchen Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten existieren bereits bzw. befinden sich im Aufbau in Deutschland?

(Hochschule Fulda)

Zur Übersicht über MZEB in Deutschland, erfolgen bundesweite Recherchen nach MZEB. Zur Beantwortung von Forschungsfrage 1/Ziel 1 erfolgen Online-Befragungen (t0/t1).

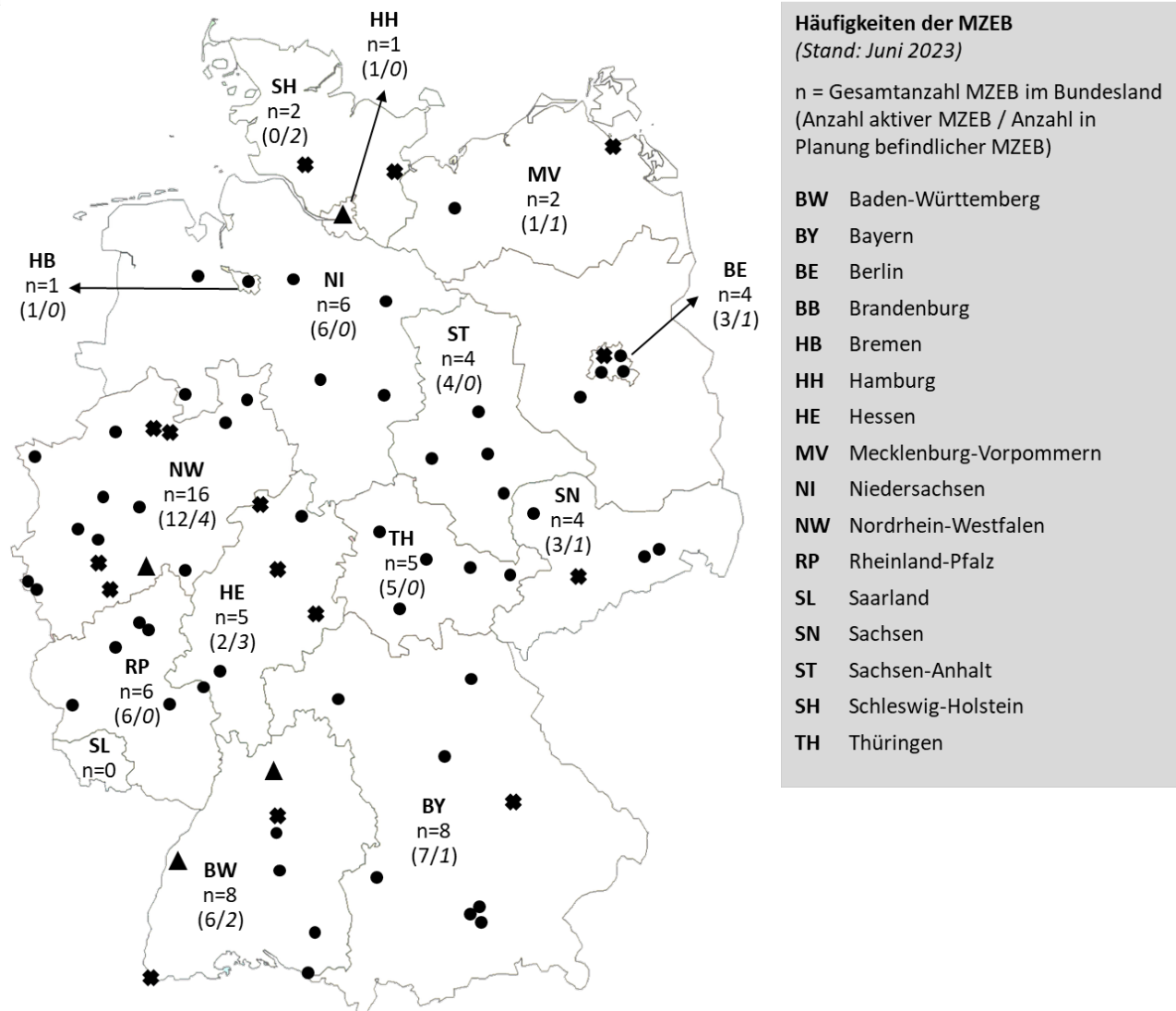
Übersicht über die MZEB-Landschaft

Basierend auf Recherchen können bundesweit N=73 MZEB ermittelt werden (**Abbildung 3**). Davon sind n=58 aktiv⁴ und n=15 in Planung befindlich⁵. Die aktiven MZEB (n=58) befinden sich am häufigsten in den bevölkerungsreichen Bundesländern (Nordrhein-Westfalen: n=12; Bayern: n=7) (**Tabelle 10**). In Schleswig-Holstein und im Saarland sind keine MZEB aktiv (Stand: Juni 2023). MZEB befinden sich mehrheitlich in großen (54,8 %, n=40) und mittelgroßen Städten (27,4 %, n=20).

⁴ Ein aktives MZEB ist ein langjährig bestehendes oder kürzlich etabliertes MZEB, das ermächtigt ist, eine Finanzierungsgrundlage hat und Patient*innen versorgt.

⁵ Ein in Planung befindliches MZEB befindet sich noch im Etablierungsprozess und übernimmt keine medizinische Versorgung von Patient*innen.

Abbildung 3: MZEB in Deutschland, differenziert nach dem Etablierungsstand (N=73)



Legende:

- Kreis: Aktive MZEB nach § 119c SGB V
- Dreieck: Nicht nach § 119c SGB V ermächtigt
- Kreuz: In Planung befindliche MZEB

Anmerkung: Die Übersichtskarte basiert auf drei Recherchen (letzte Aktualisierung: Juni 2023) und Informationen von Interviewpartner*innen. Die Angaben sind ohne Gewähr. Der Ermächtigungsstatus ist unter Vorbehalt zu betrachten. Aus Zwecken der Übersichtlichkeit wird pro Stadt nur ein Kreis/Dreieck/Kreuz dargestellt, auch wenn mehrere MZEB in dieser befindlich sind.

Tabelle 10: Übersicht MZEB in Deutschland (N=73, Stand: Juni 2023)

Übersicht MZEB in Deutschland (N=73)	
Baden-Württemberg (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=2)	
70176 Stuttgart	71640 Ludwigsburg (in Planung)
72762 Reutlingen	79576 Weil am Rhein (in Planung)
74821 Mosbach	
77694 Kehl-Kork	
88074 Meckenbeuren	
88427 Bad Schussenried	
Bayern (aktive MZEB n=7 in Planung befindliche MZEB n=1)	
80804 München	93055 Regensburg (in Planung)
81377 München	
85540 Haar	
89331 Burgau	
90592 Schwarzenbruck	
95445 Bayreuth	
97076 Würzburg	
Berlin (aktive MZEB n=3 in Planung befindliche MZEB n=1)	
10365 Berlin	12351 Berlin Neukölln (in Planung)
12207 Berlin	
13156 Berlin	
Brandenburg (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
14547 Beelitz-Heilstätten	
Bremen (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
28205 Bremen*	
Hamburg (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
22297 Hamburg	
Hessen (aktive MZEB n=2 in Planung befindliche MZEB n=3)	
34125 Kassel	36041 Fulda (in Planung)
65795 Hattersheim	34454 Bad Arolsen (in Planung)
	34613 Schwalmstadt (in Planung)
Mecklenburg-Vorpommern (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=1)	
19055 Schwerin	17475 Greifswald (in Planung)
Niedersachsen (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=0)	
26122 Oldenburg	
27356 Rotenburg (Wümme)	
29525 Uelzen	
30625 Hannover	
38102 Braunschweig	
49706 Osnabrück	
Nordrhein-Westfalen (aktive MZEB n=12 in Planung befindliche MZEB n=4)	
32549 Bad Oeynhausen	48149 Münster (in Planung)
33617 Bielefeld	48163 Münster (in Planung)
40764 Langenfeld	51149 Köln (in Planung)**
41462 Neuss*	53111 Bonn (in Planung)
45138 Essen	
47551 Bedburg-Hau	
48653 Coesfeld	
51588 Nümbrecht	
52062 Aachen	
52074 Aachen	
57076 Siegen	
58135 Haspe (Hagen)	

Rheinland-Pfalz (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=0)	
54294 Trier 55122 Mainz 55543 Bad Kreuznach 56564 Neuwied 56566 Neuwied 56761 Dungenheim	
Saarland (aktive MZEB n=0 in Planung befindliche MZEB n=0)	
Derzeit kein MZEB	
Sachsen (aktive MZEB n=3 in Planung befindliche MZEB n=1)	
01129 Dresden 01454 Radeberg 04103 Leipzig	09113 Chemnitz (in Planung)
Sachsen-Anhalt (aktive MZEB n=4 in Planung befindliche MZEB n=0)	
06110 Halle (Saale) 06406 Bernburg 06502 Thale OT Neinstedt 39114 Magdeburg	
Schleswig-Holstein (aktive MZEB n=0 in Planung befindliche MZEB n=2)	
	23538 Lübeck (in Planung) 25524 Itzehoe (in Planung)
Thüringen (aktive MZEB n=5 in Planung befindliche MZEB n=0)	
07548 Gera 07747 Jena 98527 Suhl 99089 Erfurt 99974 Mühlhausen	

Legende:

* MZEB vorübergehend geschlossen, Wiedereröffnung nach Auskunft des MZEB voraussichtlich Beginn 2024.

** Nach Auskunft des Trägers ruht derzeit die Planung des MZEB, wird allerdings ggf. wieder aufgegriffen.

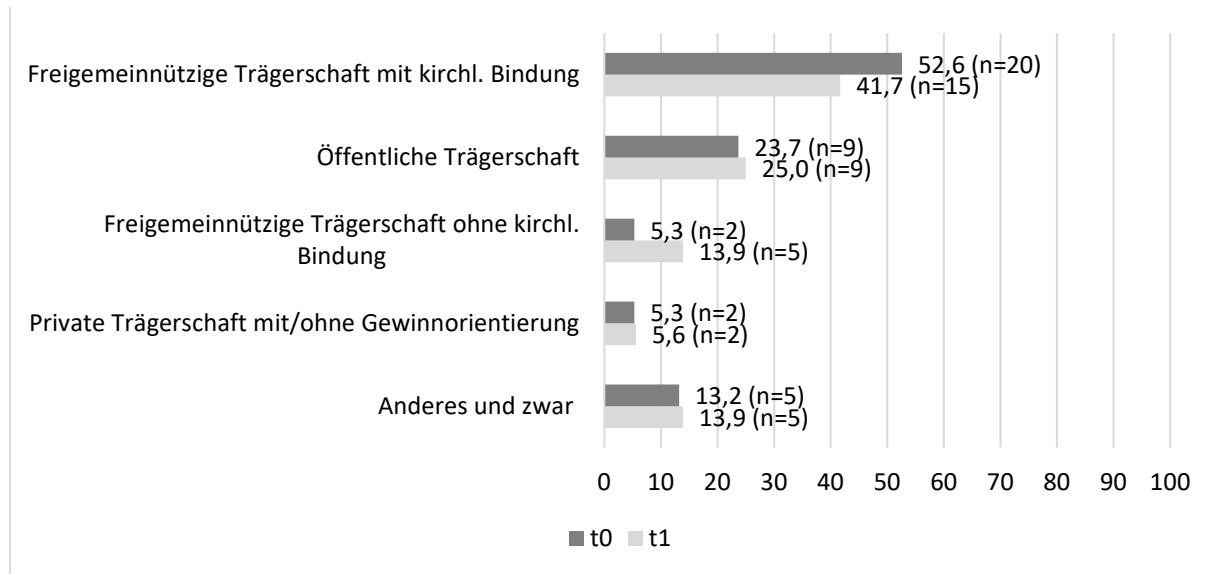
Anmerkung: Die vorliegende tabellarische Übersicht basiert auf drei Recherchen (letzte Aktualisierung: Juni 2023). Die Angaben sind ohne Gewähr und beziehen sich auf Recherchen und Informationen von Interviewpartner*innen. Der aktuelle Ermächtigungsstatus ist unter Vorbehalt zu betrachten.

Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen: Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB

An der Online-Befragung haben zu t0 n=40 und zu t1 n=41 MZEB-Leitungspersonen teilgenommen und zumindest teilweise den Fragebogen ausgefüllt. Im Rahmen der Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen (t0, t1) wurden Strukturmerkmale (u. a. Trägerschaft, Einzugsgebiet, fachärztliche Ausrichtung der MZEB-Leitung) und Versorgungsschwerpunkte von MZEB erfasst.

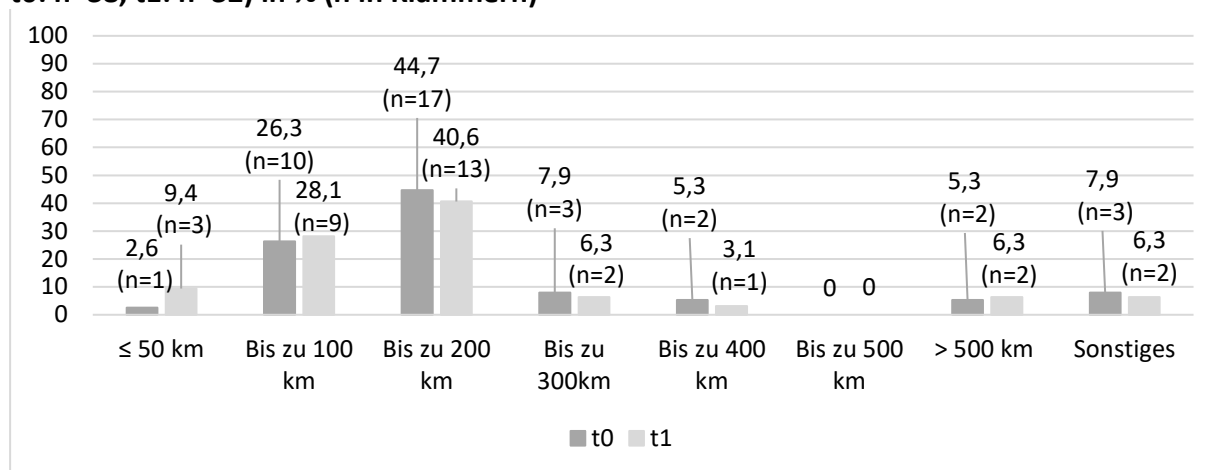
Trägerschaft: MZEB befinden sich laut Angaben der Befragten am häufigsten in freigemeinnütziger Trägerschaft mit kirchlicher Anbindung (t0: 52,6 %, n=20; t1: 41,7 %, n=15) und in öffentlicher Trägerschaft (t0: 23,7 %, n=9; t1: 25,0 %, n=9) (**Abbildung 4**). Über 13 % (n=5) der Befragten geben bei „Anderes und zwar“ Krankenhäuser oder Stiftungen an.

Abbildung 4: Trägerschaft der MZEB, differenziert nach Messzeitpunkt (Online-Befragung, t0: n=38, t1: n=36) in % (n in Klammern)



Einzugsgebiet⁶: Die Befragten⁷ berichten am häufigsten von einem Einzugsgebiet von „bis zu 200 km“ (t0: 44,7 %, n=17; t1: 40,6 %, n=13) und „bis zu 100 km“ (t0: 26,3 %, n=10; t1: 28,1 %, n=9) (**Abbildung 5**). Unter „Sonstiges“ geben 7,9 % (n=3) in der t0-Erhebung an, die Frage (noch) nicht beantworten zu können. In der t1-Erhebung wird unter „Sonstiges“ (6,3 %, n=2) berichtet, dass das Einzugsgebiet überwiegend 100 km umfasst, in Ausnahmen aber bis zu 500 km beträgt und dass aufgrund eines Versorgungsschwerpunktes Personen aus dem gesamten Bundesgebiet versorgt werden.

Abbildung 5: Einzugsgebiet der MZEB, differenziert nach Messzeitpunkt (Online-Befragung, t0: n=38, t1: n=32) in % (n in Klammern)



Fachärztliche Ausrichtung der MZEB-Leitung (Freitextangabe): Am häufigsten geben die Befragten folgende Fachrichtung(en) der ärztlichen MZEB-Leitung an: Neurologie, Innere

⁶ Das Einzugsgebiet beschreibt die Entfernung zum MZEB, aus dem der Großteil der Patient*innen für eine Behandlung anreisen.

⁷ In t1 konnten ausschließlich befragte MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) diese Frage beantwortet (Filterfrage).

Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie, Orthopädie, Allgemeinmedizin, Rehabilitationsmedizin. Seltener wurden folgende Fachrichtungen genannt: Geriatrie, Palliativmedizin, Zahnmedizin und Somnologie. Einige Befragte gaben auch mehrere fachärztliche Ausrichtungen der MZEB-Leitungsperson an.

Versorgungsschwerpunkte⁸ (Freitextangabe): Auf die Frage nach Versorgungsschwerpunkten im MZEB wird von den Befragten⁹ eine große Bandbreite an Diagnosen angegeben (eine Tabelle zur Übersicht, befindet sich in **Anhang 1**). Häufig genannt werden: Autismus-Spektrum-Störungen, Epilepsie, genetische Erkrankungen und Syndrome (Prader-Willi, Rett-Syndrom etc.), infantile Cerebralparese, Spastik, Spina Bifida, neuromuskuläre Erkrankungen und Schädel-Hirn-Trauma (z. B. mit Trachealkanüle und Heimbeatmung) sowie Verhaltensauffälligkeiten und Intelligenzminderung. Dabei berichten einige Befragte auch von mehreren Versorgungsschwerpunkten ihres MZEB. Eine Zuordnung der Versorgungsschwerpunkte zu den MZEB kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht erfolgen, da die Fragen anonym und ohne Zuordnung zu den jeweiligen MZEB gestellt wurden. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass durch mögliche Wechsel in der ärztlichen Leitung oder im multiprofessionellen Behandlungsteam des MZEB sich auch die Versorgungsschwerpunkte verändern könnten.

Online-Befragung (AP1): Barrieren bei der Etablierung und medizinischen Versorgung in MZEB

Die anhand der qualitativen Interviews erfassten Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB (AP2/AP3) wurden auch in der Online-Befragung zu MZP (AP1) aufgegriffen.

Dauer des Ermächtigungsprozesses und der Vergütungsverhandlungen (Freitextangabe): Durchschnittlich geben die Befragten¹⁰ eine Dauer von gut 1,5 Jahren (19,6 Monate, Min.: 2 Monate, Max.: 72 Monate) bis zum Erhalt der Ermächtigung an. Die kürzeste Dauer beträgt zwei Monate, die längste sechs Jahre (72 Monate). Am häufigsten (38,2 %, n=13) berichten die Befragten, dass sie „über ein bis zwei Jahre“ auf den Erhalt der Ermächtigungszusage warten.

Die Dauer der Vergütungsverhandlung wird von den Befragten¹¹ mit durchschnittlich ca. 9,5 Monaten angegeben (Min.: 1 Monat, Max.: 60 Monate). Die kürzeste Dauer beträgt einen Monat, die längste fünf Jahre (60 Monate). Am häufigsten wird eine Dauer von „weniger als einem Jahr“ für die Vergütungsverhandlung angegeben (66,7 %, n=16) (**Abbildung 6**).

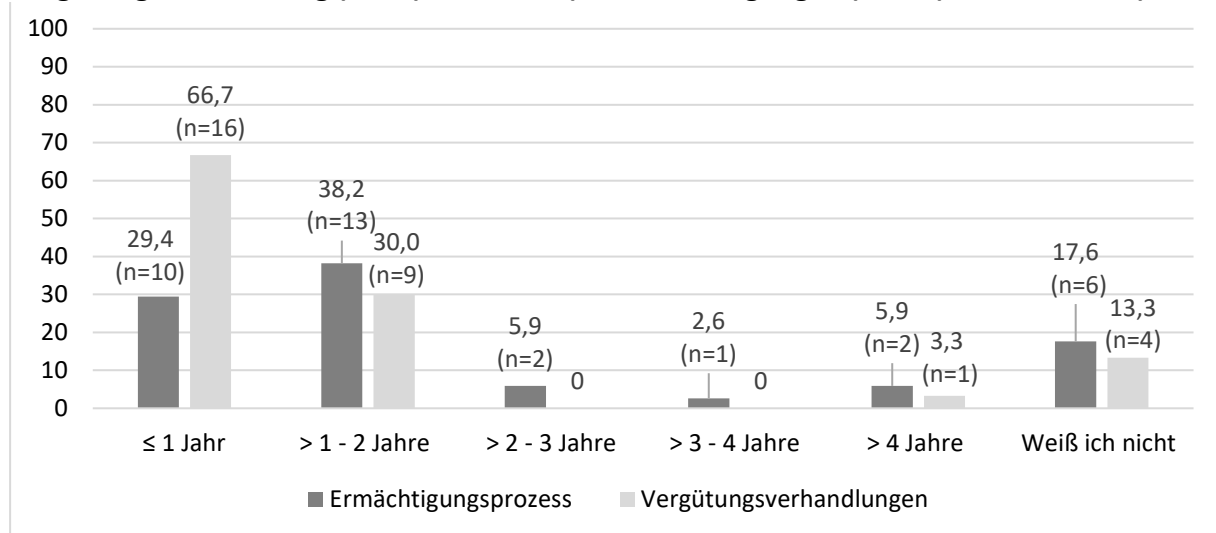
⁸ Unter einem Versorgungsschwerpunkt wird ein medizinisches Fachgebiet bzw. eine Gruppe von Erkrankungen verstanden, auf das/die ein MZEB spezialisiert ist und entsprechend ausgebildete Mitarbeitende zur Verfügung stehen hat.

⁹ Die Ergebnisse beziehen sich lediglich auf die t1-Erhebung. Die befragten MZEB-Leitungspersonen gaben ihre Antworten auf die Frage: „Über welche Versorgungsschwerpunkte verfügt Ihr MZEB?“ in Form von Freitextangaben an.

¹⁰ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von bereits ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage).

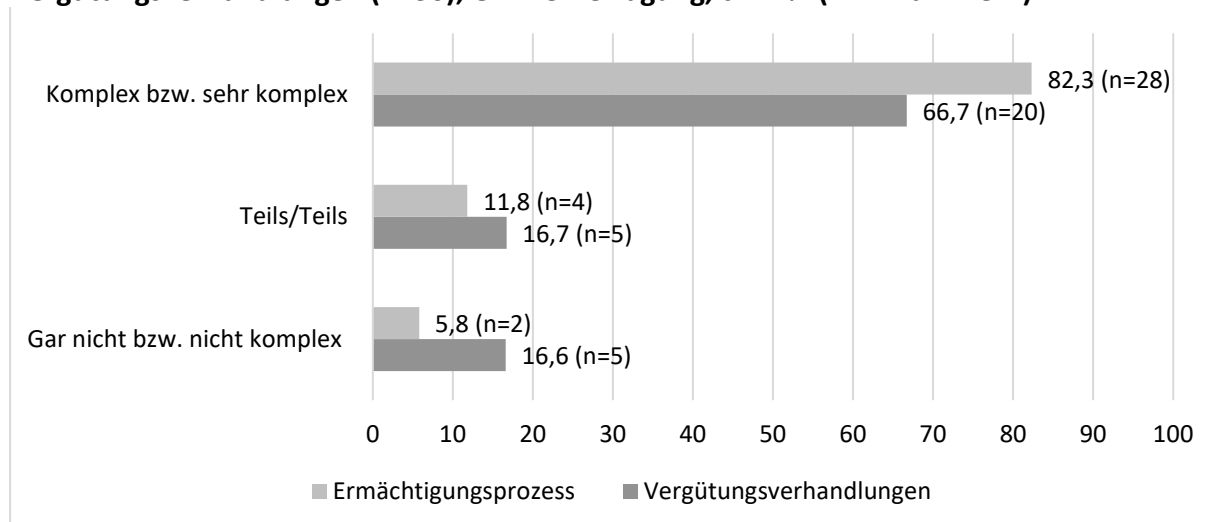
¹¹ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) beantwortet (Filterfrage).

Abbildung 6: Dauer bis zum Erhalt einer Ermächtigung (n=34) bzw. Dauer der Vergütungsverhandlung (n=30) der MZEB (Online-Befragung, t1) in % (n in Klammern)



Komplexität des Ermächtigungsprozesses und der Vergütungsverhandlungen: Der Großteil der Befragten¹² (82,3 %, n=28) gibt an, der Ermächtigungsprozess sei „komplex“ bzw. „sehr komplex“. Auch die Vergütungsverhandlungen werden mehrheitlich (66,7 %, n=20) von den Befragten¹³ als „komplex“ bzw. „sehr komplex“ eingeschätzt (**Abbildung 7**).

Abbildung 7: Komplexität des Ermächtigungsprozesses (n=34) bzw. der Vergütungsverhandlungen (n=30), Online-Befragung, t1 in % (n in Klammern)



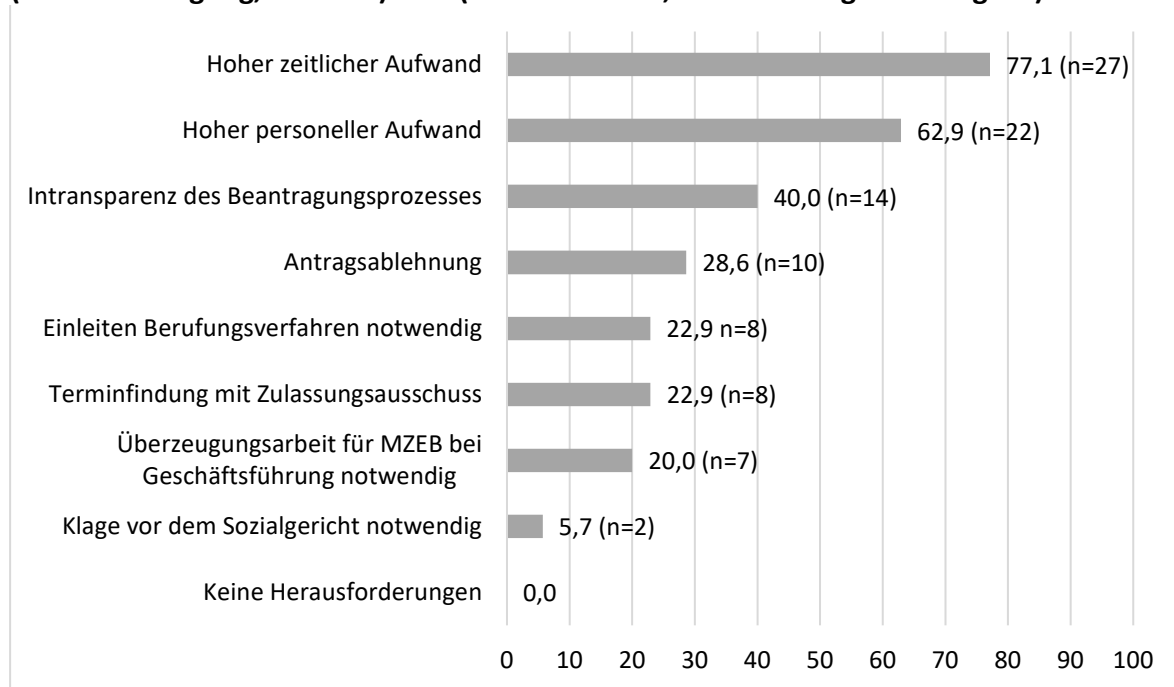
Herausforderungen während des Ermächtigungsprozesses: Am häufigsten geben die Befragten¹⁴ einen „hohen zeitlichen Aufwand seitens der MZEB bzw. des Trägers“ (77,1 %, n=27) und einen „hohen personellen Aufwand“ (62,9 %, n=22) als Herausforderung an (**Abbildung 8**).

¹² Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage, 5-stufige Likert-Skala).

¹³ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB mit Vergütungszusage beantwortet (Filterfrage, 5-stufige Likert-Skala).

¹⁴ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage).

Abbildung 8: Wahrgenommene Herausforderungen während des Ermächtigungsprozesses (Online-Befragung, t1: n=35) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)

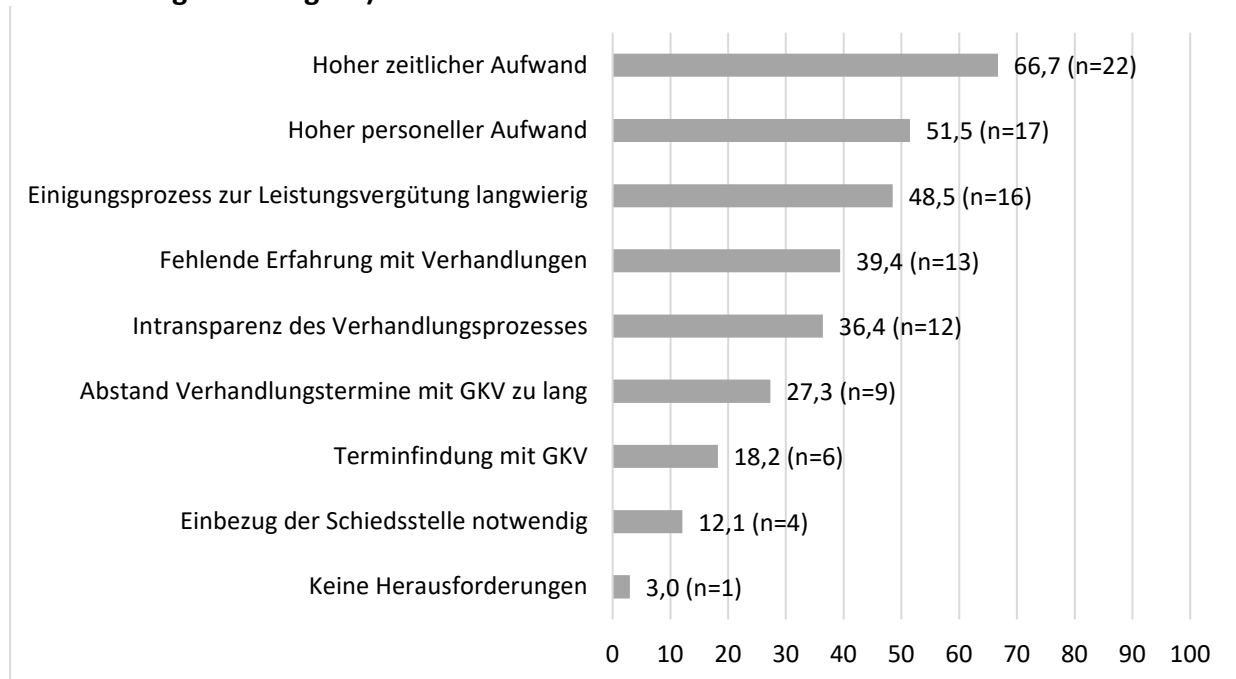


Nicht in **Abbildung 8** aufgeführt sind die unter „Sonstiges“ (n=5) genannten Herausforderungen (Originalauszug aus den Angaben): Ablehnung [gegenüber dem Vorhaben ein MZEB zu etablieren] seitens der niedergelassenen Ärzte, Dauer des Antragsprozesses, Fallzahlbegrenzung, Überweisungsrecht, Verzögerung durch GKV im Zulassungsausschuss.

Herausforderungen während den Vergütungsverhandlungen: Die häufigsten Herausforderungen während den Vergütungsverhandlungen stellen, laut den Befragten¹⁵, der „hohe zeitliche Aufwand von Seiten des Trägers/MZEB“ (66,8 %, n=22) und ein „hoher personeller Aufwand“ (51,5 %, n=17) dar (**Abbildung 9**).

¹⁵ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB mit Vergütungszusage beantwortet (Filterfrage)

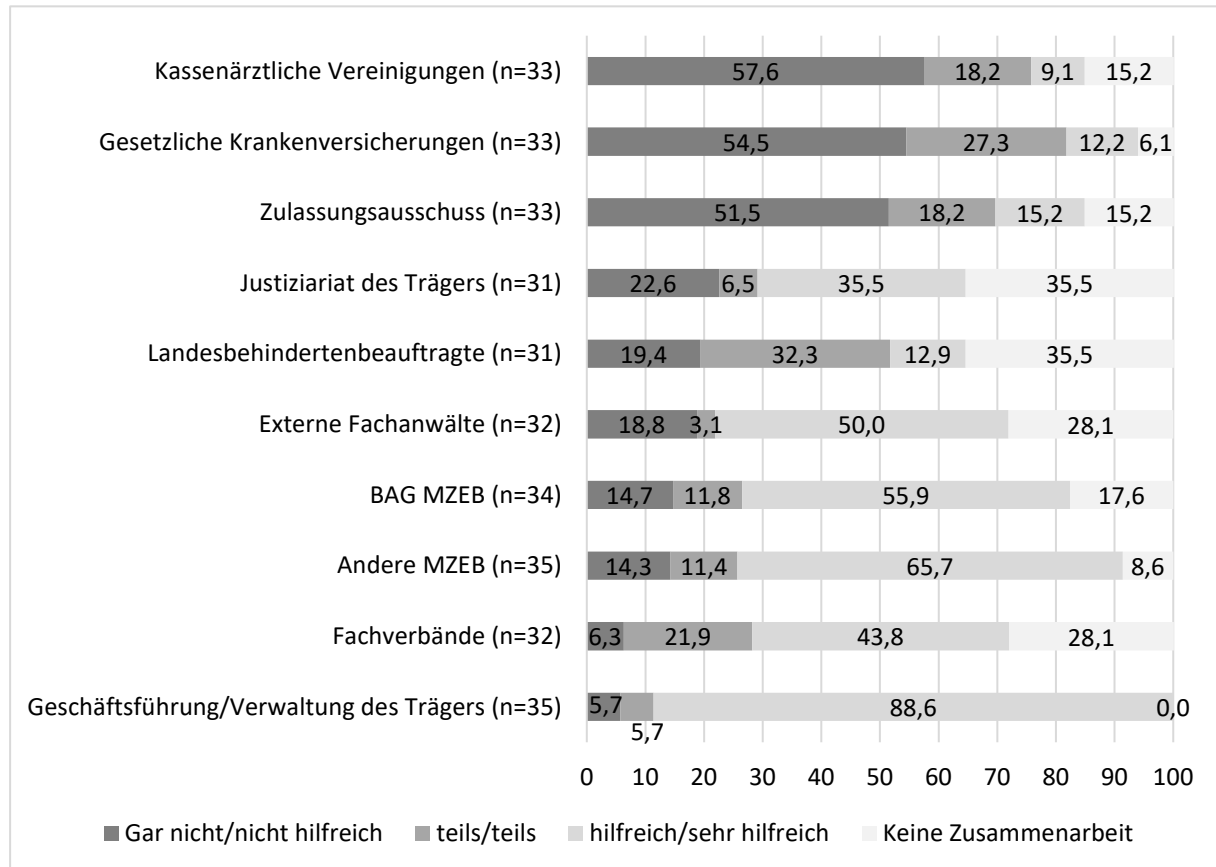
Abbildung 9: Wahrgenommene Herausforderungen während der Vergütungsverhandlungen (Online-Befragung, t1: n=33) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)



Unterstützende Akteure im Etablierungsprozess: Als „hilfreich bzw. sehr hilfreich“ für den Etablierungsprozess des MZEB werden am häufigsten die Geschäftsführung bzw. Verwaltung des Trägers (88,6 %, n=31), andere MZEB (65,7 %, n=23) und die BAG MZEB (55,9 %, n=19) genannt. Als „nicht bzw. gar nicht hilfreich“ werden, am häufigsten die KV (57,6 %, n=19), GKV (54,5 %, n=18) und der Zulassungsausschuss (51,5 %, n= 17) angegeben. Die Kategorie „Keine Zusammenarbeit“¹⁶ wird von 35,5 % (n=11) der Teilnehmenden bei den Landesbehindertenbeauftragten und dem Justiziariat des Trägers angegeben (**Abbildung 10**).

¹⁶ „Keine Zusammenarbeit“ bedeutet, dass keine Zusammenarbeit/Unterstützung bestand bzw. nicht durch das MZEB eingefordert wurde.

Abbildung 10: Einschätzung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Etablierungsprozess (Online-Befragung, t1: n=35-31) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)

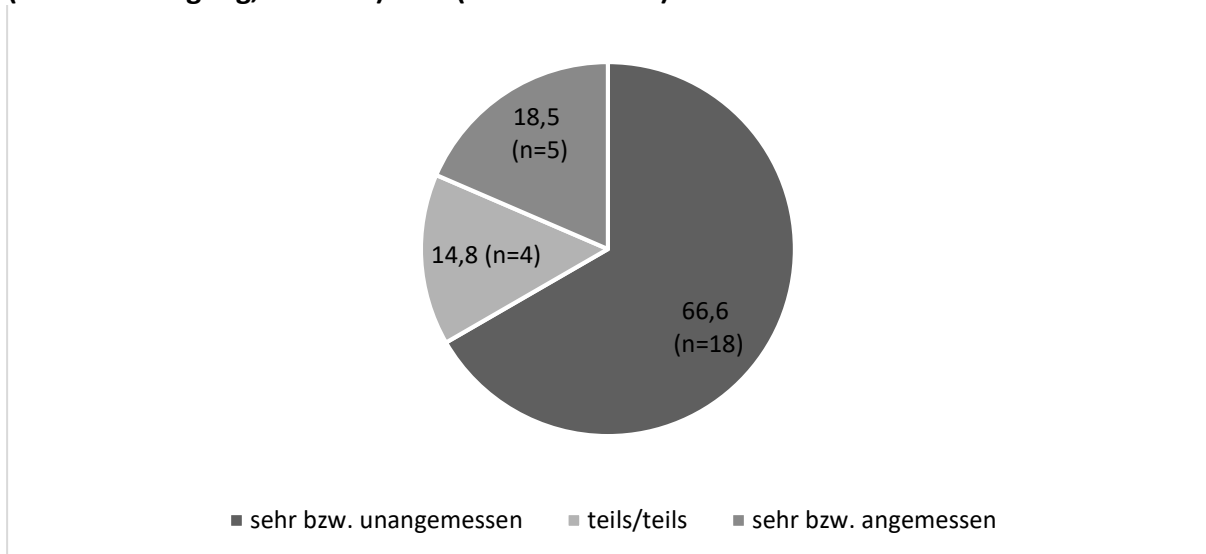


Höhe und Angemessenheit der Fallzahlbegrenzung: Die Teilnehmenden¹⁷ geben im Durchschnitt eine Fallzahlbegrenzung von ca. 307 Patient*innen pro Quartal an. Die niedrigste Fallzahlbegrenzung beträgt 40 Patient*innen/Quartal, die höchste 1.000 Patient*innen/Quartal (Standardabweichung: 214,33). 66,7 % (n=18) der Befragten¹⁸ schätzen die Fallzahlbegrenzung ihres MZEB als „unangemessen“ bzw. „sehr unangemessen“, 14,8 % (n=4) als „teilweise angemessen“ und knapp ein Fünftel der Befragten (18,5 %, n=5) als „angemessen“ ein (**Abbildung 11**).

¹⁷ Die Frage zur Höhe der Fallzahlen wurde als Freitextangabe durch von n=26 Teilnehmende befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) angegeben.

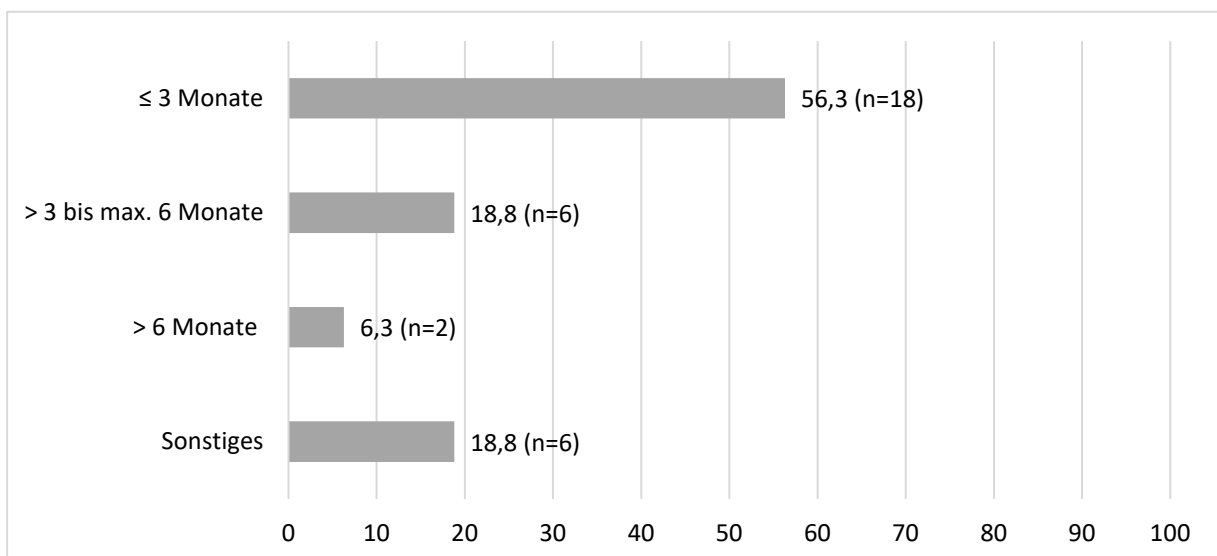
¹⁸ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) MZEB, die über eine absolute Fallzahlbegrenzung verfügen, beantwortet (5-stufige Likert-Skala).

Abbildung 11: Wahrgenommene Angemessenheit der Fallzahlbegrenzungen des MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)



Wartezeit auf einen Untersuchungstermin: 56,3 % (n=18) der Befragten¹⁹ geben eine Wartezeit von „max. drei Monaten“ an, 18,8 % (n=6) eine Wartezeit von „über 3 bis max. 6 Monate“ und 6,3 % (n=2) von „mehr als einem halben Jahr“ (**Abbildung 12**). 18,8 % (n=6) der Teilnehmenden berichten unter „Sonstiges“ u. a., dass die Wartezeit von der notwendigen Fachdisziplin abhängig ist sowie davon, ob es sich um Neu- oder Langzeitpatient*innen, eine Erst- oder Wiedervorstellung oder um einen Notfall-Termin handelt.

Abbildung 12: Wartezeit auf Untersuchungstermin im MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)

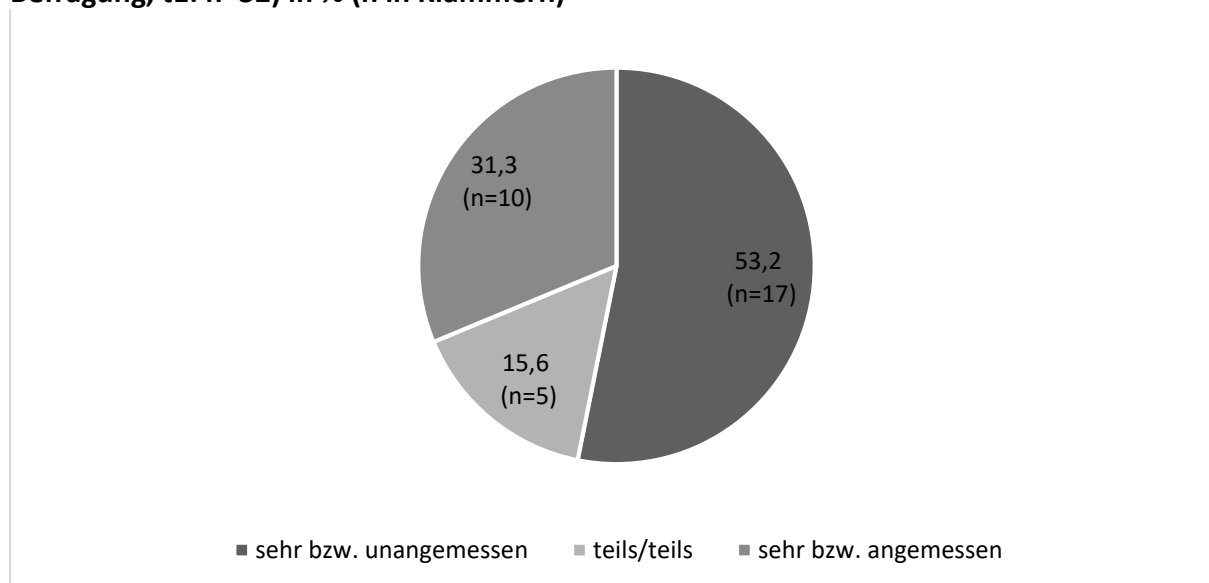


Angemessenheit der Zugangskriterien: Gut die Hälfte (53,2 %, n=17) der Befragten²⁰ gibt an, die Zugangskriterien ihres MZEB „unangemessen“ bzw. „sehr unangemessen“ zu finden (**Abbildung 13**).

¹⁹ Die Wartezeit auf einen Untersuchungstermin (= Dauer, wie lange Patient*innen im Normalfall (kein Notfall) ungefähr auf einen Untersuchungstermin warten) wurde nur durch aktive, d. h. ermächtigte MZEB, die Patient*innen medizinisch versorgen, beantwortet.

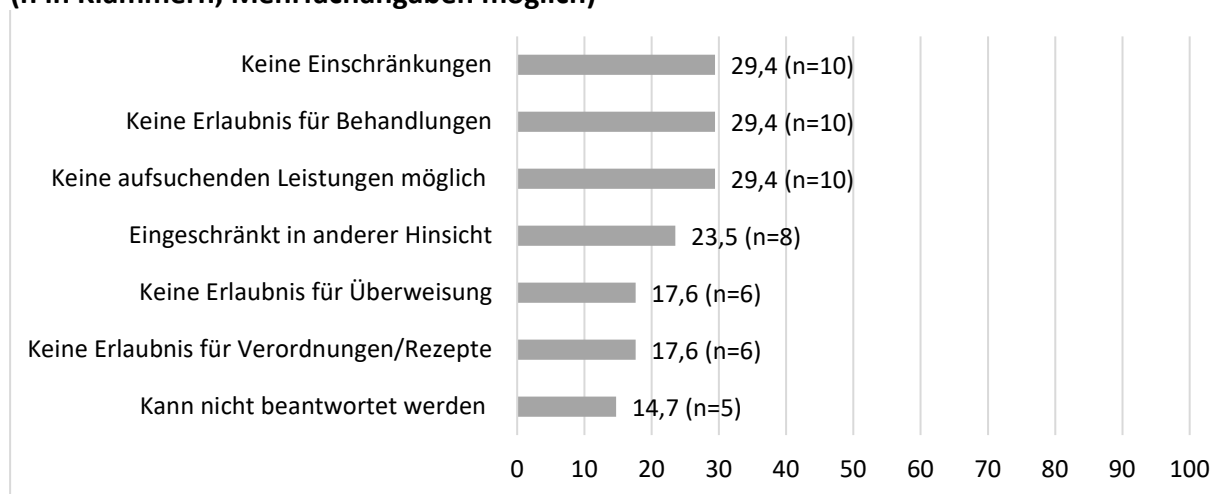
²⁰ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) beantwortet (5-stufige Likert-Skala).

Abbildung 13: Wahrgenommene Angemessenheit der Zugangskriterien des MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)



Einschränkungen des Leistungsangebots: Manche MZEB haben aufgrund von Regelungen im Ermächtigungsvertrag oder der Vergütungsvereinbarung Einschränkungen im Leistungsangebot. Zum Beispiel geben knapp ein Drittel der Befragten²¹ (29,4 %, n=10) an, keine aufsuchenden Leistungen im Wohn- und Arbeitsumfeld der Patient*innen erbringen zu können oder keine Erlaubnis für Behandlungen zu haben (**Abbildung 14**). 17,6 % (n=6) berichten, keine Überweisungen und Verordnungen ausstellen zu dürfen. 29,4 % (n=10) der Befragten berichtet, dass ihr MZEB keine Einschränkungen im Leistungsangebot hat. Unter „Sonstiges“ machen 23,5 % (n=8) u. a. eine Freitextangabe (Originalauszug aus den Angaben): aufsuchende Leistungen nur in seltenen Ausnahmefällen möglich, nur Erstverordnungen von Medikamenten möglich, telefonische Kontakte und Videokontakte können nicht abgerechnet werden, von Patienten, die in der eigenen Stiftung leben, dürfen max. 100/Jahr im MZEB behandelt werden.

Abbildung 14: Einschränkungen des Leistungsangebots (Online-Befragung, t1: n=34) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)



²¹ Diese Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet.

Erfahrungen beim Finden bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen²²: 70,0 % (n=21) der Befragten geben an, dass sie bereits die Erfahrung gemacht haben, dass (potenzielle) Kooperationspartner*innen keine Zeit für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. die Übernahme von MZEB-Patient*innen haben und 63,6 % (n=19) der Befragten, dass es (potenziellen) Kooperationspartner*innen an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen mangle (Tabelle 11).

Tabelle 11: Erfahrungen beim Finden bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen (Online-Befragung, t1: n=30) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)

	Ja % (n)	Nein % (n)
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben keine Zeit für Zusammenarbeit mit MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.	70,0 (21)	30,0 (9)
Potenzielle Kooperationspartner*innen mangelt es an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.	63,3 (19)	36,7 (11)
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben keine personellen Kapazitäten für Zusammenarbeit mit MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.	60,0 (18)	40,0 (12)
Fehlende Barrierefreiheit der Räumlichkeiten bzw. Ausstattung der potenzielle Kooperationspartner*innen.	60,0 (18)	40,0 (12)
Schwierigkeiten durch Fachkräftemangel (in der Region gibt es zu wenige Behandler*innen eines Fachgebietes).	53,3 (16)	46,7 (14)
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben kein Interesse an Zusammenarbeit bzw. zeigen keine Bereitschaft für Weiterversorgung der Patient*innen des MZEB.	46,7 (14)	53,3 (16)
Potenzielle Kooperationspartner*innen lehnen Zusammenarbeit aufgrund mangelnder finanzieller Anreize bzw. unzureichender Vergütung ab.	43,3 (13)	56,7 (17)
Therapieempfehlungen/Behandlungspläne des MZEB werden nicht umgesetzt.	36,7 (11)	63,3 (19)
Potenzielle Kooperationspartner*innen hegen Konkurrenzgedanken gegenüber MZEB.	30,0 (9)	70,0 (21)
Kommunikation mit potenzielle Kooperationspartner*innen gestaltet sich schwierig (z. B. keine Rückfragen zum Behandlungsplan, keine Information zur Weiterversorgung).	30,0 (9)	70,0 (21)
Keine Herausforderungen oder Schwierigkeiten.	6,7 (2)	93,3 (28)

b. Forschungsfrage 2 (AP2): Wie gestaltet sich der Etablierungsprozess von MZEB, unter besonderer Berücksichtigung potentieller Etablierungsbarrieren in Abhängigkeit unterschiedlicher Entwicklungsstadien und Regionen?

(Universität zu Köln)

Nachfolgend wird der formale MZEB-Etablierungsprozess beschrieben sowie die Barrieren bei der MZEB-Etablierung aus der Perspektive von MZEB-Vertreter*innen (MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen) und – soweit relevant – aus der Perspektive unterschiedlicher Stakeholder (BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV und LBB) dargestellt.

Der formale MZEB-Etablierungsprozess

Anhand der Interviews mit den MZEB-Vertreter*innen und Stakeholdern kann der MZEB-Etablierungsprozess, wie folgt, rekonstruiert werden (**Abbildung 15**). Er umfasst – vereinfacht dargestellt – die Phase der (Wieder-)Antragstellung, der Bedarfsprüfung, der Ermächtigung und der Leistungs- und Vergütungsverhandlung.

²² Kooperationspartner*innen sind (ambulante und stationäre) Behandler*innen der Regel- und spezialisierten Versorgung, Einrichtungen oder Institutionen, die nicht im MZEB angestellt sind, sondern über Kooperationsverträge bzw. informelle Verabredungen mit MZEB zusammenarbeiten und sich an der medizinischen Versorgung der MZEB-Patient*innen beteiligen. Die Frage lautete hierbei: „Welche Erfahrungen haben Sie beim Finden von Kooperationspartner*innen bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen gemacht?“.

Phase der Antragstellung: Die Antragstellung auf Ermächtigung eines MZEB erfolgt durch die gründungswilligen MZEB-Initiator*innen²³ (z. B. zukünftige ärztliche MZEB-Leitung und/oder Träger des zukünftigen MZEB) bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses der KV.

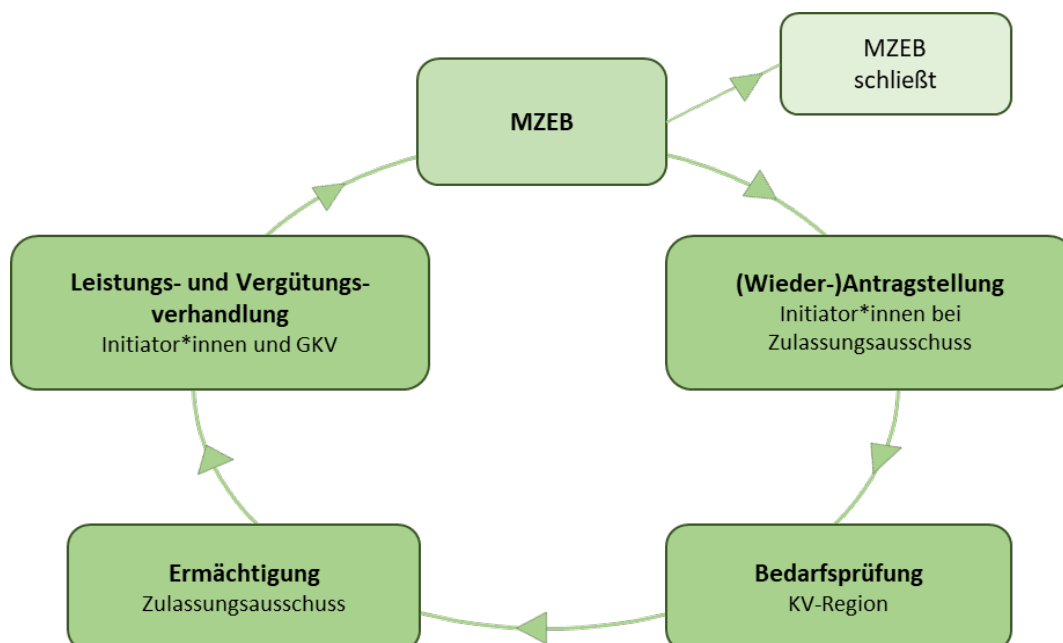
Phase der Bedarfsprüfung: Der Zulassungsausschuss bittet die regionale KV als auch die Kostenträger und Patient*innenvertreter*innen um eine Stellungnahme bezüglich des Bedarfs eines MZEB in der Region. Um Stellung beziehen zu können, erfolgt seitens der KV eine Bedarfserhebung. Hierbei werden z. B. niedergelassene Ärzt*innen verschiedener Fachgruppen der jeweiligen KV-Region befragt, ob ein Bedarf für eine spezialisierte Versorgung von Menschen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderungen bestehe.

Phase der Ermächtigung: Die Stellungnahmen dienen als Entscheidungsgrundlage für den Zulassungsausschuss (Ermächtigungsbeschluss oder Ablehnung des Antrages). Die Entscheidung des Zulassungsausschusses muss den Antragstellenden innerhalb einer Frist von max. sechs Monaten mitgeteilt werden. Im Falle der Antragsablehnung kann ein Berufungsausschuss durch die Antragstellenden einberufen werden, danach erfolgt ggf. der Rechtsweg über die Sozialgerichte. Im positiven Falle (Ermächtigungsbeschluss) erfolgt eine zeitlich begrenzte Ermächtigung des MZEB.

Phase der Leistungs- und Vergütungsverhandlung: Nachdem der Ermächtigungsbescheid durch den Zulassungsausschuss erteilt ist, können die MZEB-Initiator*innen mit den Kostenträgern (GKV) die MZEB-Zugangskriterien, den Leistungsumfang, das Tätigkeitsspektrum als auch die Höhe der pauschalisierten Vergütung verhandeln.

Phase der Wiederantragstellung: Die erteilte Ermächtigung der MZEB ist zeitlich befristet, daher ist eine Wiederantragsstellung vor Ablauf des Ermächtigungszeitraumes erforderlich. Die nachfolgenden Phasen (Bedarfsprüfung, Ermächtigung, Leistungs- und Vergütungsverhandlungen) müssen erneut durchlaufen werden.

Abbildung 15: Vereinfachte Darstellung des formalen MZEB-Etablierungsprozess

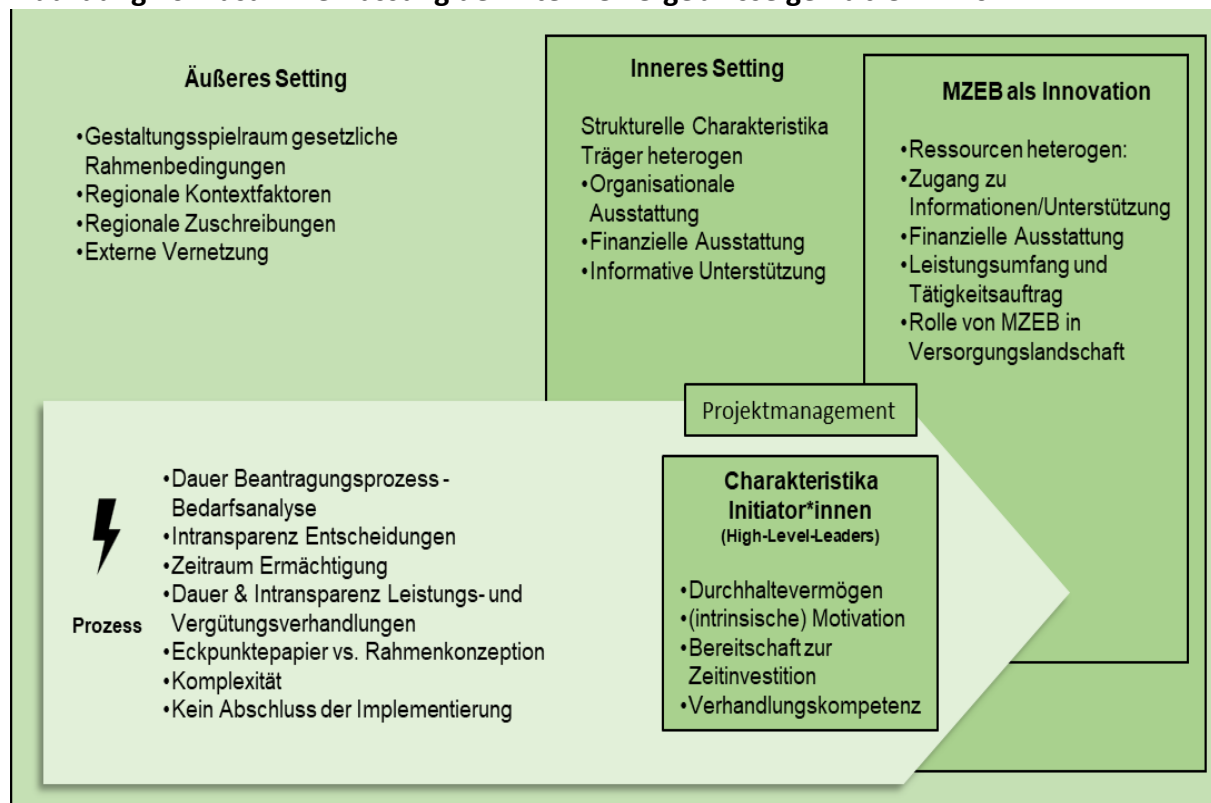


²³ MZEB-Initiator*innen sind gründungswillige Personen, welche die Gründung eines MZEB in verantwortlicher Position veranlassen/veranlasst haben und den Etablierungsprozess maßgeblich mitgestalten.

Barrieren bei der MZEB-Etablierung aus unterschiedlichen Perspektiven

Zur Beantwortung der Forschungsfrage nach den Barrieren im MZEB-Etablierungsprozess wurde das „Updated Consolidated Framework for Implementation Research“ (CFIR 2.0) herangezogen. Das CFIR 2.0 besteht aus nachfolgenden implementierungsrelevanten Domänen: Innovation MZEB, Äußeres Setting, Inneres Setting, Charakteristika der Individuen und Implementierungsprozess. Das Framework umfasst für jede Domäne die einflussnehmenden Determinanten bzw. Konstrukte. Bei der thematischen Analyse des qualitativen Datenmaterials konnten alle fünf Domänen und dazugehörige Konstrukte des CFIR 2.0 identifiziert werden. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anhand des CFIR-Frameworks (**Abbildung 16**).

Abbildung 16: Zusammenfassung der Interviewergebnisse gemäß CFIR 2.0



CFIR-Domäne – Implementierungsprozess

Aus Sicht der interviewten MZEB-Vertreter*innen stellt sich der formale Etablierungsprozess als zentrale Barriere der MZEB-Etablierung dar. Folgende Faktoren konnten als Barrieren für den MZEB-Etablierungsprozess identifiziert werden:

Dauer des Beantragungsprozesses: Der MZEB-Etablierungsprozess wird von den interviewten MZEB-Vertreter*innen als zeitaufwendig beschrieben. Insbesondere der Zeitraum von der Antragstellung bis zum Erhalt der Entscheidung des Zulassungsausschusses (Ermächtigungsbeschluss oder Ablehnung des Antrages) wird als hinauszögernd und langwierig wahrgenommen. Im Falle der Antragsablehnung wird der Weg über den Berufungsausschuss und nachfolgend über die Sozialgerichte kritisiert, da dies als zeitraubend und das Anliegen verschleppend erlebt wird.

Intransparenz des Entscheidungsprozesses: Die Entscheidungsfindung der Zulassungsausschüsse erscheint den befragten MZEB-Vertreter*innen als intransparent. So berichten einige Befragte beispielsweise davon, relevante Dokumente aufgrund fehlender Informationen nicht rechtzeitig einbringen zu können. Insgesamt scheint Unklarheit darüber

zu herrschen, welche Informationen von den jeweiligen Zulassungsausschüssen benötigt werden.

Auch die Entscheidungsbasis für oder gegen eine Ermächtigung (Bedarfsprüfung, Stellungnahme der regionalen KV und der Kostenträger) wird als intransparent beschrieben. Vor diesem Hintergrund sehen es einige befragte MZEB-Vertreter*innen als Barriere an, dass sie keinen Rechtsanspruch auf Teilnahme an den Sitzungen des Zulassungsausschusses haben. MZEB-Vertreter*innen, die an den Sitzungen des Zulassungsausschusses bzw. des Berufungsausschusses teilnehmen durften, gaben an, dass dies ein förderlicher Faktor für die MZEB-Etablierung sei. So fanden ihre Expertise und Erfahrungen Gehör vor den genannten Gremien, Unklarheiten und Missverständliches konnten damit Klärung erhalten und Transparenz konnte geschaffen werden.

Hinsichtlich des Vorgehens bei der Bedarfsprüfung in den jeweiligen KV-Regionen gibt es nach den Aussagen der KV-Vertreter*innen kein einheitliches Vorgehen.

Dauer des Ermächtigungszeitraumes: Die Länge des Ermächtigungszeitraumes sowie die Bindung der Ermächtigung an die Person der ärztlichen Leitung werden von einigen MZEB-Vertreter*innen als hinderlich erlebt. Der in den Interviews (MZEB-Vertreter*innen, KV) genannte Ermächtigungszeitraum der MZEB variiert zwischen einem und fünf Jahren. Nach Ablauf der Ermächtigung muss durch die MZEB-Vertreter*innen erneut ein Ermächtigungsantrag gestellt werden. Die befragten MZEB-Vertreter*innen berichten von Beispielen, in denen sich die Leistungs- und Vergütungsverhandlungen über den bewilligten Ermächtigungszeitraum hinausgehend hinzogen, d. h. im Laufe der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen endete die Ermächtigung bereits.

Dauer und Intransparenz der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen: MZEB- und KV-Vertreter*innen erleben die Dauer der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen als Barriere im formalen MZEB-Etablierungsprozess. Der in den Interviews genannte zeitliche Rahmen der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern variiert zwischen einem und fünf Jahren. Die Befragten berichten von einer hohen Anzahl sowie von zeitlich weit auseinanderliegenden Verhandlungsterminen, wenn man sich beispielsweise nicht auf die Höhe der pauschalisierten Vergütung, das Leistungsspektrum oder die Zugangskriterien einigen konnte.

Ebenfalls wird die fehlende Transparenz bei den Leistungs- und Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern von MZEB-Vertreter*innen als Barriere im MZEB-Etablierungsprozess thematisiert. Diesbezüglich geben einige MZEB-Vertreter*innen an, dass im Verhandlungsprozess nicht deutlich wurde, welche Nachweise (z. B. Dokumentation eigener Berechnungen) zu welchem Zeitpunkt einzubringen waren. Die Unwissenheit über die Verhandlungs-(miss-)erfolge anderer MZEB-Initiator*innen wird von einigen MZEB-Vertreter*innen als Schwächung der eigenen Verhandlungsposition wahrgenommen. Wenige MZEB-Vertreter*innen (z. B. aus Bayern) berichten von einer Verhandlungsstärke aufgrund einer stabilen Vernetzung und eines transparenten Austauschs z. B. zu den Leistungs- und Vergütungsverhandlungen mit anderen regionalen MZEB.

Aus Sicht der befragten Stakeholder BAG MZEB, GKV, und KV mangelt es bislang an einer aus der Routine gewonnenen Verfahrenssicherheit im MZEB-Etablierungsprozess, dies insbesondere im Rahmen der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen. So fehle es beispielsweise an Erfahrungswerten hinsichtlich des zu leistenden Behandlungs-, Dokumentations- und Zeitaufwands je Fall. Auch mangelt es an einem einheitlichen Vorgehen der KV bei der Bedarfsprüfung. Dies wird von den befragten MZEB-Vertreter*innen als Intransparenz im MZEB-Etablierungsprozess wahrgenommen.

Komplexität des Etablierungsprozesses: Alle MZEB-Vertreter*innen nehmen den formalen MZEB-Etablierungsprozess als zu komplex wahr.

Im Kontrast hierzu erleben die befragten KV- und GKV-Vertreter*innen den formalen Ablauf des MZEB-Etablierungsprozesses als eher standardisiert und eindeutig. Die Befragten geben an, dass sie aufgrund fehlender Rückmeldungen der Antragstellenden kaum Kenntnisse über die von MZEB-Vertreter*innen wahrgenommene Komplexität der Herausforderungen im formalen MZEB-Etablierungsprozess haben. Das sog. „Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände²⁴“ wird als handlungsleitend und handlungserleichternd von den KV- und GKV-Vertreter*innen genannt. Zudem wird von beiden Stakeholder-Gruppen eine gelungene Kommunikation und ein frühzeitiger Austausch zwischen KV und Kostenträger als förderlich für den MZEB-Etablierungsprozess beschrieben. Vertreter*innen der KV geben an, dass sie MZEB-Initiator*innen im formalen MZEB-Etablierungsprozess auf Anfrage unterstützen würden.

Fehlendes Projektmanagement: Rückblickend reflektieren einige der befragten MZEB-Vertreter*innen den MZEB-Etablierungsprozess zum dritten Messzeitpunkt (t2) prozessorientiert und berichten mögliche Lösungsansätze: So wird ein bereits im Vorfeld der MZEB-Etablierung praktiziertes Projektmanagement seitens der MZEB-Initiator*innen als möglicherweise zielführend erachtet. Genannt werden daneben auch die Durchführung einer Stakeholder- und Umfeldanalyse, das Festlegen von Kriterien zur Messbarkeit des Etablierungserfolgs sowie die Erstellung eines Projektzeitplans bzw. Meilensteinplans.

Kein Abschluss des Implementierungsprozesses: Der formale MZEB-Etablierungsprozess verläuft aus der Perspektive der befragten MZEB-Vertreter*innen in Schleifen (**Abbildung 15**). Die Dauer der Ermächtigung ist zeitlich begrenzt und es besteht eine personelle Bindung der Ermächtigung an die ärztliche MZEB-Leitung. Vor diesem Hintergrund muss der gesamte MZEB-Etablierungsprozess von der Beantragung der Ermächtigung bis zum Anschluss der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen immer wieder durchlaufen werden. Dies bietet zwar die Möglichkeit der Neu-Verhandlung und somit der organisationalen Anpassung an neue Gegebenheiten und Bedarfe, es gestattet aber in diesem Sinne keinen Abschluss des Implementierungsprozesses.

Die personelle Bindung der Ermächtigung an die Person der ärztlichen Leitung wird – auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten – von einigen MZEB-Vertreter*innen als bedenklich und für die langfristige MZEB-Etablierung als hinderlich bewertet.

CFIR-Domäne: Charakteristika der Individuen

Als maßgebliche Einflussgröße auf den oben beschriebenen formalen MZEB-Etablierungsprozess konnten die persönlichen Kompetenzen bzw. die spezifischen Charakteristika der verhandlungsführenden Personen seitens des MZEB (MZEB-Initiator*innen) identifiziert werden.

High-Level-Leader: Bei den MZEB-Initiator*innen handelt es sich häufig um die (zukünftige) ärztliche MZEB-Leitung, in seltenen Fällen handelt es sich um Vertreter*innen der Geschäftsführung des Trägers des zukünftigen MZEB. Im Rahmen des Implementierungsprozesses von Innovationen können die zukünftigen ärztlichen MZEB-Leitungen – als Individuen in Schlüsselpositionen mit einem hohen Grad an Autorität bzw. als Entscheidungsträger*innen in ausführenden Positionen – entsprechend des CFIR 2.0 als sogenannte „High-Level-Leader“ bezeichnet werden.

²⁴ Bei dem Eckpunktepapier handelt es sich um ein inoffizielles Dokument, welches am 11.10.2016 erstellt wurde. Das gemeinsame Eckpunktepapier der Verbände der Krankenkasse hat das Ziel, „einheitliche Voraussetzungen zur Prüfung der Anträge auf Ermächtigungen von MZEB zu schaffen und ein vergleichbares Vorgehen in den Ländern zu gewährleisten“. Außerdem enthält das Dokument „Mindestkriterien für geeignete Einrichtungen vor, die zu ermächtigen sind, solange und soweit ein Versorgungsbedarf besteht und die entsprechenden Nachweise erbracht werden“. Dadurch sollen die Zulassungsausschüsse „bei der Prüfung einer notwendigen und ausreichenden Versorgung für mehrfachbehinderte und geistig behinderte Erwachsene in der jeweiligen KV-Region“ unterstützt werden. (Präambel, S. 2)

In den Interviews zeigt sich, dass der Verhandlungserfolg in einem hohen Grad abhängig von den Kompetenzen der verhandlungsführenden Personen seitens des MZEB zu sein scheint. So berichten die befragten MZEB-Vertreter*innen, dass über die ärztliche Kompetenz hinausgehende individuelle Eigenschaften und Fähigkeiten der MZEB-Initiator*innen notwendig seien, um erfolgreich verhandeln zu können. Beispielhaft genannt werden der Wille und die Fähigkeit sich in die Thematik einzuarbeiten, die Bereitschaft (Frei-)Zeit zu investieren und ein stabiles Durchhaltevermögen.

Die Beteiligung von ärztlichen Leitungspersonen am MZEB-Etablierungsprozess, insbesondere an den Leistungs- und Vergütungsverhandlungen wird sowohl von MZEB-Vertreter*innen als auch von einigen Stakeholdern (FV/FW, GKV, KV, LBB) mit der Frage nach den ärztlichen Kernkompetenzen kritisch thematisiert. Mit Blick auf die Verhandlungskompetenz bzw. den vorliegenden Verhandlungserfahrungen und der Fähigkeit zum strukturierten Vorgehen wird die unterschiedliche Professionalität der Prozessbeteiligten durch die Vertreter*innen der GKV und KV als Barriere im MZEB-Etablierungsprozess wahrgenommen.

CFIR-Domäne: Äußeres Setting

Das Äußere Setting der Innovation MZEB betreffend konnten sowohl förderliche als hemmende Faktoren für den formalen MZEB-Etablierungsprozess identifiziert werden.

Regionale Kontextfaktoren: Als regionale Kontextfaktoren, die Einfluss auf den MZEB-Etablierungsprozess nehmen, werden zum einen organisatorische Gegebenheiten im mittelbaren Umfeld des MZEB beschrieben. Hierzu zählen beispielsweise das Vorhandensein eines SPZ oder die räumliche Nähe zu einem Krankenhaus. Diese werden von allen Befragten als förderlich betrachtet. So wird das Vorhandensein eines SPZ von den befragten GKV- und KV-Vertreter*innen als Hinweis gewertet, dass vor Ort Expertise in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen vorliegt, dass die Erreichung von bestimmten Fallzahlen gewährleistet zu sein scheint und dass die SPZ-Erfahrungen für den MZEB-Etablierungsprozess hilfreich sein könnten.

Des Weiteren scheinen regional-strukturelle Gegebenheiten bedeutsam zu sein. So stellt sich für die Befragten eine gut ausgebaute Infrastruktur in Ballungsgebieten als förderlicher Faktor dar, dies nicht allein für die Versorgung der potentiellen Patient*innen eines MZEB, sondern auch für die allgemeine gesundheitliche (Regel-)Versorgung der Betroffenen.

Externe Vernetzung: Einige MZEB-Vertreter*innen berichten, dass die bewusst gesuchte Vernetzung mit beispielsweise bereits bestehenden MZEB sowie der kollegiale Erfahrungsaustausch bei Kongressen oder Workshops für den eigenen MZEB-Etablierungsprozess nützlich war. Als hilfreich wird auch die Unterstützung seitens der BAG MZEB genannt. Eine Beratung oder Vertretung durch externe Fachjurist*innen wird ebenso als förderlich von den befragten MZEB-Vertreter*innen wahrgenommen, einige erachten eine juristische Unterstützung als zwingende Voraussetzung für den MZEB-Etablierungserfolg. Einige Stakeholder (BAG MZEB, GKV, KV) bewerten eine erfolgreiche MZEB-Etablierung ohne juristische Unterstützung als eher unrealistisch.

Regionale Zuschreibung beschreibt das Phänomen, dass die befragten Stakeholder (GKV, KV, LBB) und MZEB-Vertreter*innen den MZEB-Etablierungsprozess in einigen KV-Regionen als vergleichsweise schwierig, in anderen KV-Regionen als vergleichsweise etablierungsfreundlich wahrnehmen. Aus Sicht der KV-Vertreter*innen verläuft der Prozess in der eigenen Region reibungsloser als in anderen KV-Regionen. Von einigen MZEB-Vertreter*innen wird der MZEB-Etablierungsprozess in der KV-Region Bayern als Best-Practice-Beispiel genannt. Aus Sicht der Befragten erscheinen hier die Leistungs- und Vergütungsverhandlungen (z. B. Aushandlung der Höhe der Fallpauschalen), der bewilligte Leistungsumfang und das damit verbundene Tätigkeitsspektrum sowie die Dauer und Komplexität des MZEB-Etablierungsprozesses günstiger für eine MZEB-Realisierung zu sein als in der eigenen KV-Region. Demgegenüber berichtet die MZEB-Vertretung aus der KV-Region Bayern, dass der MZEB-Etablierungsprozess

auch in ihrer Region eine Herausforderung darstellt. Jedoch wird die stabile Vernetzung und der transparente Austausch innerhalb der „Landesarbeitsgemeinschaft MZEB Bayern“ als sehr unterstützend im MZEB-Etablierungsprozess wahrgenommen. So würden z. B. die jeweils ausgehandelten Fallpauschalen der MZEB offengelegt, mit diesem Wissen haben die MZEB-Initiator*innen in der KV-Region Bayern eine Art Richtwert für die eigenen (wiederkehrenden) Leistungs- und Vergütungsverhandlungen.

CFIR-Domäne: Inneres Setting

Im Sinne des Frameworks CFIR 2.0 umfasst das Innere Setting des MZEB-Etablierungsprozess die strukturellen Charakteristika des Trägers, falls dieser vorhanden ist, sowie die strukturellen Charakteristika des Krankenhauses, falls das MZEB an eine Klinik angeschlossen ist.

Organisationale Ausstattung: MZEB-Vertreter*innen berichten von Synergieeffekten hinsichtlich der Nutzung vorliegender Organisationseinheiten (z. B. interne Rechnungsabteilung, interner Justizariat) sowie der räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung des Trägers. Dies wird als förderlicher Faktor für den MZEB-Etablierungsprozess wahrgenommen. Andere MZEB-Vertreter*innen berichten keine Synergieeffekte, da ihnen die Nutzung vorhandener Strukturen des Trägers nicht ermöglicht wurde. Dies wird als Barriere für den MZEB-Etablierungsprozess erlebt.

Demgegenüber betrachten manche Stakeholder (GKV, KV) Synergieeffekte eher kritisch, sie äußern die Befürchtung der Schaffung von Parallelstrukturen.

Finanzielle Ausstattung: MZEB-Vertreter*innen nennen finanzielle Ressourcen des Trägers als förderlichen Faktor für die Etablierung des MZEB, indem z. B. die Anschaffung von Ausstattungsgegenständen (z. B. spezielle Behandlungs- und Therapieliegen) unterstützt wird. Gerade in der Anfangsphase arbeiten einige MZEB defizitär, ohne die finanzielle Unterstützung eines solventen Trägers sei eine wirtschaftliche Betriebsführung daher nicht möglich. Auch für die Planbarkeit und Weiterentwicklung von MZEB stellen finanzielle Mittel eines Trägers förderliche Faktoren dar.

Informative Unterstützung durch Träger: Eine kontinuierliche und transparente Kommunikation zwischen dem Träger und der zukünftigen ärztlichen MZEB-Leitung während des MZEB-Etablierungsprozesses wird durch MZEB-Vertreter*innen als ein förderlicher Faktor wahrgenommen. Hierdurch könne der Etablierungsprozess beschleunigt werden. Von einer gelungenen Kommunikation berichten allerdings nur wenige MZEB-Vertreter*innen. Die Mehrheit der interviewten MZEB-Vertreter*innen berichtet von eher nicht gelungenen Kommunikationsprozessen, fehlender Unterstützung und fehlendem Zugang zu Informationen durch den Träger.

CFIR-Domäne: Innovation MZEB

Das MZEB stellt die zu implementierende Innovation dar. In den Interviews zeigen sich Unterschiede in der verhandelten Ressourcenausstattung (organisationale und finanzielle Ausstattung), in dem ausgehandelten Leistungsauftrag sowie in der damit einhergehenden Funktionszuschreibung der MZEB (Rolle der MZEB) in der deutschen Versorgungslandschaft.

Organisationale Ausstattung: Die verfügbaren Ressourcen eines MZEB (d. h. die verhandelte personelle, sächliche/apparative und räumliche Ausstattung) stellen sich unterschiedlich dar; wenige MZEB-Vertreter*innen sind hiermit zufrieden.

Finanzielle Ausstattung: Die meisten MZEB-Vertreter*innen geben an, dass sich ungenügende finanzielle Mittel als essenzielle Barriere im MZEB-Etablierungsprozess darstellen: die ausgehandelten Fallpauschalen seien zu niedrig, eine wirtschaftliche Betriebsführung sei nicht realisierbar, gerade in der ersten Etablierungsphase seien insbesondere die personellen Ressourcen nicht ausreichend. Einige Stakeholder (BAG MZEB,

FV/FW, GKV, KV) stellen die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Betriebsführung von MZEB gegenwärtig in Frage.

Insbesondere die ausgehandelte Höhe der pauschalisierten Vergütung wird von einigen befragten MZEB-Vertreter*innen nicht leistungsbezogen attribuiert, sondern auf das jeweilig individuelle Verhandlungsgeschick der an der Vergütungsverhandlung beteiligten MZEB-Initiator*innen zurückgeführt. Nur wenige der befragten MZEB-Vertreter*innen beurteilen die Leistungsvergütung ihres MZEB als ausreichend. Vor diesem Hintergrund wird eine eigenständige wirtschaftliche Betriebsführung ohne Unterstützungsleistungen beispielsweise seitens des Trägers als herausfordernd oder als unrealistisch bewertet.

Dennoch werden auch die Vorteile der Möglichkeit, die Leistungsvergütung aushandeln zu können, wahrgenommen. Gegenüber dem Szenario einheitlicher Vergütungsätze bietet der gebotene Verhandlungsspielraum die Möglichkeit durch ein kompetentes Verhandlungsgeschick höhere Vergütungen zu erlangen.

Leistungsumfang und Tätigkeitsauftrag: In den Interviews mit den MZEB-Leitungspersonen zeigt sich die Vielgestaltigkeit des im Rahmen des MZEB-Etablierungsprozesses vereinbarten Leistungsauftrags, beispielsweise unter anderem:

- Koordinierungs- und Assessmentfunktion, keine Behandlungsermächtigung, aber Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Koordinierungs- und Assessmentfunktion, keine Behandlungsermächtigung, keine Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Behandlungsfunktion, keine Überweisungsermächtigung
- Behandlungsfunktion und Überweisungsfunktion

Einige befragte MZEB-Vertreter*innen und Stakeholder (BAG MZEB) führen dies auf die sprachliche Ausgestaltung des § 119c SGB V zurück. Diese führe zu unterschiedlichen Deutungen bzw. Auslegungen hinsichtlich des Leistungsumfangs und Tätigkeitsauftrag von MZEB. So nehmen einige befragte MZEB-Vertreter*innen und Stakeholder (GKV, KV) in der sprachlichen Ausgestaltung des § 119c SGB V einen förderlichen und notwendigen Verhandlungsspielraum wahr. Dieser ermöglicht es die vorhandenen regional-strukturellen Gegebenheiten im MZEB-Etablierungsprozess berücksichtigen zu können. Andere (MZEB-Vertreter*innen, GKV) sehen in der sprachlichen Ausgestaltung des § 119c SGB V wiederum einen Mangel an Konkretisierung und wünschen sich eine detailliertere Formulierung des Behandlungsauftrages. Demgegenüber leiten einige befragten MZEB-Vertreter*innen und Stakeholder (BAG MZEB) aus der sprachlichen Ausgestaltung des § 119c SGB V keinen Interpretationsspielraum, sondern einen unmissverständlichen Behandlungsauftrag ab, der sich auch in der Bezeichnung „Medizinisches Behandlungszentrum“ widerspiegelt.

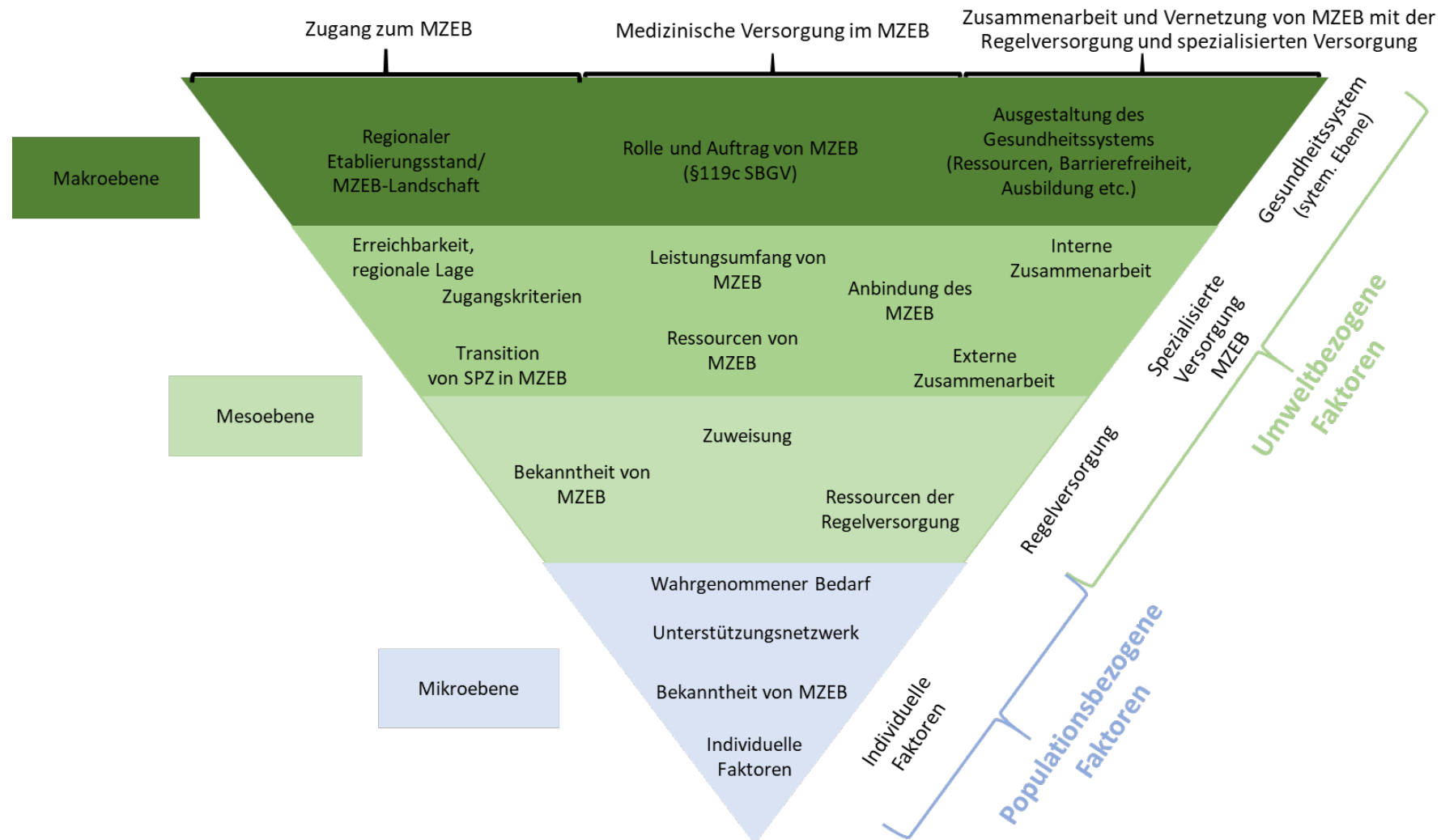
Rolle der MZEB in der Versorgungslandschaft: Hinsichtlich der Frage nach der Rolle der MZEB und damit der zukünftigen Ausgestaltung der MZEB-Landschaft in Deutschland variieren die Antworten der befragten MZEB-Vertreter*innen und Stakeholder zwischen zwei Polen. Einige sehen angesichts des besonderen Patient*innenklientels den Bedarf einer möglichst wohnortnahen und damit für die Betroffenen erreichbaren MZEB-Versorgung. Andere plädieren angesichts der benötigten Behandlungsexpertise für eher wenige, aber hochspezialisierte MZEB. Wiederum andere plädieren für die Etablierung von MZEB, welche sowohl eine Basisversorgung als auch eine spezialisierte Versorgung anbieten können.

c. Forschungsfrage 3 (AP3): Welche Barrieren in der medizinischen Versorgung im MZEB erleben unterschiedliche, zentrale Stakeholder?

(Hochschule Fulda)

Ziel von AP3 ist es, Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB aus multiperspektivischer Sicht zu erfassen. Die bei der Auswertung des Datenmaterials entwickelten deduktiven und induktiven Kategorien werden in ein eigens entwickeltes Modell, angelehnt an das „Verhaltensmodells zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ von Andersen (1995) und das „Modell der gestuften gesundheitlichen Versorgung“ von den Fachverbänden (2011), eingebettet (**Abbildung 17**).

Abbildung 17: Einbettung der Interviewkategorien in den theoretischen Hintergrund



Insgesamt lassen sich drei Schwerpunkte (Hauptkategorien) aus dem qualitativen Datenmaterial ableiten (Zugang zum MZEB, Medizinische Versorgung im MZEB, Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung), welche sich anhand der Datenanalyse als besonders relevante Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB herausstellten (**Tabelle 12**). Diesen Schwerpunkten können weitere Unterkategorien zugeordnet werden (**Abbildung 17**), die auf verschiedenen Ebenen zu verorten sind: der Mikro- (populationsbezogene Faktoren), Meso- und Makroebene (umweltbezogene Faktoren) (Andersen 1995). Die Mesoebene kann dabei, in Anlehnung an das Modell der gestuften medizinischen Versorgung (Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2011), in die Regelversorgung und die spezialisierte MZEB-Versorgung unterteilt werden. Kategorien auf Makroebene beschreiben die Ebene des Gesundheitssystems. Die Einteilung ist nicht starr, es werden z. T. mehrere Ebenen und Kategorien beeinflusst. Nachfolgend werden diese Schwerpunkte und deren Unterkategorien differenziert aus der Perspektive der MZEB-Vertreter*innen (d. h. MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen) und Stakeholder (BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV, LBB) dargestellt (**Tabelle 12**).

Tabelle 12: Übersicht über die Schwerpunkte (Hauptkategorien) und Unterkategorien zu den Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB

Barrieren der medizinischen Versorgung in MZEB		
Zugang zum MZEB	Medizinische Versorgung im MZEB	Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung
• Bekanntheit von MZEB • Zugangskriterien zum MZEB • Zuweisung zum MZEB • Transition (von SPZ in MZEB) • Erreichbarkeit, regionale Lage und Spezialisierung von MZEB	• Leistungsumfang im MZEB • Ressourcen von MZEB (zeitlich, personell, finanziell) • Zusammenarbeit im MZEB-Team	• Externe Zusammenarbeit und Vernetzung • Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem

Schwerpunkt 1: Zugang zum MZEB

Der Schwerpunkt (Hauptkategorie) „Zugang zum MZEB“ umfasst fünf Unterkategorien: „Bekanntheit von MZEB“, „Zugangskriterien zum MZEB“, „Zuweisung zum MZEB“, „Transition“ sowie „Erreichbarkeit, regionale Lage und Spezialisierung von MZEB“.

Bekanntheit von MZEB

Die Bekanntheit von MZEB (insb. bei Behandler*innen und Einrichtungen der Regelversorgung und bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ohne institutionelle Anbindung) wird von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen als (zu) gering beschrieben. Vertreter*innen der FV/FW schätzen die Bekanntheit von MZEB auch bei den Mitgliedsorganisationen der Behindertenhilfe und den Trägern der FW als gering ein. Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen berichten zudem, dass die bundesweite Anzahl von MZEB sowie die Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierungen) von MZEB nicht bekannt seien (z. B. da keine Daten hierzu vorliegen).

Nach Angaben der MZEB und BAG MZEB-Vertreter*innen werden verschiedene Anstrengungen unternommen, um MZEB bekannt zu machen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit). Die MZEB-Vertreter*innen äußern den Wunsch nach Unterstützung bei der Bekanntmachung durch die Stakeholder (z. B. KV), da die Öffentlichkeitsarbeit zeitintensiv und kostspielig sei. Die Vertreter*innen der GKV und KV sehen die Verantwortung zur Steigerung der Bekanntheit von MZEB bei den MZEB-Vertreter*innen. Manche Vertreter*innen der FV/FW und LBB geben an, dass sie über das Angebot von MZEB (z. B. in einer Verbandszeitschrift) informieren und bei Anfragen zum Thema „MZEB“ u. a. auf die (Webseite der) BAG MZEB verweisen.

Unterschiede bei der „Bekanntheit von MZEB“ werden bei MZEB mit unterschiedlichem Etablierungsstand deutlich: in Planung befindliche MZEB investieren häufig viel Zeit in die Öffentlichkeitsarbeit, um ihre Bekanntheit zu erhöhen. Vertreter*innen von langjährig etablierten MZEB berichten von einer höheren Bekanntheit, haben vielfach bereits einen großen Stamm an Patient*innen und beschreiben einen geringeren zeitlichen und personellen Aufwand für die Bekanntmachung ihres MZEB.

Mit zunehmender Etablierungsdauer der MZEB und damit einhergehend mit einer steigenden Bekanntheit des MZEB, stellt sich in den Interviews als weiteres relevantes Thema die Fallzahlbegrenzung dar. So hinterfragen einige MZEB-Vertreter*innen von langjährig etablierten MZEB, ob die ausgehandelte Fallzahlbegrenzung (Anzahl an Patient*innen eines MZEB pro Quartal) ausreichend sei. Auch wird die Fallzahlbegrenzung von MZEB-Vertreter*innen aus langjährig bestehenden MZEB teilweise als zu niedrig eingeschätzt. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen der AP1 Online-Befragung, bei der die befragten MZEB-Leitungspersonen die Fallzahlen als überwiegend „sehr bzw. eher unangemessen“ empfinden (66,7 %, n=18). Insgesamt weisen die Ergebnisse der qualitativen Interviews aber darauf hin, dass die Fallzahlbegrenzung bisher keine große Barriere darstelle, denn MZEB-Vertreter*innen berichten auch, dass die ausgehandelten Fallzahlen häufig noch nicht erreicht werden und sie daher noch keine Einschränkungen durch die Fallzahlbegrenzung erleben.

Zugangskriterien zum MZEB

Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen berichten von heterogenen Zugangskriterien zum MZEB. Diese betreffen häufig z. B. den Grad der Behinderung (GdB, häufig ≥ 70), Diagnosen und Merkmale, das Vorhandensein einer Kommunikationsstörung, das Alter der Patient*innen und die Behinderungsursache (angeboren/erworben). Über alle Befragungsgruppen hinweg werden unterschiedliche und z. T. gegenteilige Einschätzungen zur Notwendigkeit und Ausgestaltung von Zugangskriterien geäußert. Diese differieren sowohl innerhalb von Befragungsgruppen als auch über alle Befragungsgruppen hinweg. Dabei erachten einzelne Interviewpartner*innen die Zugangskriterien vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit als notwendig und in Kombination mit Einzelfallregelungen als sinnvoll. Andere Interviewpartner*innen (insbesondere MZEB-Vertreter*innen sowie Vertreter*innen der BAG MZEB, FV/FW und LBB) kritisieren die Zugangskriterien oder lehnen diese ab, da sie die Zugangskriterien als Barriere für den Zugang zum MZEB erachten. Die GKV-Vertreter*innen sehen die Zugangskriterien mehrheitlich als sinnvolle Rahmenbedingungen für den Zugang zum MZEB an, die bei Bedarf anpassungsfähig seien. Durch Einzelfallregelungen könne gemäß den GKV-Vertreter*innen der Zugang auch für Patient*innen, die die Zugangskriterien primär nicht erfüllen, ermöglicht werden. Einige MZEB-Vertreter*innen berichten allerdings, dass die Beantragung von Einzelfallregelungen einen hohen zeitlichen Aufwand bedürfe, der oft nicht finanziert werde.

Manche Stakeholder (BAG MZEB, FV/FW, LBB) äußern den Wunsch nach einer Anpassung bzw. Änderung der Zugangskriterien und schlagen vor, dass der individuelle Bedarf der Patient*innen als Zugangskriterium herangezogen werden könne. Ein*e GKV-Vertreter*in legt nahe, dass die Zugangskriterien durch den Gesetzgeber konkretisiert werden sollten, um Konflikte mit den MZEB zu umgehen. Ein*e KV-Vertreter*in äußert, dass Veränderungen der Zugangskriterien möglich wären, bspw. indem diese im Rahmen der Ermächtungsverlängerung des MZEB überprüft und ggf. angepasst werden.

Werden die Interviews mit MZEB-Vertreter*innen zum Thema „Zugangskriterien“ nach den Unterschieden zwischen dem **Etablierungsstand** der MZEB beleuchtet, zeigt sich, dass Vertreter*innen von langjährig bestehenden MZEB die Zugangskriterien ihres MZEB häufig nachverhandelt und „verbessert“ haben. Außerdem berichten manche Vertreter*innen von langjährig etablierten MZEB, dass sie Wege gefunden haben, um Patient*innen, die die Hilfe

eines MZEB dringend benötigen, i. d. R. nicht abweisen zu müssen (z. B. Nutzen von „Graubereichen“).

Zuweisung zum MZEB

Unabhängig vom Etablierungsstand oder der regionalen Lage der MZEB erfolgt laut MZEB-Vertreter*innen die Zuweisung zu MZEB i. d. R. auf Initiative der Patient*innen bzw. deren Angehörigen, weniger häufig auf Initiative der Ärzt*innen der Regelversorgung. Dies führen die MZEB-Vertreter*innen darauf zurück, dass MZEB in der Regelversorgung z. T. noch unbekannt sind und die zuweisenden Ärzt*innen aufgrund mangelnden Wissens über die Versorgungsform keine Überweisungen ins MZEB veranlassen. Teilweise äußern MZEB-Vertreter*innen auch, dass Barrieren bei der Zuweisung zum MZEB aufgrund von Konkurrenzgedanken der Behandler*innen der Regelversorgung gegenüber der MZEB („MZEB nehme Patient*innen weg“) bestehen.

Als weitere Barriere bei der Zuweisung zum MZEB nennen Vertreter*innen der MZEB und BAG MZEB Schwierigkeiten dadurch, dass die Zuweisung zum MZEB z. T. nur durch festgelegte Ärzt*innengruppen erfolgen könne (z. B. keine Pädiater*innen). Auch berichten MZEB und BAG MZEB-Vertreter*innen von Barrieren aufgrund nicht korrekt ausgefüllter Überweisungen sowie der Notwendigkeit von quartalsweisen Überweisungen zum MZEB.

Vertreter*innen der GKV, KV, FV/FW und LBB berichten, dass ihnen keine Informationen zu Barrieren bei der Zuweisung zum MZEB vorliegen. Laut GKV-Vertreter*innen stelle die Überweisung zum MZEB durch Haus- und bestimmte Fachärzt*innen (z. B. Neurolog*innen, Psychiater*innen) den Behandlungsbedarf sicher, da sie die Notwendigkeit der Versorgung der Patient*innen im MZEB begründe. Auch KV-Vertreter*innen erachten es als wichtig, dass eine Überweisung zu MZEB von Hausärzt*innen und bestimmten Fachärzt*innen (Neurolog*innen, Psychiater*innen) ausgestellt werde.

Transition²⁵

Als weiteres zentrales Thema hat sich in den Interviews mit den MZEB-Vertreter*innen die Transition von der (sozial-)pädiatrischen zur erwachsenenmedizinischen Versorgung erwiesen. Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen erachten diese Statuspassage als wichtig, da die Lebensphase mit vielen Veränderungen für die Patient*innen einhergehe und als besonders „vulnerabel“ gelte.

Von den Stakeholdern (FV/FW, GKV, KV, LBB) werden kaum Informationen zum Ablauf der Transition in den Interviews berichtet. Die MZEB-Vertreter*innen beschreiben den Ablauf der Transition (von SPZ in MZEB), unabhängig vom Etablierungsstand und der regionalen Lage des MZEB, unterschiedlich: manche MZEB verwenden keine Übergabekonzepte, andere nutzen Transitionssprechstunden oder -programme. Die Vertreter*innen der MZEB und BAG MZEB berichten, dass sich der Transitionsprozess bei einer guten Vernetzung und räumlichen Nähe von SPZ und MZEB leichter gestalte. Als erschwerend für das Gelingen der Transition berichten die MZEB-Vertreter*innen eine Aberkennung oder Herabsenkung des GdB mit Eintritt der Volljährigkeit bei den Patient*innen. Auch sei mit der Volljährigkeit der Patient*innen häufig die Suche nach einer/einem neuen Hausärzt*in notwendig, da Pädiater*innen nicht mehr für die Versorgung zuständig seien. Laut MZEB-Vertreter*innen sei die Finanzierung der Transition teilweise unklar. In den Interviews wird häufiger die Frage aufgeworfen, ob MZEB oder SPZ die Transitionsleistung abrechnen dürfen. Die Finanzierung der Transition werde, zumindest laut Aussage einer GKV-Vertretung, durch den Kostenträger gedeckt. Darüber

²⁵ Transition bezeichnet den Übergang von Patient*innen aus der (sozial-)pädiatrischen Versorgung (z. B. in Sozialpädiatrischen Zentren/SPZ) in die erwachsenenmedizinische Versorgung (Regel- und spezialisierte Versorgung, u. a. im MZEB) mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter (d. h. ab dem 18. Lebensjahr).

hinaus berichten die MZEB-Vertreter*innen, dass die Transition von der (sozial-)pädiatrischen Versorgung im SPZ zur erwachsenenmedizinischen Versorgung im MZEB mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden sei: häufig seien mehrere Termine erforderlich, da die Patient*innen erst Vertrauen zum MZEB-Personal aufbauen müssen.

Erreichbarkeit, regionale Lage und Spezialisierung von MZEB

Als Ergebnis der Interviews aller Befragungsgruppen zeigt sich ein Informationsdefizit über die Anzahl, regionale Lage, Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung) von MZEB. Dadurch könne es Patient*innen und deren Angehörigen schwer fallen ein passendes MZEB (d. h. mit geeignetem Versorgungsschwerpunkt) bzw. ein MZEB in der Nähe zu finden.

Für die Erreichbarkeit von MZEB haben sich in den Interviews mit Vertreter*innen der MZEB, BAG MZEB, FV/FW und LBB verschiedene Faktoren herauskristallisiert, u. a. Patient*innenbezogene Faktoren, wie der Wohnort (ländlich/städtisch), die Wohnart (im elterlichen Zuhause/Eingliederungshilfe), das Vorhandensein und Engagement des Unterstützungsnetzwerks oder die Schwere der Beeinträchtigung. Die regionale Lage von MZEB in Städten/Regionen mit gut ausgebauter Infrastruktur wird von den Interviewpartner*innen als förderlich für die Erreichbarkeit von MZEB beschrieben.

Werden die Interviews der MZEB-Vertreter*innen zum Thema „Erreichbarkeit, regionale Lage und Spezialisierung von MZEB“ nach den Unterschieden zwischen dem Etablierungsstand der MZEB beleuchtet, zeigt sich, dass sich MZEB-Vertreter*innen von in Planung befindlichen MZEB häufiger besorgt hinsichtlich weiter Anreisen von Patient*innen zum MZEB äußern. Vertreter*innen von langfristig bestehenden MZEB beschreiben lange Anreisen ebenfalls als herausfordernd für Patient*innen und deren Angehörige, allerdings sei der Zugang zum MZEB dadurch kaum eingeschränkt und die Anreise werde aufgrund der professionellen Expertise im MZEB von den Patient*innen und Angehörigen dennoch (gerne) auf sich genommen. Gleichzeitig merken Vertreter*innen der langfristig bestehenden MZEB z. T. an, dass vor diesem Hintergrund z. B. digitale Sprechstunden und aufsuchende Leistungen im Wohn- und Arbeitsumfeld der Patient*innen sinnvoll wären.

Die Erreichbarkeit von MZEB wird laut Aussagen von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen als abhängig von der regionalen Lage und Verteilung von MZEB (d. h. Bundesland oder Stadt-Land) und von dem Vorliegen eines Versorgungsschwerpunkts (Spezialisierung) beschrieben. Ein*e MZEB-Vertreter*in verweist darauf, dass die Anreise von Patient*innen in ein spezialisiertes MZEB durchaus länger sein könne als die Anreise zum nächstgelegenen MZEB ohne Spezialisierung. Hinsichtlich der Ausgestaltung der MZEB-Landschaft äußern Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen unterschiedliche Ansichten. Manche Interviewpartner*innen wünschen sich MZEB ohne Spezialisierungen, die eine flächendeckende, wohnortnahe MZEB-Verteilung gewährleisten. Andere Interviewpartner*innen sprechen sich für eine Spezialisierung von MZEB aus. Wiederum andere Interviewpartner*innen plädieren für die Etablierung beider „Arten“ von MZEB, d. h. MZEB ohne Spezialisierung (als eine Art „Basisversorgung“) und MZEB mit Spezialisierung. Ein*e GKV-Vertreter*in äußert Bedenken hinsichtlich der Spezialisierung von MZEB und befürchtet Schwierigkeiten bei der Finanzierung, wenn Patient*innen in zwei verschiedenen MZEB behandelt werden sollen.

Schwerpunkt 2: Medizinische Versorgung im MZEB

Der zweite Schwerpunkt (Hauptkategorie) „Medizinische Versorgung im MZEB“ umfasst folgende Unterkategorien: „Leistungsumfang im MZEB“, „Ressourcen von MZEB“ und die „Zusammenarbeit im MZEB-Team“.

Leistungsumfang im MZEB

Über alle Befragungsgruppen hinweg und unabhängig vom Etablierungsstand und der regionalen Lage von MZEB werden in den Interviews von unterschiedlichen Leistungsumfängen in MZEB (u. a. Diagnostik, sozialmedizinische Beratung und Unterstützung etc.) und vertraglich vereinbarten Tätigkeitsaufträgen berichtet (z. B. nur Koordinierungsfunktion, Koordinierungs- und Assessmentfunktion, Behandlungsfunktion, Überweisungs- und Verordnungsbefugnis etc.). Vereinzelt äußern MZEB-Vertreter*innen den Wunsch nach einem umfangreicheren Leistungsangebot, z. B. durch aufsuchende Leistungen, Telemedizin, oder Vorsorgeuntersuchungen.

Die Heterogenität im Leistungsumfang bzw. Tätigkeitsauftrag der MZEB wird von einigen Vertreter*innen aller Befragungsgruppen auf eine unterschiedliche Auslegung von § 119c SGB V zurückgeführt. Je nach Deutung des Gesetzestextes variiert die Auslegung des Tätigkeitsauftrags von MZEB (z. B. Behandlungsauftrag vs. Koordinierungs- und Assessmentfunktion) bei den befragten Interviewpartner*innen. Während Vertreter*innen der MZEB, BAG MZEB, FV/FW sowie LBB den Tätigkeitsauftrag von MZEB laut § 119c SGB V häufig in der Behandlung sehen („Behandlungszentren“), legen einige Vertreter*innen der GKV und KV den Tätigkeitsauftrag entsprechend § 119c SGB V als „Koordinierungs- und Assessmentfunktion“ aus. Manche Vertreter*innen der GKV und KV verweisen bei dem Tätigkeitsauftrag von MZEB auf das „Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände“, in dem MZEB eine Koordinierungs- und Assessmentfunktion zugeschrieben wird. Andere GKV- und KV-Vertreter*innen beschreiben dahingegen, dass eine „Behandlungserprobung“ oder „Therapieanbahnung“ in MZEB sinnvoll sein könne. Insgesamt geben einzelne Vertreter*innen der GKV und KV an, keine Informationen zu Barrieren hinsichtlich des Leistungsumfangs zu haben, da ihnen keine Rückmeldungen von MZEB-Patient*innen oder deren Angehörigen zugetragen werden.

Ressourcen von MZEB

Ressourcen (zeitlich, personell, sächlich) sind, wie die Interviewergebnisse mit den MZEB-Vertreter*innen verdeutlichen, maßgeblich für MZEB. In den Interviews wird deutlich, dass die Ressourcenausstattung eines MZEB häufig von der Anbindung an eine andere Einrichtung (z. B. Klinik, SPZ) abhängt.

Zeitliche Ressourcen: Die hohen zeitlichen Ressourcen der MZEB-Behandlungspersonen im Vergleich zur Regelversorgung werden von allen Befragungsgruppen als wichtig und kennzeichnend für MZEB beschrieben. Laut Vertreter*innen von MZEB aller Etablierungsstände sei die Zeit für die Versorgung der Patient*innen im MZEB ausreichend, für die zeitintensive Organisation, Dokumentation und Koordination der medizinischen Versorgung der Patient*innen sowie für Kooperationen (u. a. Netzwerkarbeit, Arbeit als Kompetenzzentrum) oder aufsuchende Leistungen seien die zeitlichen Ressourcen im MZEB häufig aber nicht ausreichend.

Personelle Ressourcen: Maßgeblich für die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im MZEB ist eine ganzheitliche Versorgung durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus ärztlichem und nicht-ärztlichen Personal. Vor diesem Hintergrund wird insbesondere das multidisziplinäre Team von allen Befragungsgruppen als wichtig und kennzeichnend für die medizinische Versorgung in MZEB beschrieben.

Den Stakeholdern (FV/FW, GKV, KV, LBB) liegen keine Informationen zu Herausforderungen hinsichtlich der personellen Ressourcen im MZEB vor. Von Vertreter*innen der MZEB und BAG MZEB werden teilweise Herausforderungen bei der Personalgewinnung berichtet, die u. a. auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sowie auf unzureichendes Wissen und Kenntnisse bei Fachkräften zurückgeführt werden. Auch berichtet ein*e MZEB-Vertreter*in,

dass das befristete Arbeitsverhältnis im MZEB (aufgrund der befristeten Ermächtigung von MZEB) – die Akquise von geeignetem Fachpersonal erschwere. Dahingegen berichtet ein*e MZEB-Vertreter*in, dass die Personalgewinnung einfacher sei, wenn das MZEB an ein Krankenhaus angebunden ist, da das benötigte Fachpersonal teilweise aus dem Krankenhaus rekrutiert werden könne. Zudem berichten Vertreter*innen von in Planung befindlichen und kürzlich etablierten MZEB von einem kleinen Behandlungsteam (z. T. nur zwei Personen in Teilzeit), während langjährig etablierte MZEB häufig mehrere Angestellte im MZEB vorweisen.

Finanzielle Ressourcen: MZEB-Vertreter*innen berichten häufig von unzureichenden finanziellen Ressourcen in MZEB, die sich herausfordernd auf die medizinische Versorgung auswirken. So beschreiben MZEB-Vertreter*innen, dass manche Leistungen nicht durch die ausgehandelten Fallpauschalen abgedeckt seien und deshalb nicht angeboten werden können (z. B. keine telemedizinischen oder aufsuchenden Tätigkeiten). Auch seien nicht-medizinische Leistungen wie das Finden von Kooperationspartner*innen, das Angebot von Fort- und Weiterbildungen (i. S. eines Kompetenzzentrums) oder das Stellen von Anträgen auf Einzelfallregelung bei Patient*innen, die die Zugangskriterien des MZEB nicht erfüllen, häufig nicht durch die Vergütungspauschalen abgedeckt. Vielfach berichten MZEB-Vertreter*innen außerdem, dass ein wirtschaftliches Arbeiten im MZEB aufgrund der geringen finanziellen Mittel erschwert sei. Von Seiten der GKV-Vertreter*innen wird erläutert, dass die mit den MZEB vereinbarten Pauschalen individuell ausgehandelt werden (u. a. abhängig vom Behandlungsspektrum des MZEB) und daher keine allgemeingültigen Aussagen zu den finanziellen Ressourcen der MZEB getroffen werden können. Andere GKV-Vertreter*innen geben an, dass sie sich bisher immer auf eine bedarfsgerechte Vergütung mit den MZEB einigen konnten und die Möglichkeit von Einzelfallprüfungen zur Kostenübernahme bei „besonders kostenintensiven“ Patient*innen sowie die Möglichkeit zur Nachverhandlung der Pauschalen bestehe. Gleichzeitig weist ein*e GKV-Vertreter*in darauf hin, dass die Investitionskosten der MZEB (z. B. für Räume oder apparative Ausstattung) nicht durch die GKV getragen werden, sondern auf Länderebene oder im Rahmen von Förderprogrammen gedeckelt werden müssen. Vertreter*in der FV/FW, KV und LBB äußern sich kaum zur finanziellen Ausstattung von MZEB.

Als weiteres zentrales Thema stellt sich in den Interviews mit MZEB-Leitungspersonen, die **Anbindung**²⁶ heraus, da dadurch häufig, bestehende Ressourcen der Einrichtung/des Trägers (mit)genutzt werden können (bspw. Räumlichkeiten, Personal, apparative Ausstattung). Auch die räumliche Nähe zu anderen Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäuser oder SPZ (unabhängig von der Trägerschaft) wird als hilfreich beschrieben, da hohe Expertise vor Ort besteht und ein einfacherer Austausch erfolgen kann.

Werden die Interviews der MZEB-Vertreter*innen zum Thema „Ressourcen“ nach den Unterschieden zwischen dem Etablierungsstand der MZEB beleuchtet, zeigt sich, dass in Planung befindliche und kürzlich etablierte MZEB häufiger von unzureichenden finanziellen Ressourcen zur Anschaffung von notwendigen und kostenintensiven (apparativen) Gerätschaften (z. B. MRT, EEG, EKG, Ultraschallgerät etc.) und Ausstattungsgegenständen (z. B. große Liegen) berichten. Ein*e MZEB-Vertreter*in gibt an, dass Anschaffungen für das MZEB nur durch Spendengelder oder die finanzielle Unterstützung des Trägers möglich seien. MZEB-Vertreter*innen mit Anbindung an einen großen Träger oder an ein Krankenhaus berichten, dass sie häufiger auf die Gerätschaften des Krankenhauses bzw. des Trägers zurückgreifen können. Auch ein*e FV-Vertreter*in verweist darauf, dass es für MZEB z. T.

²⁶ Ein MZEB mit Anbindung an eine Einrichtung ist bspw. in den Räumlichkeiten eines vom selben Träger betriebenen Krankenhauses angesiedelt oder in der räumlichen Nähe eines SPZ desselben Trägers verortet. Außerdem nutzt ein angebundenes MZEB häufig die Ausstattung und Ressourcen (z. B. Personal, Gerätschaften oder IT-Infrastruktur) der anderen Einrichtungen des gleichen Trägers mit, wodurch Synergien gebündelt werden.

herausfordernd sei, die Erstinvestitionskosten (z. B. für Geräte, Ausstattung, Räume) vorzustrecken.

Zusammenarbeit im MZEB-Team

Die Zusammenarbeit im multidisziplinären MZEB-Team gestaltet sich laut Vertreter*innen aller MZEB positiv und wird durch flache Hierarchien, hohe Wertschätzung und einen unkomplizierten Austausch untereinander beschrieben. Von MZEB-Vertreter*innen genannte Herausforderungen bei der internen Zusammenarbeit beziehen sich auf die Terminkoordination, die z. T. auf die geringen Stellenanteile (durch Teilzeit) des MZEB-Personals zurückzuführen sind. Auch erweise sich, laut Aussage einer/einem MZEB-Vertreter*in die befristete MZEB-Ermächtigung von MZEB als schwierig für die interne Zusammenarbeit, da sie Unsicherheiten für die Personalplanung im MZEB berge. Betont wird durch die MZEB-Vertreter*innen die Wichtigkeit der stetigen (Weiter-)Qualifizierung des Personals (z. B. Weiterbildung innerhalb des multidisziplinären Teams), da das Wissen zur Diagnostik und Behandlung bestimmter Krankheitsbilder stark personenabhängig sei und bei Ausfall oder Ausscheiden des Fachpersonals aus dem MZEB häufig verloren gehe.

Andere Stakeholder (GKV, FV/FW, LBB, KV) geben dagegen an, kaum Einblicke in die Zusammenarbeit innerhalb des MZEB-Teams zu haben und können daher keine Auskunft zu potenziellen Barrieren bei der Zusammenarbeit im MZEB-Team machen.

Schwerpunkt 3: Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung

Den dritten Schwerpunkt (Hauptkategorie) „Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung“ umfasst die Unterkategorien: „Externe Zusammenarbeit und Vernetzung mit der Regelversorgung“ und „Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem“.

Externe Zusammenarbeit und Vernetzung

Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen betonen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regelversorgung (z. B. mit niedergelassenen Haus-/Facharzt*innen) und spezialisierten Versorgung (z. B. mit SPZ). Die MZEB-Vertreter*innen berichten von vielfältigen Kooperationen mit Behandler*innen der Regelversorgung, wobei manche (Fach-)Ärzt*innen zur Sprechstunde ins MZEB kommen, andere die Patient*innen des MZEB in den eigenen Praxen, Einrichtungen und Krankenhäusern empfangen. Auch beschreiben die MZEB-Vertreter*innen mehrheitlich eine sehr gute und einfache Zusammenarbeit des MZEB mit anderen MZEB, SPZ sowie mit (spezialisierten) Krankenhäusern in der Region. In Bayern besteht, laut Aussage einer/eines MZEB-Vertreter*in, eine Landesarbeitsgemeinschaft mit allen in Bayern aktiven MZEB, welche einen transparenten Austausch der Einrichtungen sehr fördert.

Dahingegen geben einige MZEB und BAG MZEB-Vertreter*innen an, dass die Akquise von Kooperationspartner*innen, insbesondere von Haus- und Facharzt*innen der Regelversorgung, häufig viel Engagement und Zeit bedarf. So wird von einer/einem MZEB-Vertreter*in genannt, dass Kooperationen lediglich aufgrund von persönlichen Kontakten des MZEB-Teams möglich seien. Besonders schwierig sei es für die MZEB, Kooperationen mit Haus- und Facharzt*innen der Regelversorgung im Wohnumfeld von Patient*innen zu finden, wenn diese weite Anreisen haben oder aus ländlichen Gegenden stammen. Weitere **Herausforderungen beim Finden von Kooperationspartner*innen** resultieren, laut Aussage von Vertreter*innen der MZEB und BAG MZEB, aus den häufig unzureichenden zeitlichen Ressourcen und geringen finanziellen Anreizen für Behandler*innen der Regelversorgung, um die Zusammenarbeit mit MZEB attraktiv zu machen. Herausforderungen bei der Zusammenarbeit betreffen laut Aussage der MZEB-Vertreter*innen die oftmals

unzureichende Barrierefreiheit in der Regelversorgung. Auch der Fachkräftemangel insgesamt erschwere das Finden von Fachärzt*innen (v. a. Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen) für die Zusammenarbeit und Vernetzung mit MZEB.

MZEB-Vertreter*innen berichten zudem von **Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit Behandler*innen der Regelversorgung** und verweisen auf einen Mangel an Erfahrungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen bei Behandler*innen der Regelversorgung. Darüber hinaus wird von MZEB-Vertreter*innen beklagt, dass die Behandlungsempfehlungen von MZEB in der Regelversorgung z. T. nicht umgesetzt werden (können). Gründe dafür seien z. B. die geringe Budgetierung der Behandler*innen der Regelversorgung oder unzureichendes Wissen über Medikation und Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Zudem wird von manchen MZEB-Vertreter*innen eine unzureichende Kommunikation mit der Regelversorgung beklagt, wodurch der weitere Behandlungsverlauf bzw. „-erfolg“ der MZEB-Patient*innen, die in die Regelversorgung zurücküberwiesen werden, nicht nachvollziehbar sei.

Vertreter*innen der FV/FW, GKV, KV und LBB geben an, kaum Informationen über Herausforderungen bei der Vernetzung und Zusammenarbeit von MZEB zu haben.

Wird das Interviewmaterial mit MZEB-Vertreter*innen zum Thema „Externe Zusammenarbeit und Vernetzung“ nach den Unterschieden zwischen dem **Etablierungsstand** der MZEB beleuchtet, zeigt sich, dass das Thema für **in Planung befindliche** MZEB präsenter erscheint, da die MZEB im Rahmen der Ermächtigung häufig Kooperationen mit der Regelversorgung vorweisen müssen. Eine befragte MZEB-Leitungsperson aus einem in Planung befindlichen MZEB berichtet bspw., dass aufgrund von Schwierigkeiten beim Finden von Kooperationspartner*innen in den Antrag für die Ermächtigung des MZEB auch solche Kooperationspartner*innen aufgenommen werden, die in der Praxis nur bedingt geeignet für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB seien (z. B. aufgrund mangelnder Barrierefreiheit).

Hinsichtlich der **regionalen Lage der MZEB** zeigt sich, dass das Finden und Zusammenarbeiten mit Kooperationspartner*innen für MZEB in städtischer Lage mit guter infrastruktureller Anbindung sowie mit Anbindung an eine andere Einrichtung bzw. Träger (z. B. ein Krankenhaus/SPZ) als einfacher beschrieben wird.

Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem

MZEB stellen, entsprechend des „gestuften Modell der gesundheitlichen Versorgung“, eine Ergänzung der Regelversorgung dar. In den Interviews mit allen Befragungsgruppen wird daher die Notwendigkeit betont, dass das Gesundheitssystem insgesamt – und insbesondere auch die Regelversorgung – inklusiver gestaltet werden solle. Über alle Befragungsgruppen hinweg wird von Interviewpartner*innen auch der Wunsch nach (mehr) gesellschaftlicher Anerkennung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und nach einer inklusiven Ausgestaltung des Gesundheitssystems zum Ausdruck gebracht. Von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen wird auch der Wunsch geäußert, das behinderungsspezifisches Wissen und Kompetenzen in Studium sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Gesundheits-, Pflege- und Therapieberufen verankert wird. Über alle Befragungsgruppen und Etablierungsstände der MZEB hinweg, werden als Barrieren bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen die fehlende Barrierefreiheit im Gesundheitswesen, ein Zeitmangel in der Regelversorgung, das fehlende Wissen zu Diagnosen, Behandlungen und im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in der ambulanten und stationären Regelversorgung genannt. Vor dem Hintergrund der nicht barrierefreien Ausgestaltung der Gesundheitssystems äußern manche Stakeholder (FV/FW, KV, GKV) den Wunsch, dass MZEB behinderungsspezifisches Wissen und Erfahrungen an die Regelversorgung, Angehörige bzw. Betreuungspersonen und die Bevölkerung weitergeben

(z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildung und Beratung). Laut Aussagen von Interviewpartner*innen der MZEB, BAG MZEB, FV/FW und LBB erfordere ein inklusives Gesundheitssystem eine Anpassung des Vergütungssystems, um den höheren Zeitaufwand bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu berücksichtigen.

d. Forschungsfrage 4 (AP4): Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten?

Im Folgenden werden Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB dargelegt. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die in AP2 und AP3 identifizierten Barrieren. Da in den vergleichenden Analysen nur wenige Faktoren bezüglich des Einflusses des MZEB-Etablierungsstandes und kaum Divergenzen hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs (t0, t1, t2), der regionalen Lage und Verteilung sowie der Versorgungsschwerpunkte von MZEB identifiziert werden konnten, sind die Handlungsempfehlungen über diese Merkmale hinweg formuliert. Die Handlungsempfehlungen richten sich an MZEB-Vertreter*innen und deren Träger, die Selbstverwaltung (GKV, KV) und die Gesundheitspolitik.

Handlungsempfehlungen zum Abbau der Barrieren im MZEB-Etablierungsprozess (AP2)

(Universität zu Köln)

Vor den beschriebenen Barrieren, aber auch den eruierten förderlichen Faktoren im MZEB-Etablierungsprozess können nachfolgende Handlungsempfehlungen zur **Erhöhung der Transparenz** und zur **Reduktion der Komplexität** im formalen MZEB-Etablierungsprozess beitragen.

Selbstverwaltung (KV, GKV)

- **Erhöhung der Verfahrenssicherheit im formalen MZEB-Etablierungsprozess**
 - Durch eine Ausformulierung der zentralen Handlungsschritte in den relevanten Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses²⁷ beispielsweise in Form einer richtungsweisenden SOP (Standard Operating Procedure, Standardvorgehensweise) sollten u. a. Ablauf, notwendige Dokumente und zeitlicher Verlauf (mit ggf. einzuhaltenden Fristen) des formalen MZEB-Etablierungsprozesses in den jeweiligen KV-Regionen personenunabhängig den Prozessbeteiligten zugänglich gemacht werden.
 - Wünschenswert sind hierbei aufeinander bezogene sowie angemessene Bearbeitungszeiten in den jeweiligen Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses, um so beispielsweise zwischenzeitliche MZEB-Schließungen und Fälle des Ermächtigungsverlusts vor Abschluss der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen vermeiden zu können.
 - Angesichts einer noch rudimentären Datenbasis zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland und die damit einhergehenden Herausforderungen in der regionalen Bedarfsprüfung ist eine Darlegung des Bedarfsprüfungsverfahrens wünschenswert. Ein Austausch zu den Ergebnissen der Bedarfsprüfung mit den jeweiligen MZEB-Vertreter*innen vor dem (Nicht-)Ermächtigungsbeschluss könnte zur Verschlinkung des formalen MZEB-Etablierungsprozesses beitragen.

²⁷ Zentrale Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses: Antragstellung, Bedarfsprüfung, Ermächtigung, Leistungs- und Vergütungsverhandlung, Wiederantragstellung.

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

- **Erhöhung der Verhandlungskompetenz im formalen MZEB-Etablierungsprozess**
 - Ein realisiertes Projektmanagement mit ggf. nachfolgenden Maßnahmen (Gantt-Chart, Stakeholder-Analyse etc.) kann den als komplex wahrgenommenen MZEB-Etablierungsprozess strukturieren und zu einem effizienten Ressourceneinsatz beitragen.
 - Eine zentrale Determinante der erfolgreichen MZEB-Etablierung scheint in der individuellen Kompetenz der meist ärztlichen Verhandlungsführung zu liegen („High-Level-Leader“). Zu deren Unterstützung bestehen Potenziale (z. B. Beratungen) seitens der BAG MZEB, ggf. seitens der MZEB-Trägerschaft. Auch die Hinzuziehung anderer Professionen ist denkbar. Diese können helfen, vorab die Handlungskompetenzen der beteiligten Personen zu stärken.
 - Eine regionale Vernetzung, beispielsweise im Rahmen von Landesarbeitsgemeinschaften und vor allem ein damit einhergehender Austausch u. a. zu den Inhalten und Ergebnissen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses (z. B. ausgehandeltes Behandlungsspektrum, Leistungsvergütung) kann zur Stärkung der eigenen Verhandlungsposition beitragen.

Gesundheitspolitik / Gesundheitssystem in Deutschland

- **Ermöglichung einer datenbasierten Versorgungs-(weiter)-entwicklung**

Aus Sicht der Versorgungsforschung liegen in Deutschland zur Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung bislang keine ausreichenden Daten vor. So können beispielsweise keine validen Aussagen zur Prävalenz der Behinderung in Deutschland oder zu den Versorgungswegen von Menschen mit Behinderung getroffen werden (Mensah et al. 2021).

Anliegen der Studie war es u. a. den MZEB-Etablierungsprozess aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Daher können aufgrund der qualitativen Forschungslogik der vorliegenden Studie keine Aussagen beispielsweise zur Methodik der angewandten Verfahren zur Bedarfsprüfung, zur Angemessenheit der ausgehandelten Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen oder den Zugangskriterien getroffen werden.

Die Beurteilung des Versorgungsbedarfs dieses Patientenkontexts und der daraus abzuleitende MZEB-Bedarf²⁸ beruht auf der jeweilig eingebrachten (bzw. eingeholten) Expertise der beteiligten Akteure. Auf diese Weise können neben der Schwere und Komplexität der jeweiligen Behinderungen auch regional-strukturelle Kontextfaktoren Berücksichtigung finden.

- Vor diesem Hintergrund – einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung – ist eine Ergänzung der Beurteilungsbasis um weitere, standardisiert erfasste Daten anzustreben²⁹.
- Zudem kann eine systematische, indikatorengeleitete Beobachtung (Monitoring) der Entwicklung der MZEB-Versorgungslandschaft und die Bereitstellung dieser Daten zur Informiertheit aller Stakeholder aus Praxis und Politik inklusive der Betroffenen und ihrer Angehörigen beitragen.

²⁸ Anzumerken an dieser Stelle ist, dass die Notwendigkeit einer MZEB-Behandlung nicht allein anhand von ICD-Kategorien abgeleitet werden kann, sondern in der Art, Schwere oder Komplexität einer Behinderung begründet ist (BAG MZEB 2022).

²⁹ Eine vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung geförderter Studie untersucht derzeit die Barrieren, Bedenken und Machbarkeitsoptionen einer datenbasierten Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung (MmgB) in Deutschland (<https://www.imvr.de/lehrstuhl-fuer-rehabilitationswissenschaft/#ZiBa>).

Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der medizinischen Versorgung (AP3) (Hochschule Fulda)

Zur Ableitung von Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der medizinischen Versorgung (AP4) wurden die Befragungsergebnisse der Online-Erhebung (AP1) sowie die Interviewergebnisse (AP2/AP3) u. a. mit den Ergebnissen der drei wissenschaftlichen Beiratstreffen, der beiden Ergebnis- und Facilitating-Workshops (in 2022 und 2023) sowie mit dem aktuellen Stand der Literatur abgeglichen. Die Darstellung der Handlungsempfehlungen erfolgt entlang der drei Schwerpunkte, die bei der inhaltsanalytischen Auswertung des Interviewmaterials identifiziert wurden (**Tabelle 12**).

• **Abbau der Barrieren beim Zugang zum MZEB**

- Aufgrund fehlender Kenntnis der Versorgungsform „MZEB“ und der regionalen Lage und Verteilung von MZEB (insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und deren Angehörigen, bei der Allgemeinbevölkerung und in der Regelversorgung) stellt die Steigerung der Bekanntheit von MZEB ein zentrales Anliegen dar. Die Bekanntheit von MZEB kann u. a. durch die Bereitstellung niedrigschwelliger, transparenter Informationen über die regionale Lage und Verteilung von MZEB und die Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung) von MZEB gelingen. Wünschenswert ist die aktive Unterstützung bei der Bekanntmachung von MZEB durch unterschiedliche Stakeholder (wie der BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV, LBB), z. B. durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit oder eine MZEB-Datenbank (Verzeichnis über alle MZEB).
- Aufgrund der unterschiedlichen und z. T. gegenteiligen Perspektiven der Interviewpartner*innen zu den Zugangskriterien zum MZEB lassen sich keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen ableiten. Um Aussagen zur Gestaltung der Zugangskriterien überhaupt treffen zu können, bedarf es weitere (repräsentative) Daten oder ein dezidiertes Monitoring, inwiefern und ob durch die MZEB-spezifischen Zugangskriterien Versorgungslücken und -brüche bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen resultieren.
- Durch eine bessere Bekanntheit der Versorgungsform „MZEB“ und die Förderung des Austauschs zwischen MZEB und überweisungsbefugten ärztlichen Professionen der Regelversorgung (z. B. durch Netzwerkarbeit, Konsile, gemeinsame Fallkonferenzen) kann potenziellen Barrieren bei der Zuweisung ins MZEB (z. B. fehlerhafte Überweisungen, Konkurrenzgedanken, unklarer Überweisungsanlass) begegnet werden.
- Eine strukturierte Transition von der (sozial-)pädiatrischen in die erwachsenenmedizinische Versorgung in MZEB könnte durch die Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie erfolgen (z. B. multidisziplinäre Gestaltung der Transition, Einbezug von Angehörigen, individuelle Transitionspläne etc.).
- Für die Erreichbarkeit von MZEB ist es empfehlenswert, neben der Förderung der Bekanntheit von MZEB auch die Transparenz über die regionale Lage und Verteilung von MZEB und deren Strukturmerkmale (z. B. durch eine kontinuierlich aktualisierte MZEB-Datenbank) und Versorgungsschwerpunkte auszubauen, um auf Informationsdefiziten beruhende Zugangsbarrieren bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie deren Angehörigen abzubauen. Darüber hinaus wird es in den Interviews als förderlich für den Zugang zum MZEB beschrieben, wenn MZEB in Städten/Regionen mit einer guten Infrastruktur verortet und zudem an eine andere Einrichtung - wie Krankenhaus oder SPZ – angebunden sind.
- Analog zu den Empfehlungen aus AP2 zeigt sich, dass es zur Beurteilung des Gesamtbedarfs an MZEB weiterer, standardisierter Daten bedarf.

- Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven der Interviewpartner*innen zur Spezialisierung von MZEB lassen sich keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen ableiten. Wünschenswert wäre es, die Diskussion in diesem Bereich fortzuführen.
- **Abbau der Barrieren bei der medizinischen Versorgung im MZEB**
 - Der Leistungsumfang von MZEB wird in den Interviews unterschiedlich beschrieben. Dies könnte u. a. auf verschiedene Versorgungsschwerpunkte, regionale Bedarfe oder ein unterschiedliches Verhandlungsgeschick der MZEB mit den Kostenträgern zurückgeführt werden. Die Rolle und der Tätigkeitsauftrag von MZEB sollte im Kontext der bundesweiten Versorgungslandschaft diskutiert werden.
 - Eine ausreichende finanzielle, sächliche und personelle Ressourcenausstattung der MZEB erscheint nicht nur für den Abbau von Barrieren bei der Etablierung relevant, sondern auch als zentral für die medizinische Versorgung in MZEB.
 - Hinsichtlich der Zusammenarbeit innerhalb des MZEB-Teams zeigen die Interviewergebnisse kaum Barrieren. Als förderlich für die interne Zusammenarbeit werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Fort-, Aus- und Weiterbildung der MZEB-Behandlungspersonen (z. B. im Rahmen von regelmäßigen Fallkonferenzen, interne Angebote zum Wissensaustausch), die für den Erwerb, Erhalt und Ausbau von Fachwissen und praktischen Kompetenzen zum Umgang mit und der Behandlung von Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung essenziell sind.
- **Abbau der Barrieren bei der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung**
 - Ein entscheidender Einflussfaktor auf den Abbau von Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB stellt die Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit Behandler*innen der ambulanten haus- und fachärztlichen sowie stationären (z. B. Krankenhäuser) Regelversorgung und der spezialisierten Versorgung (z. B. SPZ, MZEB) dar.
 - Eine gelingende Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung ist förderlich für die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Die Zusammenarbeit und Vernetzung kann z. B. durch die Steigerung der Bekanntheit der Versorgungsform MZEB in der Regelversorgung, die Förderung von Netzwerkarbeit und den Einsatz von telemedizinischen Angeboten (z. B. digitaler Austausch via Videosprechstunde) gefördert werden.
 - Der Ausbau und die Ausgestaltung einer inklusiven und barrierefreien Regelversorgung erweisen sich in den Interviews als relevant, um hinderlichen Faktoren für die Zusammenarbeit von MZEB und der Regelversorgung zu begegnen.
- **Abbau der Barrieren bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem**
 - Ermöglichung einer datenbasierten Versorgungs-(weiter)-entwicklung: Vor dem Hintergrund einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung ist eine Ergänzung der Beurteilungsbasis um weitere, standardisiert erfasste Daten anzustreben.
 - Die curriculare Verankerung von behinderungsspezifischem Wissen und Kompetenzen in Studium sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Gesundheits-, Pflege- und Therapieberufen kann dazu beitragen, Barrieren bei der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem zu begegnen (bspw. durch den Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung, Aufbau von Wissen und Expertise zu behinderungsbedingten Besonderheiten bei Diagnostik und Behandlung etc.). Erfreulicherweise haben die Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von ärztlichem und nicht-ärztlichem

Fachpersonal im Bereich der Medizin für Menschen mit Behinderung in den vergangenen Jahren zugenommen (z. B. Aufnahme in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin, Schaffung von Lehrstühlen für Medizin für Menschen mit Behinderung, Bundesärztekammer Curriculum Medizinische Betreuung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung) (Sappok und Steinhart 2021).

- Die inklusive Ausgestaltung der baulichen Infrastruktur im Gesundheitswesen (bspw. durch den barrierefreien Um- und Ausbau von ärztlichen Praxen) kann zum Abbau von Barrieren bei der Zusammenarbeit von MZEB und der Regelversorgung sowie zum Abbau von Barrieren bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen insgesamt beitragen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Ziel des BEta-Projekts war es, aktive und in Planung befindliche MZEB mit deren Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten zu erfassen (Forschungsfrage 1/AP1), Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB aus der Perspektive von MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen sowie von Stakeholdern zu erheben (Forschungsfrage 2/AP2 und Forschungsfrage 3/AP3) und Handlungsempfehlungen zum Abbau der identifizierten Barrieren zu entwickeln (Forschungsfrage 4/AP4).

Diskussion der Projektergebnisse zu Forschungsfrage 1 (AP1) (Hochschule Fulda)

Hinsichtlich Forschungsfrage 1 zeigte sich in AP1, dass die Anzahl der aktiven und in Planung befindlichen MZEB im Verlauf des Forschungsprojekts zugenommen hat (Recherche 1: N=61, Recherche 3: N=73). Das im Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2021) formulierte Ziel, MZEB in allen Bundesländern auszubauen, ist bisher nicht erreicht, da nicht in allen Bundesländern MZEB bestehen (Stand Juni 2023: Saarland, Schleswig-Holstein). Dies wird vielfach in der Literatur (Bundestag 2018; Schülle und Hornberg 2016; Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022b; Seidel 2023) sowie durch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (2019) kritisiert und eine flächendeckende Etablierung von MZEB gefordert. Gleichzeitig muss erwähnt werden, dass keine validen Informationen dazu bestehen, wie hoch der Bedarf an MZEB ist (Bundestag 2016, 2018). Hier bedarf es weitere Forschungsarbeiten zum Versorgungsbedarf und zur Versorgungsdichte von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in den Bundesländern.

Bei der in AP1 präsentierten MZEB-Anzahl sollte kritisch beachtet werden, dass die Ergebnisse auf Recherchen beruhen und diese stetiger Änderung unterliegen (u. a. aufgrund von Änderungen des Etablierungsstands, neuen Antragstellungen, befristeten Ermächtigungen der MZEB). Eine kontinuierliche Aktualisierung der Übersichtskarte über die regionale Lage und Verteilung von MZEB (Kartografie, **Abbildung 3**) wäre notwendig. Die Aktualisierung der MZEB-Übersicht bedarf allerdings hoher zeitlicher Kapazitäten, da Informationen zum Etablierungsstand von MZEB z. T. nicht auf den MZEB-Webseiten erkenntlich sind und häufig auch nicht oder erschwert durch telefonische Anfragen ermittelt werden können (aufgrund fehlender Ansprechpersonen).

Die Ergebnisse der Online-Befragungen von MZEB (AP1) weisen darauf hin, dass die Strukturmerkmale der befragten MZEB unterschiedlich ausfallen (z. B. hinsichtlich regionaler Lage, Trägerschaft, Einzugsgebiet, Versorgungsschwerpunkten, fachärztliche Ausrichtung der MZEB-Leitung). Eine Zuordnung der Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte zu den MZEB kann mit den vorliegenden Ergebnissen allerdings nicht erfolgen, da die Fragen anonym und ohne Zuordnung zu den jeweiligen MZEB gestellt wurden. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass durch mögliche Wechsel in der ärztlichen Leitung oder im multiprofessionellen Behandlungsteam des MZEB sich auch die Strukturmerkmale und

insbesondere die Versorgungsschwerpunkte verändern könnten. Darüber hinaus spiegeln sich die t1-Ergebnisse zu den Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB vielfach auch durch die Interviews mit den MZEB-Behandler*innen und Stakeholdern (AP2 und AP3) sowie in der Literatur (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022b, 2022a) wider (z. B. wahrgenommene Herausforderungen während des Etablierungsprozesses und den Vergütungsverhandlungen, Einschätzung zu der Angemessenheit von Zugangskriterien etc.). Allerdings zeigt sich nicht nur bei MZEB, sondern auch bei der Einführung anderer neuer Versorgungsformen (z. B. § 115d SGB V, § 116b SGB V), dass sich deren Umsetzung oftmals langwierig und herausforderungsvoll gestaltet (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2022; Korzilius und Osterloh 2017).

Häufig befinden sich MZEB der Online-Befragungen in großen und mittelgroßen Städten. Dies entspricht i. S. d. Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019) einem spezialisierten Versorgungsangebot: in Städten kann auf eine gute infrastrukturelle Anbindung und Vernetzung mit Behandelnden der Regelversorgung zurückgegriffen werden (GKV-Spitzenverband 2021; Mau et al. 2015; Steinhäuser et al. 2013; Stengler et al. 2012; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Wie die Ergebnisse der Online-Befragungen hervorbringen, sind die MZEB außerdem am häufigsten in einer freigemeinnützigen, kirchlichen Trägerschaft, kaum dagegen in privater Trägerschaft. Kirchliche und freigemeinnützige Träger betreiben MZEB möglicherweise aufgrund ihrer konfessionellen/ethischen Überzeugungen trotz der Herausforderungen bei deren Etablierung und Finanzierung. Von den befragten MZEB-Leitungspersonen wurden vielfältige Versorgungsschwerpunkte der MZEB bzw. Diagnosen genannt, die häufige Erkrankungen von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen abdecken.

Diskussion der Projektergebnisse zu Forschungsfrage 2 zu Barrieren bei der MZEB-Etablierung (AP2) (Universität zu Köln)

Als eine zentrale Barriere bei der MZEB-Etablierung stellt sich der formale Etablierungsprozess dar. Dauer, Intransparenz und Komplexität des formalen MZEB-Etablierungsprozesses wurden seitens der Befragten, sowie in der Literatur (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022b, 2022a), bemängelt. Der daraus resultierende hohe Implementierungsaufwand und die damit einhergehende Bindung personeller Ressourcen konnte als zentrale Barriere auch bei der Implementierung anderer ambulanter Versorgungsinnovationen in Deutschland identifiziert werden (Aichinger et al. 2019; Deutsche Krankenhausgesellschaft 2022).

Weiterhin scheint eine zentrale Determinante einer erfolgreichen MZEB-Etablierung die je individuelle Kompetenz der häufig ärztlichen MZEB-Initiator*innen („High-Level-Leader“) zu sein. Dies zeigt sich auch in (inter-)nationalen Settings bei der Implementierung neuer Arbeitsabläufe oder von Innovationen im Gesundheitswesen (Maurer et al. 2019; Melder et al. 2022). Eine mangelnde Anwaltschaft seitens der High-Level-Leaders stellt dabei eine Barriere im Implementierungsprozess dar (Endris et al. 2022).

Bereits Breimaier et al. (2015) weisen explizit darauf hin, dass ein Projektmanagement in der Planungsphase der Implementierung hinsichtlich einer Stakeholderanalyse oder durch das Definieren von Zielgrößen ein förderlicher Faktor für die Implementierung von Innovationen ist. Nach Haring et al. (2022) können u. a. unterschiedliche Sichtweisen der verschiedenen Stakeholder Barrieren im Etablierungsprozess darstellen. Die Komplexität des Etablierungsprozesses wird auch durch Aichinger et al. (2019) bei der Umsetzung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) beschrieben. Sie konstatieren abschließend, dass, wie auch bei anderen zu etablierenden innovativen Versorgungsformen, die „Umsetzung durch diverse Akteure des

Gesundheitswesens, die teilweise unter äußerst unterschiedlichen Rahmenbedingungen agieren [...]“ erfolgen muss (Aichinger et al. 2019, S. 22).

Hinsichtlich der Frage nach der Rolle der MZEB und damit der zukünftigen Ausgestaltung der MZEB-Landschaft in Deutschland variieren die Antworten der Befragten. Dies zeigt sich auch im aktuellen Diskurs. So hat sich die BAG MZEB (2023a) mit ihrer „Rahmenkonzeption 2.0“ zur Thematik der MZEB-Etablierung positioniert. Auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019) nimmt mit den „Teilhabeempfehlungen. Mehr Inklusion wagen!“ Bezug auf die MZEB-Etablierung. Weitere Expert*innen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen verweisen auf vielfältige Problematiken im MZEB-Etablierungsprozess (Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022a). Des Weiteren wurde in den Interviews ein sogenanntes „Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände“ als handlungsleitend im MZEB-Etablierungsprozess genannt. Erschwerend hinzu kommt eine fehlende Grundlage zur Bedarfsermittlung in der Versorgung von Menschen mit Behinderung (Theilmann 2018). All dies verweist auf einen offenbar bestehenden Klärungsbedarf zur Rolle der MZEB in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft in Deutschland. Diese Auseinandersetzung – so die Schlussfolgerung dieser Teilstudie – muss bislang für jedes MZEB, in jedem einzelnen MZEB-Etablierungsprozess, bei jeder (Wieder-)Ermächtigung wiederkehrend von den Akteur*innen vor Ort aufs Neue ausgetragen werden. Hier bedarf es eines übergeordneten Konsenses.

Diskussion der Projektergebnisse zu Forschungsfrage 3 zu Barrieren bei der medizinischen Versorgung im MZEB (AP3) (Hochschule Fulda)

Der Zugang zum MZEB wird entsprechend der vorliegenden Ergebnisse sowie des Verhaltensmodells von Gesundheitsleistungen (Andersen 1995; Olukcu et al. 2018), multifaktoriell beeinflusst (z. B. weite Anreise, mangelnde Bekanntheit von MZEB, keine Unterstützung durch Angehörige oder Betreuungspersonen, Zugangskriterien etc.). Wie andere Studien zur Regelversorgung von Menschen mit Behinderung (Enste et al. 2022; Lübking 2020; Giesecking und Gerling 2016; Giesel et al. 2013) zeigen die vorliegenden Ergebnisse aus AP3, dass sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung insbesondere für Patient*innen aus ländlichen Gegenden sowie mit komplexen Behinderungen und Versorgungsanforderungen (z. B. Notwendigkeit eines Liegendtransports, Beatmungsbedarf) häufig herausfordernd gestaltet. Die vorliegenden AP3-Ergebnisse legen weiterhin – im Einklang mit bestehenden Studien (Rathmann et al. 2020; Wellkamp et al. 2023) – nahe, dass Angehörige/Bezugspersonen für den Zugang zu MZEB (z. B. für Terminvereinbarung, Organisation der Anreise) eine zentrale Rolle spielen. Ohne die Unterstützung durch Bezugspersonen finden die Betroffenen häufig keinen Zugang zum MZEB.

Hinsichtlich der Zugangskriterien und des Tätigkeitsauftrags von MZEB zeigen sich nicht nur in den Interviews, sondern auch während der EFW im Rahmen des BEta-Projekts (Mai 2022 und 2023) unterschiedliche und sogar gegenteilige Ansichten zur Ausgestaltung der Zugangskriterien sowie zur Rolle und zum Auftrag von MZEB. Diese unterschiedlichen Perspektiven zu den Zugangskriterien (z. B. MZEB als *Behandlungszentrum* vs. MZEB mit Koordinierungs- und Assessmentfunktion) zeigen sich eindrücklich auch im aktuellen Diskurs, z. B. in der „Rahmenkonzeption MZEB 2.0“ (Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB 2023b) und dem „Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände“. Während das „Eckpunktepapier“ konkrete Merkmale und Diagnosekriterien als Zugangskriterien festschreibt, bezieht sich die „Rahmenkonzeption MZEB 2.0“ allgemein auf § 119c SGB V und bestärkt, dass eine Inanspruchnahme von MZEB gerechtfertigt sei, „soweit und solange infolge der Notwendigkeit besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und -settings, Fachkenntnisse, Handlungskompetenzen wegen der Art, Schwere oder Komplexität der Behinderung die bedarfsgerechte medizinische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten durch andere ambulante Angebote nicht erfolgt.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB 2023b, S. 4). Auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit

Behinderung (2019) greift dieses Thema in seinen Teilhabeempfehlungen auf und fordert die Klarstellung des Behandlungsauftrags von MZEB. Hinsichtlich des umstrittenen Themas „Zugangskriterien“, bedarf es weiterer (repräsentativer) Daten oder ein dezidiertes Monitoring, um zu prüfen, ob durch die Zugangskriterien (überhaupt) Versorgungslücken oder –brüche bei der medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen resultieren. Aufgrund einer unzureichenden Datenlage und der unterschiedlichen und z. T. gegenteiligen Perspektiven der Interviewpartner*innen zu den **Zugangskriterien** zum MZEB lassen sich bislang keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen ableiten.

Als zentral für die medizinische Versorgung in MZEB wird durch Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen insbesondere die Ressource „Zeit“ u. a. für die komplexe Diagnostik, Behandlung, Beratung und medizinische Versorgung der Patient*innen in MZEB erachtet (Rathmann et al. 2020; Schülle 2017). Gleichzeitig wird in den Interviews mit MZEB-Leitungspersonen auf unzureichende zeitliche Ressourcen aufgrund von z. B. einer zeitintensiven Organisation, Dokumentation und Koordination der medizinischen Versorgung der Patient*innen hingewiesen. Seidel et al. (2022a) beklagen ebenfalls „hohe und nicht refinanzierte Anforderungen an den Dokumentationsumfang zur Leistungserfassung“ (ebd., S.9). Hinsichtlich der Ressourcen von MZEB wird in den Interviews, wie auch in der Literatur (Förster et al. o. J.; Rathmann et al. 2020; Seidel et al. 2022a, 2022b; Schülle und Hornberg 2016; Schülle 2017), auf eine z. T. schwierige finanzielle Ausstattung von MZEB hingewiesen, weshalb Leistungen in MZEB z. T. nicht (wirtschaftlich) seien. Gleichzeitig muss eine wirtschaftliche Betriebsführung von MZEB, entsprechend § 120 Absatz 2 Satz 3 SGB V, durch die Kostenträger ermöglicht werden. In der Literatur werden Förderprogramme für die Etablierung und (Erst-)Investitionen von MZEB vorgeschlagen (z. B. durch eine „Anschubfinanzierung“) (Rathmann et al. 2020; Seidel et al. 2022b), um finanziellen Herausforderungen insbesondere vor und während des Starts von MZEB zu begegnen (bspw. für die Anschaffung von speziellen Gerätschaften, Nutzung von Räumlichkeiten). Gleichzeitig werden aufsuchende (ambulante) Versorgungsleistungen durch MZEB bislang z. T. nicht (ausreichend) vergütet oder vertraglich ermöglicht. Forderungen von Seidel et al. (2022a) beziehen sich daher darauf, aufsuchende Behandlungen nicht zu begrenzen bzw. auszuschließen und ausreichend Ressourcen dafür bereitzustellen.

Bei der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regelversorgung wurden vor allem von MZEB-Vertreter*innen vielfältige Barrieren beschrieben (z. B. Finden von Kooperationspartner*innen bzw. -einrichtungen, v. a. in ländlichen Gegenden, geringe zeitliche Ressourcen, unzureichende Vergütung der zeitintensiven Versorgung von MZEB-Patient*innen, Schwierigkeiten bei der Kommunikation zwischen MZEB und Regelversorgung), während die befragten Stakeholder (FV/FB, GKV, KV, LBB) kaum Informationen hierzu geben konnten. Ähnliche Herausforderungen werden auch in anderen Studien zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit (geistiger oder schweren mehrfachen) Behinderung (Hasseler 2015; Rathmann et al. 2020; Wellkamp et al. 2023) sowie in anderen Kontexten (z. B. bei integrierten Versorgungsmodellen, sektorenübergreifender Zusammenarbeit, bei der Zusammenarbeit von Ärzt*innen mit Pflegeeinrichtungen) berichtet (Albrecht et al. 2020; Brandhorst et al. 2017; Karsch-Völk et al. 2016; Jansky et al. 2018). In der Literatur wird eine ausreichende Vergütung des zeitlichen Mehraufwandes zur Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Regelversorgung sowie die Vermittlung von behinderungsspezifischem Wissen an Behandler*innen in der Regelversorgung gefordert (Seidel et al. 2022a, 2022b).

Weitere Herausforderungen, die aus den Interviews (AP2 und AP3) und der Literatur (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, 2021; Hollederer 2019; Förster et al. o. J.; Spielberg 2023b; Wetzel und Rathmann 2020) hervorgehen, beziehen sich auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem, insbesondere auf die

dortige nach wie vor als unzureichend einzuschätzende Barrierefreiheit. Obgleich verschiedene gesetzliche Regelungen eine barrierefreie Gesundheitsversorgung vorschlagen (z. B. Bedarfsplanungsrichtlinie im Sicherstellungsauftrag der KV, UN-BRK) bedarf es weiterer Maßnahmen, um eine barrierefreie Gesundheitsversorgung umzusetzen (Hornberg et al. 2019; Spielberg 2023a). Langfristig kann die Umsetzung von Artikel 25 der UN-BRK nur gelingen, wenn das gesamte Gesundheitswesen inklusiv ausgestaltet ist (Schülle 2017; Seidel 2015).

Insgesamt zeigt sich bei den Barrieren beim Zugang zu und der medizinischen Versorgung in MZEB, dass der Etablierungsstand von MZEB von Bedeutung sein kann. So berichteten langjährig bestehende MZEB z. T. von weniger Herausforderungen, bspw. da sie häufig bereits eine gute Bekanntheit sowie einen etablierten Patient*innenstamm aufweisen, der auch längere Anreisen auf sich nimmt, um im MZEB vorstellig zu werden. Auch geben langjährig etablierte MZEB häufiger als kürzlich etablierte oder in Planung befindliche MZEB an, dass sie Nachverhandlungen geführt haben, bspw. mit den Kostenträgern, um bestehenden Problemen (wie z. B. die Höhe der Fallpauschale) zu begegnen. Auch im Umgang mit den Zugangskriterien oder dem Tätigkeitsauftrag wurde von den MZEB-Vertreter*innen aus langjährig bestehenden MZEB insgesamt weniger Bedenken geäußert, da sie in der Praxis z. T. Strategien entwickeln, um diesen zu begegnen (z. B. durch Einzelfallanträge, stellvertretende Aufnahme von Patient*innen über die Einrichtung des Trägers etc.). Gleichzeitig konnten allerdings kaum regionale Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu und der medizinischen Versorgung zwischen den MZEB festgestellt werden. Dies könnte möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass MZEB sehr individuell agieren und ausgestattet sind, wie z. B. hinsichtlich der Versorgungsschwerpunkte, des Tätigkeitsauftrags, der Fallzahlen pro Quartal oder einer möglichen Anbindung etc. und daher nur schwer vergleichbar sind. Einige förderliche Aspekte für die medizinische Versorgung in MZEB könnte aus der Organisation der bayerischen MZEB hervorgehen. Laut Aussage einer/eines MZEB-Vertreter*in besteht in Bayern eine Landesarbeitsgemeinschaft MZEB, in der alle bestehenden MZEB miteinander vernetzt sind und sich regelmäßig zu verschiedenen Themen (z. B. Fallzahlen, Höhe der Vergütung) austauschen. Diese Vernetzung der MZEB untereinander könnte auch dazu beitragen, dass bspw. Wissen und relevante Kompetenzen zwischen den MZEB einfacher weitergegeben werden (i. S. von Schulungen, gegenseitige Hospitationen etc.) und ein einfacher Austausch „zwischen Kolleg*innen“ bei Fragen oder Problemen (z. B. zu medizinisch herausfordernden Fällen, zu geeigneten Fachärzt*innen in der Region, etc.) erfolgt. Im Sinne des „bayerischen Modells“ ist es daher nicht nur von Vorteil für die Etablierung von MZEB, sondern auch für die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, wenn MZEB untereinander gut vernetzt sind.

Auch bei den Perspektiven der Stakeholder (FV/FW, GKV, KV, LBB) konnten keine regionalen Unterschiede identifiziert werden. Einige GKV- und KV-Vertreter*innen berichten in diesem Zuge auch, dass ihnen weder von MZEB noch von Patient*innen oder Angehörigen Hinweise auf Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB berichtet wurden und ihnen daher Einblicke in die praktische Arbeit der MZEB fehlen würden. Vor diesem Hintergrund wäre laut GKV- und KV-Vertreter*innen eine direkte Kommunikation hinsichtlich Probleme und Schwierigkeiten durch die MZEB-Vertreter*innen wünschenswert.

Stärken und Schwächen

Das BEta-Projekt widmet sich erstmalig den Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung im MZEB aus Sicht von MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen sowie von unterschiedlichen Stakeholdern. Dabei schließt das BEta-Projekt an ein bestehendes, vom Innovationsfonds gefördertes, Forschungsprojekt namens MeZEB („Beschreibung und Analyse der aktuellen medizinischen Versorgung von Menschen mit geistigen oder Mehrfachbehinderungen und Veränderungen dieser Versorgung im Zuge der Einführung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung“, Förderkennzeichen:

01VSF18040) an und ergänzt die individuelle Perspektive der Patient*innen sowie Angehörigen zur medizinischen Versorgung im MZEB (Mikroperspektive) um die organisationale Perspektive von MZEB-Leitungspersonen und Stakeholdern (Makroperspektive). Des Weiteren erfüllt das BEta-Projekt die Forschungsbedarfe zum bundesweiten Etablierungsstand von MZEB. Dabei werden nicht nur Aussagen zur Anzahl und zur regionalen Lage und Verteilung der MZEB getroffen, sondern darüber hinaus auch Angaben zu den Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten der Einrichtungen ermöglicht. Basierend auf den vorliegenden Erkenntnissen konnten kontextspezifische Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung und medizinischen Versorgung in MZEB generiert werden, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen beitragen können.

Neben den Stärken der BEta-Studie sind auch (methodische) Limitationen zu erwähnen, die im Projektverlauf und in einzelnen Arbeitspaketen (AP1, AP2, AP3) auftraten. Mit den Recherchen und Online-Befragungen (AP1) wurde der bundesweite Etablierungsstand, die Versorgungsschwerpunkte und strukturellen Merkmale von MZEB erfasst. Insgesamt erreichten die Online-Befragung einen hohen Rücklauf (t0: 65,6 %, t1: 56,9 %). Die für AP1 anvisierten Vollerhebungen konnten allerdings nicht erreicht werden – dies könnte auf die hohe Arbeitsbelastung des MZEB-Leitungspersonal (u. a. während der Corona-Pandemie) und geringe zeitliche Kapazitäten zur Teilnahme an einer Online-Befragung zurückgeführt werden. Trotz sorgfältiger Recherchen kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht alle MZEB identifiziert wurden. Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse der Online-Befragungen (AP1) könnten aufgrund eines geringen Anteils von MZEB aus Ostdeutschland, aus Kleinstädten sowie mit dem Etablierungsstatus „in Planung befindlich“ zustande kommen. Auch kann aufgrund der Datenerhebung in Form einer Online-Befragung nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund von technischen Problemen (z. B. lange Ladezeiten, Geräteausfall) die Datenqualität der Online-Befragungen negativ beeinflusst wurde (Schnell 2019).

Limitationen bei der Interpretation der Interviewergebnisse zu AP2 und AP3 können aus der Zusammensetzung der Stichprobe resultieren: so umfasst – entgegen der ursprünglichen Stichprobenplanung (siehe **Tabelle 8**) – die Stichprobe MZEB-Vertreter*innen sowie Stakeholder (insbesondere KV- und GKV-Vertreter*innen) nicht aus allen Bundesländern bzw. KV-Regionen. Mögliche Gründe für eine geringe Bereitschaft zur Studienteilnahme könnten sein, dass die Thematik zu herausfordernd, zu neu bzw. innovativ oder für die angefragten Stakeholder nicht relevant erschien. Trotz Interviewanfragen bei den Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse konnten nach mehrmaliger Kontaktaufnahme und Anfragen keine Personen befragt werden, die im Zulassungsausschuss tätig sind. Es konnten dagegen operative Mitarbeitende der GKV und KV interviewt werden, die von ihren individuellen Erfahrungen bei der Ermächtigung von MZEB berichtet haben. Zudem ist es möglich, dass Vertreter*innen (insb. der KV und GKV) an den Interviews teilnahmen, die den MZEB gegenüber positiv eingestellt sind. Es ist daher grundsätzlich denkbar, dass mit der Befragung anderer Funktionsträger weitere relevante Aspekte und Einschätzungen hätten zutage treten können.

Weiterhin berichteten zahlreiche Stakeholder (z. B. FV/FW, GKV, KV, LBB), dass sie kaum bzw. keine Kenntnis über mögliche Barrieren bei der Etablierung von MZEB sowie beim Zugang zu und der medizinischen Versorgung in MZEB hätten. Mit Blick auf die MZEB-Leitungspersonen, die im Rahmen der BEta-Studie befragt wurden, ist einschränkend zu erwähnen, dass keine MZEB-Initiator*innen berücksichtigt wurden, deren Etablierungsvorsatz nicht realisiert werden konnte. Weiterhin war in der Studienkonzeption, aufgrund des zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits bestehenden Projekts „MeZEB“, welches die „Mikro-“ bzw. Patient*innen-Perspektive bei der Versorgung von MZEB vorsah, die Berücksichtigung der Perspektive der MZEB-Patient*innen (d. h. der Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder

schweren Mehrfachbehinderungen) bzw. deren Angehörigen nicht vorgesehen. Auch die Erfahrungen von niedergelassenen Haus- und/oder Fachärzt*innen in der Regelversorgung, eine weitere potenziell wichtige Stakeholder-Gruppe, war für die Erhebungen im Rahmen des BEta-Projekts nicht geplant. Um die Sicht auf die Barrieren bei der „Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen MZEB und Regelversorgung“ zu berücksichtigen, wäre diese Stakeholder-Gruppe zukünftig zu befragen.

Positiv hervorzuheben ist, dass die vorliegende Studie trotz der Corona-Pandemie durchgeführt werden konnte, wenngleich sich dadurch die Rekrutierungszeiten teilweise verlängerten. So wurde unter Bezugnahme auf die Corona-Pandemie und die damit einhergehende höhere Arbeitsbelastung häufig eine Interviewanfrage (AP2/AP3) abgelehnt. Auch war die Kommunikation mit den Interviewpartner*innen teilweise aufgrund der angepassten Datenerhebung (via Webkonferenz/Telefonat) und dabei auftretenden technischen Störungen (z. B. schlechte Verbindung, Abbruch des Telefonats etc.) erschwert. Auch die veränderte Arbeitsorganisation zur Eindämmung des Coronavirus in den MZEB und die in dieser Zeit gesammelten Erfahrungen können die getätigten Aussagen (z. B. zur Wahrnehmung von Barrieren bei der Zusammenarbeit mit anderen Behandler*innen oder zu den Herausforderungen beim Zugang zum MZEB) der Befragten beeinflusst haben.

Schlussfolgerungen: Die Informationen der bundesweiten Ist-Standanalyse von MZEB (AP1) vermitteln einen Einblick in die Realisierung der 2015 im Rahmen des GKV-VSG geforderte Versorgungsbereitstellung und könnten ggf. als Entscheidungsgrundlage bspw. bei regionalem Strukturförderungsbedarf dienen. Da die Anzahl an MZEB ständiger Veränderung unterliegt, bedarf es einer kontinuierlichen Anpassung der MZEB-Übersicht (Kartografie), um Informationsdefizite zu minimieren und die Bekanntheit von MZEB zu steigern. Die Handlungsempfehlungen (AP4) zur Überwindung bestehender Barrieren bei der MZEB-Etablierung (AP2) und medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) können zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen beitragen und als Entscheidungsgrundlage für Politik und Praxis dienen. Aus Sicht der Versorgungsforschung liegen in Deutschland zur Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung bislang keine ausreichenden Daten vor. Zur Beurteilung des Versorgungsbedarfs des MZEB-Patient*innenklientel und des Gesamtbedarfs an MZEB bedarf es neben einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung weitere, standardisiert erfasste Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

(Hochschule Fulda und Universität zu Köln)

Im Folgenden wird die Verwendung der Ergebnisse nach der Förderung dargestellt sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt.

Überführung der Forschungsergebnisse in die Versorgung: Um auf Informationsdefiziten beruhende Barrieren bei der Inanspruchnahme von MZEB zu minimieren, die Bekanntheit und Transparenz von MZEB zu steigern, wird der Öffentlichkeit eine barrierearme **Kartografie** mit aktiven und in Planung befindlichen MZEB zur Verfügung gestellt (AP1, **Abbildung 3**).

Zu den identifizierten Barrieren bei der Etablierung von (AP2) und medizinischen Versorgung in MZEB (AP3) wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die in Form einer **praxisnahen Handreichung** (u. a. in Leichter Sprache) veröffentlicht werden (Link: <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1018>). Diese Handlungsempfehlungen sollen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen beitragen und als Entscheidungsgrundlage für Politik und

Praxis dienen. Diese Erkenntnisse sollen auch anderen MZEB und Stakeholdern ermöglichen, von den Erfahrungen und Herausforderungen der Befragten zu lernen und eigene Schlussfolgerungen zu ziehen. Zudem sollte das Forschungsprojekt die Reflektion des MZEB-Implementierungsprozesses bei den Leistungserbringenden und Leistungsträgern anregen.

Weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Anzahl, der Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB (AP1): Da die Anzahl an MZEB in Deutschland stetiger Veränderung unterliegt (z. B. aufgrund von Neugründungen, Schließungen und befristeten Ermächtigungen etc.), bedarf es einer kontinuierlichen Anpassung der MZEB-Übersicht (Kartografie), ggf. durch eine Datenbank, die entsprechende Daten (u. a. Etablierungsstand, regionale Lage und Verteilung, Versorgungsschwerpunkt/Spezialisierung) enthält und verwaltet. Zudem ist bislang unklar, wie hoch der bundesweite Gesamtbedarf an MZEB ist – hier bedarf es weiterer, standardisierter Daten.

Weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich des MZEB-Etablierungsprozesses (AP2): Aus Sicht der Versorgungsforschung liegen in Deutschland zur Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung bislang keine ausreichenden Daten vor. Die Beurteilung des Versorgungsbedarfs des Patient*innenklientels und der daraus abzuleitende MZEB-Bedarf beruht bislang auf der jeweilig eingebrachten (bzw. eingeholten) Expertise der beteiligten Akteure (z. B. MZEB: MZEB-Einrichtungskonzept; KV: Bedarfsprüfung). Vor diesem Hintergrund – einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung – besteht weiterhin Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, wie in Deutschland eine Ergänzung der Beurteilungsbasis um weitere, standardisiert erfasste Daten zu den Bedarfen möglich ist.

Weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der MZEB-Versorgung (AP3): Weiterer Forschungsbedarf zeigt sich hinsichtlich der Zusammenarbeit von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung (wie niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen, Krankenhäusern, SPZ etc.). Darüber hinaus könnten neue Technologien (u. a. digitale Tools) für die interne und externe Zusammenarbeit und Kommunikation im Versorgungskontext der MZEB erprobt und evaluiert werden. Es bedarf weiterer Datenbasen und Analysen, z. B. zu den vorliegenden Zugangskriterien von MZEB und deren Auswirkung auf etwaige Versorgungslücken und -brüche bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen. Weitere Forschung sollte zudem die Transition von der jugendmedizinischen Versorgung (häufig in SPZ) zur erwachsenenmedizinischen Versorgung in MZEB adressieren (u. a. spezifische Transitionsbarrieren und -bedarfe im Setting „MZEB“ sowie von (jungen) Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, geeignete Transitionsprogramme und -modelle etc.).

Nutzen der Ergebnisse für die Politik: Die Informationen zum bundesweiten Ist-Stand der MZEB (u. a. Anzahl, regionale Lage und Verteilung, Etablierungsstand, Strukturmerkmale, Versorgungsschwerpunkte) vermitteln dem Gesetzgeber einen Einblick in die Realisierung der 2015 im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG, § 119c SGB V) geforderte Versorgungsbereitstellung. Sie können als Entscheidungsgrundlage bspw. bei regionalem Strukturförderungsbedarf dienen.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Kongressbeiträge

2023

Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): BEta: Barrieren bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Ergebnisdarstellung mittels Updated Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR 2.0). Posterpräsentation auf dem 4. Kongress der medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), 14.09.2023, Hannover.

Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): BEta – Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) – Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder- Ansatz. Vortrag auf dem 4. Kongress der medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), 14.09.2023, Hannover.

Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): Barrieren und Handlungsbedarfe bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung aus Expert*innensicht. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.

Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2023): Barrieren beim Zugang zu und medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung von Leitungspersonen von MZEB. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.

Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2023): Strukturmerkmale von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung? Ergebnisse einer Online-Befragung von Leitungspersonen. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.

2022

Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2022): Barrieren bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB): Ergebnisse einer qualitativen, längsschnittlichen bundesweiten Studie zum ersten Messzeitpunkt (BEta). Vortrag in der Session PS14: Inklusion/PROM. Kongress Versorgungsforschung, 05.-07.10.2022, Potsdam.

Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2022): Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB): Ergebnisse einer deutschlandweiten multiperspektivischen Studie (BEta). Vortrag in der Session „Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigung“. 57. Jahrestagung der DGSMF und DGMS, 07.-09.09.2022, Magdeburg.

Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2022): Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) während der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer deutschlandweiten multiperspektivischen Studie (BEta). Vortrag in der Session „Covid-19“. 57. Jahrestagung der DGSMG und DGMS, 07.-09.09.2022, Magdeburg.

2021

Rotthowe, A.; Kümpel, C.; Wetzel, L.D.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): MZEB (Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung) und der Kampf um eine adäquate medizinische Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderung aufzubauen. Science Slam auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 06.-08.10.2021, online.

Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): MZEB (Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung) und der Kampf um eine adäquate medizinische Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderung aufzubauen. Poster zum Themenschwerpunkt: Gesundheit und Alter. 2. Kongress der Teilhabeforschung, 15.-16.09.2021, online.

Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in MZEBs – Erste Ergebnisse aus dem BEta-Projekt. Vortrag in der Sondersession Klinische Forschung im MZEB (Vorsitz: W. Köhler). 3. Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung, 02.-03.12.2021, Halle (Saale).

Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): Etablierungsstand und Strukturmerkmale von Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB): Erste Ergebnisse einer bundesweiten Ist-Standerhebung. Vortrag zum Themenschwerpunkt A: Forschung zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen bzw. Teilhabefeldern. 2. Kongress der Teilhabeforschung, 15.-16.09.2021, online.

Erfolgte Veröffentlichungen

Rathmann, K.; Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U. (2024): MZEB in Deutschland: Zusammenfassung der Ergebnisse aus der BEta-Studie zu Strukturmerkmalen von MZEB, Barrieren bei der Etablierung und medizinischen Versorgung. Fulda: Hochschule Fulda. Online verfügbar unter: <https://fuldok.hsfulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1018>

Rathmann, K.; Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U. (2024): Studie zur gesundheitlichen Behandlung von Menschen mit Behinderungen in MZEB. Text in Leichter Sprache. Online verfügbar unter: <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1101>

Wetzel, LD., Steeb, N., Pförtner, TK. et al. (2024): Zugang und Inanspruchnahme von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) während der Coronapandemie. Präz Gesundheitsf. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01137-9>

Geplante Veröffentlichungen

- Rathmann, K.; Steeb, N.; Rotthowe, A.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Wetzel, L.D. (in Erstellung): Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) in Deutschland: Ergebnisse der bundesweiten Befragung von im Rahmen der vom Innovationsfonds geförderten BEta-Studie. Anvisierte Zeitschrift: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFAQ)
- Weiß, C.; Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Rathmann, K.; Rotthowe, A.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Meyer-Feil, T. (in Erstellung): „Ja, ich glaube in dem WEGweiser stehen wir noch nicht drin“ - Zugang zum MZEB. Anvisierte Zeitschrift: Die Rehabilitation

10. Literaturverzeichnis

- Aichinger, H.; Bratan, T.; Dörries, M.; Eidt-Koch, D.; Greiner, W. (2019): Die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus der wissenschaftlichen Begleitung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 73 (6), S. 20–28. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-6-20.
- Albrecht, M.; Al-Abadi, T.; Czihal, T.; Mangiapane, S. (2020): Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem und A. Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 243–261.
- Andersen, R. M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? In: Journal of Health and Social Behavior 36 (1), S. 1–10. DOI: 10.2307/2137284.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin. Online verfügbar unter https://kita.rlp.de/fileadmin/kita/01_Themen/05_Inklusion/UN_Konvention_deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019): Teilhabeempfehlungen: Mehr Inklusion wagen! Berlin. Online verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Teilhabeempfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bössing, C.; Schrooten, K.; Tiesmeyer K. (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: K. Walther und K. Römisch (Hg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 51–87.
- Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E. W. (Hg.) (2017): Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS.
- Bredel-Geißler, A. (2019): MZEB kümmern sich auch um die Transition. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz (3), S. 13–14. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de/pdf/rlp1903_013.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Breimaier, H. E.; Heckemann, B.; Halfens, R.J.G.; Lohrmann, S. (2015): The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful Theoretical Framework for Guiding and Evaluating a Guideline Implementation Process in a hospital-based Nursing Practice. In: BMC Nursing 14, S. 43. DOI: 10.1186/s12912-015-0088-4.

Brem, F.; Stockmann, J. (2020): Medizinische Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung – Teil 1. In: Swiss Medical Forum, S. 566–569. DOI: 10.4414/fms.2020.08582.

Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (2023a): MZEB finden. Halle (Saale). Online verfügbar unter <https://bagmzeb.de/mzeb-finden/>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (2023b): Rahmenkonzeption 2.0 für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Freiburg. Online verfügbar unter <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2023/03/Rahmenkonzeption-BAG-MZEB.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/8576. Umsetzungsstand der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Berlin. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/18/087/1808797.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundestag (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – 19/3582. Zusammensetzung, Arbeitsaufträge und Inhalte der „Konzertierten Aktion Pflege“. Berlin. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/035/1903582.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Bundestag (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Grünen und FDP. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, zuletzt aktualisiert am 2021, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Damschroder, L. J.; Reardon, D. M.; Opra Widerquist, M. A.; Lowery, J. (2022): The Updated Consolidated Framework for Implementation Research Based on User Feedback. In: Implementation Science 17 (1), S. 75. DOI: 10.1186/s13012-022-01245-0.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): Befragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29_Ergebnisbericht_der_DKG-Befragung_zur_Stationsaequivalenten_Behandlung.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Dillman, D. A. (1978): Mail and Telephone Surveys. The Total Design Method. New York: John Wiley & Sons Incorporated.

- Endris, B. S.; Fenta, E.; Getnet, Y.; Spigt, M.; Dinant, G.-J.; Gebreyesus, S. H. (2022): Barriers and Facilitators to the Implementation of Nutrition Interventions at Primary Health Care Units of Ethiopia: A consolidated Framework for Implementation Research. In: *Maternal & Child Nutrition* 19 (1), 1-12. DOI: 10.1111/mcn.13433.
- Enste, P.; Cramer, E.; Wielga, J. (2022): Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen am Beispiel des südöstlichen Hochsauerlandes. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/261369/1/1809932122.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011): Gemeindenahe Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.diefachverbaende.de/files/fachthemen/2011-04-13-GesamtdokumentGesundheitssystem-mit-Anlagen.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Förster, M.; Pohler, B.; Poppele, G.; Scheibel, U. (o. J.): MZEB. Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion - Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung. Hamburg. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/59708829-Mzeb-sengelmann-institut-fuer-medizin-und-inklusion-medizinisches-zentrum-fuer-erwachsene-menschen-mit-behinderung.html>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Giesecking, A.; Gerling, V. (2016): Gesundheitliche und pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen. In: G. Naegele, E. Olbermann und A. Kuhlmann (Hg.): *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 421–434.
- Giesel, F.; Köhler, K.; Nowossadeck, E. (2013): Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen auf dem Land vor dem Hintergrund der Gesundheitsversorgung. Robert Koch-Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Enno-Nowossadeck/publication/259903423_Mobilitatseinschrankungen_alterer_Menschen_auf_dem_Land_vor_dem_Hintergrund_der_Gesundheitsversorgung/links/5478398d0cf293e2da286713/Mobilitaetseinschraenkungen-aelterer-Menschen-auf-dem-Land-vor-dem-Hintergrund-der-Gesundheitsversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- GKV-Spitzenverband (2021): Fokus: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung. GKV-Spitzenverband. Bonn. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Haring, M.; Freigang, F.; Amelung, V.; Gersch, M. (2022): What Can Healthcare Systems Learn from Looking at Tensions in Innovation Srocesses? A Systematic Literature Review. In: *BMC Health Services Research* 22 (1), S. 1–20. DOI: 10.1186/s12913-022-08626-7.
- Hasseler, M. (2015): Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorierenden Untersuchung mit dem Fokus auf defizitären Erfahrungen. In: *Die Rehabilitation* 54 (6), S. 369–374. DOI: 10.1055/s-0041-108468.
- Hollederer, A. (2019): Barrierefreiheit als (k)ein Qualitätskriterium in der ambulanten Gesundheitsversorgung. In: *Public Health Forum* 27 (3), S. 214–216. DOI: 10.1515/pubhef-2019-0038.
- Hopf, C.; Schmidt, C. (1993): Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Hildesheim. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/45614/ssoar-1993-hopf_et_al-Zum_Verhaltnis_von_innerfamiliaren_sozialen.pdf?sequence=1&

isAllowed=y&lnkname=ssoar-1993-hopf_et_al-Zum_Verhaltnis_von_innerfamilialen_sozialen.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

- Hornberg, C.; Hagemann, A.; Peters, M.; Gillitzer, S.; Lätzsch R.; Wattenberg, I. et al. (2019): Abschlussbericht zum Vorhaben "Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung". Universität Bielefeld. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_E-GYN-FMB.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Jansky, M.; Wangler, J.; Nguyen-Tat, M.; Arslanow, A.; Galle, P. R. (2018): Abklärung erhöhter Leberwerte — Wie erleben gastroenterologische Fachärzte die Zusammenarbeit mit Hausärzten? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 94 (12), S. 494–499. DOI: 10.3238/zfa.2018.0494-0499.
- Karsch-Völk, M.; Lüssenheide, J.; Linde, K.; Schmid, E.; Schneider, A. (2016): Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? – Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. In: Das Gesundheitswesen 78 (11), S. 742–748. DOI: 10.1055/s-0035-1548856.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Korzilius, H.; Osterloh, F. (2017): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). "Gut gemeint, schlecht gemacht". In: Deutsches Ärzteblatt 114 (18), S. 878–881. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=188473>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lübking, U. (2020): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74 (2), S. 8–15. DOI: 10.5771/1611-5821-2020-2-8.
- Mau, V.; Grimmer, A.; Poppele, G.; Felcher, A.; Elstner, S.; Martin, P. (2015): Geistige oder mehrfach behinderte Erwachsene. Bessere Versorgung möglich. In: Deutsches Ärzteblatt 112 (47), S. 1980-1984. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=173050>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Maurer, C.; Mayer, H.; Gattinger, H. (2019): Faktoren, die die Implementierung von Kinästhetik in die stationäre Langzeitpflege beeinflussen: eine Konkretisierung des Consolidated Framework for Implementation Research durch Expertenaussagen. In: Heilberufe Science 10 (3-4), S. 56–65. DOI: 10.1007/s16024-019-00333-4.
- Melder, A.; Robinson, T.; Mcloughlin, I.; Iedema, R.; Teede, H. (2022): Integrating the Complexity of Healthcare Improvement with Implementation Science: a Longitudinal Qualitative Case Study. In: BMC Health Services Research 22 (1), S. 234. DOI: 10.1186/s12913-022-07505-5.
- Olukcu, S.; Kostka, J.; Rathmann, K. (2018): Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnensicht. In: Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 68 (08), S. 38. DOI: 10.1055/s-0038-1667972.
- Pelz, C.; Schmitt, A.; Meis, M. (2004): Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Social Research 5 (2), S. 1–19. DOI: 10.17169/FQS-5.2.601.

- Rathmann, K.; Olukcu, S.; Kostka, J. (2020): Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): Eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. In: Prävention und Gesundheitsförderung (16), S. 1–8. DOI: 10.1007/s11553-020-00789-7.
- Rogers, E. M. (2003): Diffusion of Innovations. 5. Auflage. Riverside: Free Press.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): The Medical Care of People with Intellectual Disability. In: Deutsches Ärzteblatt International 116 (48), S. 809–816. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0809.
- Sappok, T.; Steinhart, I. (2021): Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Psychiatrische Praxis 48 (3), S. 115–118. DOI: 10.1055/a-1400-1746.
- Schnell, R. (2019): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schülle, M. (2016): Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. In: Reha-Recht (33), S. 1–12. Online verfügbar unter https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D33-2016_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_mit_geistiger_und_mehrfacher_Behinderung_Teil_1.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Schülle, M. (2017): Barrieren der Barrierefreiheit - Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 2: Gesetzesgrundlage und Konzeption der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB). In: Reha-Recht (51), S. 1–14. Online verfügbar unter https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2017/D51-2017_MZEB_Teil_II.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Schülle, M.; Hornberg, C. (2016): Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung: Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (9), S. 1117–1124. DOI: 10.1007/s00103-016-2407-7.
- Seidel, M. (Hg.) (2015): Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Fachtagung v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel. Deutsche Gesellschaft für seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Online verfügbar unter <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band35.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Seidel, M. (2023): Menschen mit Behinderungen: Weiterhin brisantes Thema. In: Deutsches Ärzteblatt 120, 2023 (7), S. 306. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=229960>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Seidel, M.; Andriano, M.; Schmidt-Ohlemann, M. (2022a): Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung (MZEB) - Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter <https://www.reha->

recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2022/MZEB_Diskussionspapier_bf.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Seidel, M.; Andriano, M.; Schmidt-Ohlemann, M. (2022b): Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen: Politisches Handeln steht (noch) aus. In: Deutsches Ärzteblatt 21 (9), S. 398-402. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=227233>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Seidel, M.; Kappe, C.; Stockmann, J.; Vogel, M. (2020): MZEB: Ein wichtiges Angebot kommt nicht voran. In: Westfälisches Ärzteblatt (5), S. 14–16. Online verfügbar unter <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2022/11/WAeB-0520-1-MZEB-1.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Spielberg, P. (2023a): Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Besondere Bedürfnisse beachten. In: Deutsches Ärzteblatt 120 (5), S. 210–211. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=229661>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Spielberg, P. (2023b): Versorgung von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen. Rasches Umdenken erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt 120 (10), S. 448–449. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230227>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.

Steinhäuser, J. J.; Szecsenyi, J.; Götz, K. (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 89, 2013 (1), S. 10–15.

Stengler, K.; Heider, D.; Roick, C.; Günther, O. H.; Riedel-Heller, S.; König, H-H (2012): Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Eine genderspezifische Analyse. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55, 2012 (1), S. 121–128. DOI: 10.3238/zfa.2013.0010–0015.

Theilmann, M. (2018): Die Ermächtigung Medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V. In: GesundheitsRecht (5), S. 289–293. DOI: 10.9785/gesr-2018-170505.

Wellkamp, R.; Cruppé, W.; Schwalen, S.; Geraedts, M. (2023): Menschen mit geistiger Behinderung (MmGB) in der ambulanten medizinischen Versorgung: Barrieren beim Zugang und im Untersuchungsablauf. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (2), S. 184–198. DOI: 10.1007/s00103-023-03655-x.

Wetzel, L. D.; Rathmann, K. (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. In: Prävention und Gesundheitsförderung 15 (4), S. 332–339. DOI: 10.1007/s11553-020-00768-y.

11. Anhang

Anhang 1: Versorgungsschwerpunkte der MZEB (Online-Befragung, t1: n=35) in %, n in Klammern, Mehrfachangaben möglich

12. Anlagen

Anlage 1: Fragebögen der quantitativen Online-Befragung (Arbeitspaket 1: t0, t1)

- 1.1 Fragebogen zur Online-Befragung, t0 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten sowie in Planung befindlichen MZEB
- 1.2 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB
- 1.3 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierte MZEB

Anlage 2: Leitfaden für Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen (Arbeitspaket 2 und 3: t0, t1, t2)

- 2.1 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB, t0
- 2.2 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten MZEB
- 2.3 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von MZEB aller Etablierungsstände, t1 (langjährig und kürzlich etablierte MZEB) bzw. t2 (in Planung befindliche MZEB)

Anlage 3: Leitfaden für Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen

Anlage 4: Leitfäden für Expert*inneninterviews mit Stakeholdern

- 4.1 Leitfaden für Vertreter*innen der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB
- 4.2 Leitfaden für Vertreterinnen der Fachverbände der Behindertenhilfe und Träger der freien Wohlfahrtspflege
- 4.3 Leitfaden für Vertreter*innen der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- 4.4 Leitfaden für Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- 4.5 Leitfaden für Vertreter*innen der Landesbehindertenbeauftragten

Anlage 5: MZEB in Deutschland (Zusammenfassung der Ergebnisse)

Anhang 1: Versorgungsschwerpunkte der MZEB (Online-Befragung, t1: n=35) in %, n in Klammern, Mehrfachangaben möglich

Versorgungsschwerpunkte	Diagnosen, Freitextangabe (Auszug aus den Originalangaben)	Häufigkeiten in % (n in Klammern)
Verhaltensauffälligkeiten und Intelligenzminderung	Psychische/Psychiatrische Erkrankungen, sozioemotionale Retardierung, geistige Behinderung, Schmerzdiagnostik	74,3 (26)
Genetische Erkrankungen und Syndrome	Prader-Willi-Syndrom, Rett-Syndrom, Endokrinologische Störungen, Schluckstörungen	48,6 (17)
Autismus-Spektrum-Störungen		34,3 (12)
Epilepsie		34,3 (12)
Neurologische Erkrankungen	Schädel-Hirn-Trauma, Patienten mit Trachealkanüle und Heimbeatmung, außerklinische Intensivpflege	31,4 (11)
Spina Bifida	Wirbelsäulenerkrankungen mit Querschnittlähmung, Hydrozephalus	22,9 (8)
Spastik	Bewegungsstörungen	20,0 (7)
Infantile Cerebralparese		14,3 (5)
Neuromuskuläre Erkrankungen	Orthopädie	14,3 (5)
Komplexe körperliche Mehrfachbehinderung	Muskuloskelettale Erkrankungen	11,4 (4)
Kein Schwerpunkt geplant		8,6 (3)
Demenz	bei Trisomie 21	5,7 (2)
Sonstiges	Seh- und Hörschädigung	2,9 (1)
	Gastroenterologie	2,9 (1)
	Ernährungsberatung	2,9 (1)
	Palliativversorgung	2,9 (1)
	Contergan geschädigte Menschen	2,9 (1)
	Zugang wie gesetzlich vorgegeben	2,9 (1)

Anlage 1: Fragebögen der quantitativen Online-Befragung (Arbeitspaket 1: t0, t1)	2
1.1 Fragebogen zur Online-Befragung, t0 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten sowie in Planung befindlichen MZEB	2
1.2 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB.....	29
1.3 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierte MZEB.....	40

Anlage 1: Fragebögen der quantitativen Online-Befragung (Arbeitspaket 1: t0, t1)

1.1 Fragebogen zur Online-Befragung, t0 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten sowie in Planung befindlichen MZEB

Iststandsanalyse über bestehende und im Aufbau befindliche MZEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an der Befragung für das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt „**Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)**“ teilzunehmen.

Die Befragung richtet sich an **Leitungspersonal** in MZEB. Dies sind z. B. Personen auf **Leitungsebene** des Trägers des MZEB sowie **administrative oder ärztliche Leitungspersonen**. Wir bitten auch MZEB, welche derzeit erst **in Planung befindlich** sind, an der Befragung teilzunehmen und **alle** Fragen zu beantworten. Falls Fragen aufgrund des aktuellen Etablierungsstandes des MZEB (noch) nicht beantwortbar sein sollten, bitte immer die **Antwortkategorie „Kann (noch) nicht beantwortet werden“** auswählen.

Beginn der Befragung: Februar bis April 2021

Ziel der Online-Befragung ist es, mit Ihrer Hilfe eine Bestandsaufnahme über den **bundesweiten Etablierungsstand** und die **strukturellen Eigenschaften** von MZEB in Deutschland zu erfassen. Die erhobenen Strukturdaten (z. B. regionale Lage, Behandlungsschwerpunkte) sollen in die Übersicht über MZEB auf der Webseite der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB einfließen.

Zur Bearbeitung der Befragung benötigen Sie ca. 30 Minuten

Um Aussagen zum Etablierungsverlauf der MZEB treffen zu können, wird eine **zweite Befragung** zu möglichen **Veränderungen und Entwicklungen** bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB in Deutschland von **August bis Oktober 2022** durchgeführt. Wir würden uns freuen, wenn Sie auch ein zweites Mal an unserer Befragung teilnehmen würden. Dafür werden wir Sie erneut kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Kontakt:

E-Mail: beta@pg.hs-fulda.de

Datenschutzinformationen

Die Sicherheit Ihrer Daten ist uns wichtig, deshalb wird die geltende Datenschutzrichtlinie strikt eingehalten. Die Informationen, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“ erhoben werden, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Die Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten erfolgen nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Die Festlegungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) werden bei der Durchführung, Auswertung und Berichtslegung zur Untersuchung eingehalten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“, mich betreffende personenbezogene Daten erhoben, auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. **Alle Daten werden stets anonym verarbeitet. Strukturdaten der Einrichtungen sollen in die Übersicht der MZEB auf der Webseite der BAG MZEB einfließen. Entsprechende Fragen sind im Fragebogen mit einem Stern (*) markiert.**

Ich bin mir dessen bewusst, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne, dass mir dadurch Nachteile entstehen, meine Zustimmung zurückziehen kann. Ich bin freiwillig bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

Mehr Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie dem beigefügten Dokument „Datenschutzinformationen“ entnehmen.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Angabe zu Ihrer Person

Diese Frage bezieht sich auf die Person, welche den Fragebogen beantwortet.

1 Welche Position haben Sie in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB inne?

Leitungsebene des Trägers des MZEB

Ärztliche Leitung

Administrative Leitung / Geschäftsführung

Eine andere Position, und zwar:

Angaben zu Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB

1. Name Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

2 Wie lautet der Name Ihres bestehenden oder geplanten MZEB? *

Kann (noch) nicht beantwortet werden

2. Etablierungsstand Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

Seit wann besteht Ihr MZEB oder befindet es sich derzeit in Planung? *

3a Bitte geben Sie - falls Ihr MZEB bereits in Betrieb genommen ist - den Monat und das Jahr der **Inbetriebnahme** an.

Seit __. __. __ (→ Weiter mit Frage 4)

Das MZEB ist derzeit in Planung bzw. im Aufbau befindlich (→ Weiter mit Frage 3b)

An welcher Stelle des Ermächtigungs- bzw. Aufbauprozesses steht Ihr MZEB?

- 3b** *Damit ist der Prozess der Gründung eines MZEB von der Antragstellung bis hin zur Inbetriebnahme bzw. des Abbruchs der Planungen gemeint. Bitte kreuzen Sie an, an welcher Stelle Ihr MZEB steht.*

Ermächtigungsantrag konkret in Planung

Ermächtigungsantrag (nach § 119c SGB V) gestellt

Ermächtigungsbescheid erhalten

Derzeit in Vergütungsverhandlung mit Krankenkasse

Vergütungsverhandlung seitens des Trägers abgebrochen

Vergütungsverhandlungen mit Krankenkasse abgeschlossen

Aufbau des MZEB in Angriff genommen

An anderer Stelle, und zwar:

- 3c** **Bitte geben Sie Monat und Jahr der geplanten Inbetriebnahme Ihres MZEB an.**

Inbetriebnahme geplant ab: __ . __ __ __

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

3. Regionale Lage Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

4 In welchem Bundesland befindet sich Ihr bestehendes oder geplantes MZEB? *

Baden-Württemberg
Bayern
Berlin
Brandenburg
Bremen
Hamburg
Hessen
Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz
Saarland
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein
Thüringen

5 In welchem Postleitzahl-Gebiet liegt Ihr bestehendes oder geplantes MZEB? *

Bitte geben Sie die Postleitzahl Ihres bestehenden oder geplanten MZEB an.

Kann (noch) nicht beantwortet werden

Welcher Auftrag wurde für Ihr bestehendes oder geplantes MZEB vertraglich durch die Krankenkassen festgelegt? *

- 6 *Hintergrund der Frage ist, dass vertraglich durch die Krankenkassen für manche MZEB festgelegt wird, dass diese z. B. lediglich eine Lotsenfunktion einnehmen und selbst keine Behandlungen durchführen dürfen. Mehrfachnennungen sind möglich.*

Apparativ-technische Diagnostik (Psychodiagnostik) (→ Weiter mit Frage 8)

Ärztliche Behandlung (→ Weiter mit Frage 7)

Ärztlich verordnete Behandlung (z. B. Physiotherapie) (→ Weiter mit Frage 7)

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln (→ Weiter mit Frage 8)

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln (→ Weiter mit Frage 8)

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln (→ Weiter mit Frage 8)

Klinische Diagnostik (→ Weiter mit Frage 8)

Lotsenfunktion (→ Weiter mit Frage 8)

Psychotherapie (→ Weiter mit Frage 7)

Sonstiges, und zwar:

(→ Weiter mit Frage 7)

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden (→ Weiter mit Frage 6b)

4. Leistungsspektrum Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

- 6b **Welchen Wunsch haben Sie bezüglich dem vertraglich durch die Krankenkassen festgelegten Auftrag?**
Bitte geben Sie an, welchen Auftrag Sie sich für Ihr MZEB wünschen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Apparativ-technische Diagnostik (Psychodiagnostik)

Ärztliche Behandlung

Ärztlich verordnete Behandlung (z. B. Physiotherapie)

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln

Ärztliche Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln

Klinische Diagnostik

Lotsenfunktion

Psychotherapie

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / Weiß ich nicht

7

Falls in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB Behandlungen durchgeführt werden, welche werden angeboten? *

Bitte kreuzen Sie alle Behandlungen an, die von Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB angeboten und durchgeführt werden. Mehrfachnennungen sind möglich.

Ärztliche Behandlung

Ärztliche Diagnostik

Ergotherapie

Logopädie bzw. Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie

Neuropsychologische Therapie

Physikalische Therapie (einschließlich: Physiotherapie)

Psychotherapie und psychiatrische Behandlung

Therapeutische Diagnostik

Zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Behandlung

Sonstiges, und zwar:

Keine Behandlung

Über welche(n) Versorgungsschwerpunkt(e) verfügt Ihr bestehendes oder geplantes MZEB? *

- 8 *Unter einem Versorgungsschwerpunkt verstehen wir ein medizinisches Fachgebiet bzw. eine Gruppe von Erkrankungen, auf die Ihr MZEB spezialisiert ist und entsprechend ausgebildete Mitarbeitende zur Verfügung stehen hat. Bitte kreuzen Sie den/die Versorgungsschwerpunkt/e Ihres MZEB an. Mehrfachnennungen sind möglich.*

Allgemeinmedizin

Augenheilkunde

Cerebralparesen

Chirurgie

Dermatologie

Endokrinologie und Diabetologie

Epilepsien

Erworbene Hirnschäden

Gastroenterologie

Geriatrie

Gynäkologie

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Hämatologie und Onkologie

Humangenetik

Kardiologie

Nephrologie

Neurodegenerative Erkrankungen

Neuromuskuläre und neuroorthopädische Erkrankungen

Neuropsychologische Störungen

Orthopädie

Palliativmedizin

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Pneumologie

Psychiatrie (Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten)

Radiologie

Rheumatologie

Schlafstörungen

Schluckstörungen

Schmerzsyndrome

Sozialmedizinische Beratung

Spastiken

Urologie

Zahnheilkunde/Kieferorthopädie

Sonstiges, und zwar:

Kann (noch) nicht beantwortet werden

- 9 Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB eine Transitionssprechstunde an? ***
Damit ist gemeint, dass Sprechstunden extra für die Unterstützung und Beratung der Transition von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin bestehen.

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

- 10 Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB eine Unterstützung zur Vorbereitung auf einen stationären Krankenhausaufenthalt an? ***
Damit werden z. B. Beratungsangebote oder Unterstützung bei der Organisation von (geplanten) Krankenhausaufenthalten gemeint.

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

11

Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB Unterstützung zur Nachbereitung eines stationären Krankenhausaufenthaltes an? *

Damit werden z. B. Beratungsangebote, Behandlungen oder Unterstützung bei der Nachbereitung von stationären Krankenhausaufenthalten gemeint.

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

12

Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB aufsuchende (mobile) Leistungen des multiprofessionellen Teams im Wohn- und Beschäftigungsumfeld bei besonderen Problemlagen an? *

Damit ist gemeint, dass bei besonderen Problemlagen das multiprofessionelle Team Ihres MZEB zu Patient:innen fährt, um diese vor Ort, z. B. in deren Wohnung, untersuchen zu können.

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

13

Besteht in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB das Angebot einer Palliativversorgung? *

Palliativmedizin zielt darauf ab, dass bei schwerstkranken Menschen und Sterbenden Erkrankungsfolgen gelindert werden, wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht.

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

14

Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB für besondere Situationen (z. B. Pandemie) die Möglichkeit von Telefonkontakt? *

Damit ist gemeint, dass Patient:innen telefonisch in Kontakt mit Ärzt:innen bzw. dem behandelnden Fachpersonal treten können. Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, für Stammpatient:innen

Ja, für Neukonsultationen

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

15

Bietet Ihr bestehendes oder geplantes MZEB für besondere Situationen (z. B. Pandemie) die Möglichkeit von Videokontakt? *

Damit ist gemeint, dass Patient:innen per Videokonferenz oder Videotelefonie in Kontakt mit Ärzt:innen bzw. dem behandelnden Fachpersonal treten können.

Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, für Stammpatient:innen

Ja, für Neukonsultationen

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

5. Mitarbeiter:innen Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

In welcher fachärztlichen Richtung liegt die Leitungsfunktion?

16

Damit ist gemeint, welche fachärztliche Ausrichtung die ärztliche Leitung des bestehenden oder geplanten MZEB innehält. Bitte tragen Sie diese hier ein (Freitext).

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

17 Wie viele Mitarbeitende (Vollzeit-Äquivalente) beschäftigt Ihr bestehendes oder geplantes MZEB?

Bitte geben Sie die aktuelle Anzahl der Mitarbeitenden Ihres MZEB an.

- Weniger als 5 Mitarbeitende
- 5-10 Mitarbeitende
- 11-20 Mitarbeitende
- 21-25 Mitarbeitende
- Über 25 Mitarbeitende
- Keine Angabe / weiß ich nicht
- Kann (noch) nicht beantwortet werden

18 Bitte geben Sie an, welche der folgenden Professionen derzeit in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB (d. h. vor Ort, keine Kooperation) angestellt sind. *

Mehrfachnennungen sind möglich.

Fachärztliche Richtungen

- Allgemeinmedizin
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Endokrinologie und Diabetologie
- Gastroenterologie
- Geriatric
- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Hämatologie und Onkologie
- Humangenetik
- Kardiologie
- Nephrologie
- Neurologie
- Orthopädie
- Palliativmedizin
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie

Rheumatologie

Urologie

Zahnheilkunde / Kieferorthopädie

Sonstiges, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

Therapeutische Berufe, Heilmittelerbringer:innen

Ergotherapeut:innen

Heilpädagog:innen, Heilerziehungspfleger:innen

Logopäd:innen bzw. Stimm-, Sprach- und Sprechtherapeut:innen

Physiotherapeut:innen

Psycholog:innen

Psychotherapeut:innen

Sonstiges, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

Sonstige (medizinische) Leistungserbringende

Akustiker:innen

Diätassistent:innen

Fachkraft für Kontinenzförderung

Fachkraft für psychosoziale Leistungen und Koordination

Hilfsmittelberater:innen

Medizinische:r Fachangestellte:r

Optiker:innen

Orthopädietechniker:innen bzw. –mechaniker:innen

Pflegefachpersonal

Sozialmedizinische Beratung

Sonstige, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

19a Bestehen Kooperationen mit anderen Leistungserbringenden, Hilfsmittelerbringenden, Fachpersonal etc., die nicht in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB tätig sind? Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, es bestehen vertragsförmige Kooperationsvereinbarungen, d. h. vertraglich fixierte, formalisierte Vereinbarungen (→ Weiter zu Frage 19b)

Ja, es bestehen Kooperationen ohne Kooperationsvertrag, d. h. informelle Verabredungen ohne vertragliche Fixierung (→ Weiter zu Frage 19b)

Nein (→ Weiter zu Frage 20)

Sonstiges, und zwar:

(→ Weiter zu Frage 19b)

Keine Angabe / weiß ich nicht (→ Weiter zu Frage 20)

Kann (noch) nicht beantwortet werden (→ Weiter zu Frage 20)

19b Bitte geben Sie an, mit welchen Leistungserbringern Ihr bestehendes oder geplantes MZEB derzeit kooperiert. *

Bitte geben Sie alle (vertraglich festgelegten und informell vereinbarten) Kooperationspartner:innen an. Mehrfachnennungen sind möglich.

Fachärzt:innen

Allgemeinmedizin
Augenheilkunde
Chirurgie
Dermatologie
Endokrinologie und Diabetologie
Gastroenterologie
Geriatric
Gynäkologie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Hämatologie und Onkologie
Humangenetik
Kardiologie
Nephrologie
Neurologie
Orthopädie
Palliativmedizin
Physikalische und Rehabilitative Medizin
Pneumologie
Psychiatrie, Psychotherapie

Radiologie

Rheumatologie

Urologie

Zahnheilkunde / Kieferorthopädie

Sonstiges, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

Therapeutische Berufe und Heilmittelerbringende

Ergotherapeut:innen

Heilpädagogiker:innen, Heilerziehungspfleger:innen

Logopäd:innen bzw. Stimm-, Sprach- und Sprechtherapeut:innen

Physiotherapie

Psychologie

Psychotherapie

Sonstiges, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

Sonstige (medizinische) Leistungserbringende

Akustiker:innen

Diätassistent:innen

Fachkraft für Kontinenzförderung

Fachkraft für psychosoziale Leistungen und Koordination

Hilfsmittelberater:innen

Medizinische:r Fachangestellte:r

Optiker:innen

Orthopädietechniker:innen bzw. –mechaniker:innen

Pflegefachpersonal

Sozialmedizinische Beratung

Sonstiges, und zwar:

Keine

Kann (noch) nicht beantwortet werden

20

Wie hoch ist die Quartal-Fallzahlbegrenzung in Ihrem bestehenden oder geplanten MZEB?

Damit ist die in den Ermächtigungs- oder Krankenkassenverträgen festgelegte maximale Patient:innenanzahl pro Quartal gemeint.

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

6. Patient:innen Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

21

Wie viele Patient:innen werden in Ihrem MZEB durchschnittlich pro Quartal behandelt?

Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl der Patient:innen pro Quartal an.

Weniger als 50 Patient:innen pro Quartal

Bis zu 100 Patient:innen pro Quartal

101-200 Patient:innen pro Quartal

201-300 Patient:innen pro Quartal

301-400 Patient:innen pro Quartal

401-500 Patient:innen pro Quartal

Über 500 Patient:innen pro Quartal

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

22

Wie lange müssen Patient:innen derzeit ungefähr auf einen (Erst-)Untersuchungs-termin in Ihrem MZEB warten?

Kürzer als eine Woche

1 - 2 Wochen

3 - 4 Wochen

Mindestens 1 bis maximal 2 Monate

Mindestens 2 bis maximal 3 Monate

Mindestens 3 bis maximal 4 Monate

Mindestens 4 bis maximal 5 Monate

Mindestens 5 bis maximal 6 Monate

Länger als sechs Monate

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

23

Wie groß ist der Einzugsbereich Ihres bestehenden oder geplanten MZEB?

Bitte geben Sie an, aus welcher Entfernung Patient:innen für eine Behandlung in Ihrem MZEB anreisen.

Weniger als 20 km

Bis zu 50 km

Bis zu 100 km

Über 100 bis 200 km

Über 200 bis 300 km

Über 300 bis 400 km

Über 400 bis 500 km

Mehr als 500 km

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

24

Wie lauten die allgemeinen (z. B. Schweregrad der Behinderung) und insbesondere (z. B. Diagnosekategorien) Zugangskriterien für Patient:innen Ihres bestehenden oder geplanten MZEB? *

Bitte tragen Sie, wenn möglich, die Zugangskriterien Ihres bestehenden oder geplanten MZEB ein. (Freitext)

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

25

Bestehen definierte Ausschlusskriterien für Patient:innen Ihres bestehenden oder geplanten MZEB? *

Bitte tragen Sie, wenn möglich, die definierten Ausschlusskriterien Ihres bestehenden oder geplanten MZEB ein. (Freitext)

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

7. Organisation und Ausstattung Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

26 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr bestehendes oder geplantes MZEB?

Öffentliche Trägerschaft (Land, Bezirk, Kommune)

Freigemeinnützige Trägerschaft ohne kirchliche Bindung (z. B. DRK)

Freigemeinnützige Trägerschaft mit kirchlicher Bindung (z. B. Caritas)

Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung mit Gewinnorientierung

Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung ohne Gewinnorientierung (gemeinnützig)

Sonstiges, und zwar:

Werden durch Ihren Träger/Gesellschafter ebenfalls andere Einrichtung betrieben?

27a Falls ja, geben Sie bitte an, welche der hier aufgeführten Einrichtungen ebenfalls durch Ihren Träger/Gesellschafter betrieben werden. Mehrfachnennungen sind möglich.

Krankenhaus (→ Weiter mit Frage 27b)

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) (→ Weiter mit Frage 27b)

Angebote der Eingliederungshilfe (z. B. stationäre Wohneinrichtung, Werkstatt für Menschen mit Behinderung) (→ Weiter mit Frage 27b)

Sonstiges, und zwar:

(→ Weiter mit Frage 27b)

Nein (→ Weiter mit Frage 28)

Keine Angabe / weiß ich nicht (→ Weiter mit Frage 28)

Werden oder ist vorgesehen, Leistungen und Ressourcen im System der übergeordneten Struktur (im Sinne der Synergie) zu nutzen?

27b Damit ist gemeint, dass durch Ihren Träger/Gesellschafter ebenfalls andere Einrichtungen betrieben werden bzw. Angebote bestehen, wobei vorgesehen ist z. B. Räumlichkeiten, Leistungen und Ausstattung mit zu nutzen.

Ja

Nein

Anderes, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

28 **Über welche apparative Ausstattung verfügt Ihr bestehendes oder geplantes MZEB?**
Hiermit ist gemeint welche apparative Ausstattung in Ihrem MZEB intern vorhanden ist (d. h. zum Beispiel Eigentum oder Beisitz von Geräten). Mehrfachnennungen sind möglich.

Audiologischer Untersuchungsplatz

Computertomografie (CT)

Echokardiografie (Herzecho)

Elektroenzephalografie (EEG)

Elektrokardiogramm (EKG)

Gynäkologischer Untersuchungsplatz

Klinisch-chemische Labordiagnostik

Magnetresonanztomografie (MRT)

Mammografie

Röntgengerät

Ultraschalldiagnostik

Zahnärztlicher Behandlungsplatz

Sonstiges, und zwar:

Keine

Keine, aber Überweisung zu anderen Einrichtungen/Kooperationspartner:innen vorhanden

Kann (noch) nicht beantwortet werden

8. Etablierungsprozess Ihres bestehenden oder geplanten MZEB

Falls Ihr MZEB bereits ermächtigt ist oder die Ermächtigung abgelehnt wurde:

Wie lange haben Sie auf die Ermächtigungserteilung gewartet?

- 29** *Damit ist die Zeit zwischen Antragseinreichung und der Erteilung eines Ermächtigungsbescheids bzw. der Ablehnung des Antrags durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung gemeint. Bitte kreuzen Sie an, wie lange Sie auf eine Ermächtigungserteilung bzw. die Ablehnung gewartet haben.*

Bis zu 6 Monate

7-12 Monate (bis zu 1 Jahr)

13-18 Monate (bis zu 1,5 Jahre)

19-24 Monate (bis zu 2 Jahre)

25-30 Monate (bis zu 2,5 Jahre)

31-36 Monate (bis zu 3 Jahre)

Mehr als drei Jahre

Mehr als 5 Jahre

Keine Angabe / weiß ich nicht

Kann (noch) nicht beantwortet werden

9. Organisationale Gesundheitskompetenz

Im Folgenden Abschnitt soll mit Hilfe von zehn Fragen die organisationale Gesundheitskompetenz Ihres MZEB ermittelt werden.

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit eines jeden Individuums, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für eigene Gesundheitsbelange anzuwenden. Darüber hinaus können MZEB gesundheitskompetent ausgerichtet sein, indem sie z. B. einen einfachen Zugang zu leicht verständlichen Gesundheitsinformationen ermöglichen oder Unterstützung für eine leichtere Orientierung zur und innerhalb der Einrichtung anbieten. Die organisationale Gesundheitskompetenz umfasst also alle Bemühungen von MZEB und medizinischen Zentren, die auf die individuelle Gesundheitskompetenz ihrer Patient:innen bzw. Klient:innen und Fachpersonal bzw. Mitarbeitende abzielen.

30	In welchem Maß...							
	überhaupt nicht						in sehr großem Maße	Kann (noch) nicht beantwortet werden
	1	2	3	4	5	6	7	
...widmet sich die Leitung Ihres MZEB explizit dem Thema Gesundheitskompetenz (z. B. Leitbild, Personalplanung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...wird das Thema Gesundheitskompetenz in Ihrem MZEB in Maßnahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden Gesundheitsinformationen in Ihrem MZEB unter Einbezug der Patient:innen entwickelt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden in Ihrem MZEB individualisierte Gesundheitsinformationen eingesetzt (z. B. versch. Sprachen, Schriftgrößen, Blindenschrift)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...gibt es in Ihrem MZEB Kommunikationsstandards, die sicherstellen, dass Patient*innen die notwendigen Informationen wirklich verstehen (z. B. Übersetzer*in, Zulassen von Denkpausen, Rückfragen einfordern)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...wird in Ihrem MZEB Mühe darauf verwendet, dass sich Patient*innen problemlos zurechtfinden (z. B. Hinweisschilder, Auskunftspersonal)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden in Ihrem MZEB Informationen für	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

unterschiedliche Patient*innen über verschiedene Medien bereitgestellt (z. B. dreidimensionale Modelle, DVDs, Bildergeschichten)?								
...wird in Ihrem MZEB sichergestellt, dass die Patient*innen besonders in kritischen medizinischen Situationen (z. B. Medikamenteneinnahme, therapeutische Maßnahme, Patientenverfügung) wirklich alles verstanden haben?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...unterstützen Sie in Ihrem MZEB Patient*innen bei der Klärung von etwaigen Kosten, wie Zuzahlungen, bei medizinischen oder anderen gesundheitsrelevanten Behandlungen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden in Ihrem MZEB die Mitarbeitende zum Thema Gesundheitskompetenz geschult?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Corona-Pandemie und MZEB

Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen (z. B. Hygienebestimmungen, Lockdown etc.) möchten wir gerne zu guter Letzt noch einige Fragen zum Umgang mit der Pandemie, möglichen Herausforderungen und daraus resultierenden Konsequenzen in Ihrem MZEB stellen.

31 Nur für in Planung befindliche MZEB: Hat sich der Ermächtigungs- und Aufbauprozess Ihres MZEB durch die Corona-Pandemie verzögert?
Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, auf Trägerebene (→ Weiter mit Frage 40)

Ja, beim Stellen des Zulassungsantrags (→ Weiter mit Frage 40)

Ja, beim Erhalt des Ermächtigungsbescheids (→ Weiter mit Frage 40)

Ja, bei der Vergütungsvereinbarung (→ Weiter mit Frage 40)

Sonstiges, und zwar:

(→ Weiter mit Frage 40)

Nein (→ Weiter mit Frage 40)

Keine Angabe / weiß ich nicht (→ Weiter mit Frage 40)

32a **Musste Ihr MZEB aufgrund der Corona-Pandemie bzw. damit einhergehenden gesetzlichen Bestimmungen kurz- bzw. mittelfristig schließen?**

Ja (→ Weiter mit Frage 32b)

Nein (→ Weiter mit Frage 33)

Keine Angabe / weiß ich nicht (→ Weiter mit Frage 33)

32b **Wie lange musste Ihr MZEB aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden gesetzlichen Bestimmungen geschlossen bleiben?**

_ _ Woche(n)

33 **Kam es in Ihrem MZEB aufgrund der Corona-Pandemie zu einer Intensivierung der Arbeitsdichte?**

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

34 **Kam es in Ihrem MZEB aufgrund der Corona-Pandemie zu Ausfällen von Untersuchungen bzw. Behandlungen?**

Ja

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

35 **Wie veränderte sich die Anzahl der Patient:innen aufgrund der Corona-Pandemie?**

Weniger Patient:innen

Mehr Patient:innen

Keine Veränderung

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

Wurde im Rahmen der Corona-Pandemie die Digitalisierung in Ihrem MZEB ausgebaut?

36a

Damit ist gemeint, dass Digitalisierungsmaßnahmen, wie z. B. eine elektronische Terminvereinbarung oder die Möglichkeit der Teleberatung, in Ihrem MZEB umgesetzt oder verstärkt eingesetzt wurden.

Ja (→ Weiter mit Frage 36b)

Nein (→ Weiter mit Frage 37)

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht (→ Weiter mit Frage 37)

Welche Digitalisierungsmaßnahmen wurden im Rahmen der Corona-Pandemie in Ihrem MZEB getroffen?

36b

Bitte beschreiben Sie die eingeführten Digitalisierungsmaßnahmen. Darunter verstehen wir z. B. Maßnahmen zur Onlineinteraktion (z. B. Videokonferenzen, Teleberatung), die Digitalisierung von Arbeitsabläufen (z. B. Überwachung von Vitalparametern eICU), Medizinische Chatbots oder elektronische Terminvereinbarungen (Freitext).

Hatte Ihr MZEB Einnahmeausfälle und/oder finanzielle Schwierigkeiten aufgrund der Corona-Pandemie?

37

Hierunter wird beispielsweise eine erschwerte finanzielle Situation oder Einnahmeausfälle aufgrund von Absagen von Behandlungsterminen oder eine verzögerte/keine Anpassung der Vergütungsverträge durch die Krankenkassen verstanden.

Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, Einnahmeausfälle

Ja, finanzielle Schwierigkeiten

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

38

Erfolgte für Ihr MZEB eine im Rahmen des zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgelegte Anpassung des Vergütungsvertrags durch die Krankenkassen?

Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, bis zum 20. Juni 2020 erfolgte eine Anpassung des Vergütungsvertrags

Ja, nach dem 20. Juni 2020 erfolgte eine Anpassung des Vergütungsvertrags

Nein

Sonstiges, und zwar:

Keine Angabe / weiß ich nicht

39

Gab es in Ihrem MZEB sonstige Probleme oder Schwierigkeiten aufgrund der Corona-Pandemie?

Bitte benennen und beschreiben Sie diese kurz (Freitext).

Keine Angabe / weiß ich nicht

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, haben Sie hier die Möglichkeit dazu.

40

Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen und Ergänzungen.

Was möchten Sie uns zum Schluss noch mitteilen?

41a Haben Sie Interesse für ein weiterführendes Interview zur Etablierung von und medizinischen Versorgung in Ihrem MZEB zur Verfügung zu stehen?

Falls ja, würden wir zeitnah erneut mit Ihnen in Kontakt treten

Ja

Nein

41b Wenn Sie möchten können Sie hier freiwillig eine E-Mail-Adresse oder Telefonnummer hinterlassen, unter welcher wir Sie kontaktieren können.

1.2 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB

Bestandsaufnahme über in Planung befindliche MZEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an der Befragung des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekts **„Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“** teilzunehmen.

Anschließend an die erste Online-Befragung, welche zwischen Februar und Mai 2021 stattgefunden hat, erfolgt nun eine erneute Bestandsaufnahme über den bundesweiten Etablierungsstand und die strukturellen Merkmale (z. B. deren Trägerschaft, Einzugsgebiet, Leistungsangebot, etc.) von MZEB. Alle bestehenden und in Planung befindlichen MZEB sind herzlich zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Auch MZEB, die sich an der ersten Online-Befragung im Jahr 2021 noch nicht beteiligt hatten, können den Fragebogen beantworten.

Die Befragung richtet sich an Leitungspersonal in MZEB. Dies sind

Befragungszeitraum: 07. November 2022 bis 31. Januar 2023
--

z. B. Personen auf Leitungsebene des Trägers des MZEB sowie administrative oder ärztliche Leitungspersonen. Wir bitten auch MZEB, welche sich derzeit erst in Planung befinden, an der Befragung teilzunehmen.

Zur Bearbeitung der Befragung benötigen Sie ca. 20 - 25 Minuten
--

Wir freuen uns, dass Sie an unserer Befragung teilnehmen. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Kontakt:

E-Mail: beta@gw.hs-fulda.de

Datenschutzinformationen

Warum erheben und verarbeiten wir Ihre Daten

Die Sicherheit Ihrer Daten ist uns wichtig, deshalb wird die geltende Datenschutzrichtlinie strikt eingehalten. Die Informationen, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“ erhoben werden, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Die Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten erfolgen nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Die Festlegungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) werden bei der Durchführung, Auswertung und Berichtslegung zur Untersuchung eingehalten.

Bitte stimmen Sie der untenstehenden Datenschutzerklärung zu:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“, mich betreffende personenbezogene Daten erhoben, auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Alle Daten werden stets anonym verarbeitet.

Ich bin mir dessen bewusst, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne, dass mir dadurch Nachteile entstehen, meine Zustimmung zurückziehen kann. Ich bin freiwillig bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Themenblock 1: Regionale Lage Ihres MZEB

Zu Beginn des Fragebogens erfassen wir die regionale Lage Ihres MZEB.

1	In welchem Bundesland befindet sich Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
☐	Baden-Württemberg
☐	Bayern
☐	Berlin
☐	Brandenburg
☐	Bremen
☐	Hamburg
☐	Hessen
☐	Mecklenburg-Vorpommern
☐	Niedersachsen
☐	Nordrhein-Westfalen
☐	Rheinland-Pfalz
☐	Saarland
☐	Sachsen
☐	Sachsen-Anhalt
☐	Schleswig-Holstein
☐	Thüringen

2	In welchem Postleitzahl-Gebiet liegt Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte tragen Sie die Postleitzahl Ihres MZEB ein.</i>	
[Freitext]	

Themenblock 2: Etablierungsprozess Ihres MZEB

Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen Fragen zum Etablierungsprozess Ihres MZEB, d. h. zum Ablauf der Ermächtigung, der Vergütungsverhandlungen und zu unterstützenden Personen/Einrichtungen während des Etablierungsprozesses.

Themenblock 2 – Ermächtigungsprozesse

3	Hat Ihr MZEB bereits eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erhalten?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
☐	Ja → weiter mit „Fragebogen für aktive MZEB“
☐	Nein → weiter zu Frage 4

4	In welcher Phase im Etablierungsprozess befindet sich Ihr MZEB derzeit?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Nein nicht ermächtigtes MZEB</i>	
☐	Erste Gespräche mit dem Träger/Gesellschafter zur Planung des MZEB
☐	Ermächtigungsantrag wird derzeit erstellt
☐	Ermächtigungsantrag wurde bei dem Zulassungsausschuss eingereicht
☐	Ablehnung des Ermächtigungsantrags: Überarbeitung des Ermächtigungsantrag
☐	Einleitung eines Berufungsverfahrens
☐	Ermächtigungsantrag wurde vom Berufungsausschuss abgelehnt, nun Erarbeitung einer Klage vor dem Sozialgericht
☐	An anderer Stelle, und zwar: [Freitext]

5	Welche Herausforderungen erfahren Sie bei der Antragstellung im Rahmen der Ermächtigung Ihres MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Nein nicht ermächtigtes MZEB</i>	
☐	Überzeugungsarbeit für Etablierung des MZEB beim Träger/Gesellschafter notwendig
☐	Hoher personeller Aufwand von Seiten Ihres MZEB bzw. Träger/Gesellschafter
☐	Hoher zeitlicher Aufwand von Seiten Ihres MZEB bzw. Träger/Gesellschafter
☐	Terminfindung mit dem Zulassungsausschuss war bzw. ist schwierig
☐	Intransparenz des Beantragungsprozesses
☐	Ablehnung eines Antrags auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss
☐	Einleiten eines Berufungsverfahrens war bzw. ist notwendig
☐	Klage vor dem Sozialgericht war bzw. ist notwendig
☐	Es bestehen keine Herausforderungen/Schwierigkeiten
☐	Frage kann noch nicht beantwortet werden
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 2 – Zusammenarbeit mit Akteuren

6	Mit welchen Akteur*innen hat sich die Zusammenarbeit im Etablierungsprozess Ihres MZEB als hilfreich erwiesen?					
Bitte geben Sie auf einer Skala von "gar nicht hilfreich" bis "sehr hilfreich" an, welche Akteur*innen während der Etablierung Ihres MZEB (d. h. während des Ermächtigungsprozess und den Finanzierungsverhandlungen) hilfreich waren. Wenn keine Zusammenarbeit/ Unterstützung bestand bzw. nicht von Ihnen eingefordert wurde, dann geben Sie bitte "keine Zusammenarbeit" an.						
	gar nicht hilfreich	nicht hilfreich	teils/teils	hilfreich	sehr hilfreich	keine Zusammenarbeit
Andere bestehende oder in Planung befindliche MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Externe Fachanwält*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fachverbände für Menschen mit Behinderung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geschäftsführung/Verwaltung des Trägers/Gesellschafters Ihres MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Justizariat des Trägers/Gesellschafters Ihres MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kassenärztliche Vereinigungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Landesbehindertenbeauftragte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zulassungsausschuss	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]					

Themenblock 3: Strukturelle Merkmale Ihres MZEB?

Mit dem folgenden Frageblock werden strukturelle Merkmale Ihres MZEB erfasst, die u. a. Themen wie die Trägerschaft Ihres MZEB, dessen Anbindung an weitere Einrichtungen, die Zugangskriterien, das Einzugsgebiet und die Quartalfallzahlbeschränkung des MZEB umfassen.

Themenblock 3 – Trägerschaft

7	In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie an, in welcher Trägerschaft sich Ihr MZEB befindet. Wenn Ihr MZEB an ein Krankenhaus angebunden ist, dann geben Sie bitte die Trägerschaft des Krankenhauses an.</i>	
☐	Öffentliche Trägerschaft (Land, Bezirk, Kommune)
☐	Freigemeinnützige Trägerschaft ohne kirchliche Bindung (z. B. DRK, gemeinnützige Stiftungen)
☐	Freigemeinnützige Trägerschaft mit kirchlicher Bindung (z. B. Caritas)
☐	Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung mit Gewinnorientierung
☐	Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung ohne Gewinnorientierung (gemeinnützig)
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 4 – Anbindung

Erläuterung zur nächsten Frage: Anbindung Ihres MZEB

Im Folgenden möchten wir Ihnen Fragen zur Anbindung Ihres MZEB an weitere Einrichtungen Ihres Trägers/Gesellschafters stellen. Weitere Einrichtungen sind z. B. Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die durch denselben Träger/Gesellschafter Ihres MZEB betrieben werden.

- » *Ein MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtungen ist bspw. in den Räumlichkeiten eines vom selben Träger betriebenen Krankenhauses angesiedelt oder in der räumlichen Nähe eines Sozialpädiatrischen Zentrums des selben Trägers verortet. Außerdem nutzt ein angebundenes MZEB die Ausstattung und Ressourcen (z. B. Personal, Gerätschaften oder IT-Infrastruktur) der anderen Einrichtungen des gleichen Trägers mit, wodurch Synergien gebündelt werden.*
- » *Ein MZEB ohne Anbindung an eine weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters hat eine solitäre Stellung, d. h. es ist räumlich nicht an ein Krankenhaus oder SPZ des Trägers verortet und kann deren Ausstattung und Ressourcen nicht oder nur mittels Kooperationsvereinbarung nutzen.*

8	Ist Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB an eine weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters angebunden?
<i>Damit ist gemeint, dass Ihr MZEB in räumlicher Nähe oder innerhalb einer anderen Einrichtung des Trägers/Gesellschafters (z. B. Krankenhaus, SPZ, MVZ, Einrichtung der Eingliederungshilfe, etc.) angesiedelt ist.</i>	
☐	Ja → <i>weiter zu Frage 9</i>
☐	Nein → <i>weiter zu Frage 11</i>

9	An welche Einrichtungen ist Ihr MZEB angebunden?
<i>Bitte geben Sie die Art der Einrichtung an, an die Ihr MZEB angebunden ist (z. B. Krankenhaus, SPZ, MVZ)</i>	
<i>Filter: Frage 8 = Ja MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters</i>	

[Freitext]

10	Welche Ressourcen kann Ihr MZEB im Sinne der Synergie durch die Anbindung an die weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters nutzen?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 8 = Ja MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters</i>	
☐	Apparative Ausstattung z. B. MRT, Röntgen-Gerät
☐	Fort- und Weiterbildungen
☐	Personelle Ressourcen im Sinne von medizinischem/therapeutischem Fachpersonal
☐	Räumliche Ausstattung
☐	Verwaltungsstrukturen z. B. Finanzabteilung/Rechnungswesen, Rechtsabteilung
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 5: Mitarbeitende des MZEB

Im Nachfolgenden werden Informationen zu der Anzahl und der fachlichen Zusammensetzung der Mitarbeitenden Ihres MZEB sowie zur Personalplanung erhoben.

Themenblock 5 – Mitarbeitende im MZEB

11	Wie viele Mitarbeitende wird ihr MZEB zu Beginn zunächst beschäftigen?
<i>Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeitenden Ihres geplanten MZEB an. Damit sind alle Personen, die zu Eröffnung Ihres MZEB angestellt sein werden (d. h. in einem Arbeitsverhältnis (Vollzeit und Teilzeit-Stellen)) gemeint. Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein. Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeitenden zu Eröffnung/Beginn des MZEB an. Beispiel: "4 Mitarbeitende".</i>	
[Freitext]	

12	Welche fachärztliche Richtung wird die ärztliche Leitung Ihres MZEB übernehmen?
<i>Bitte geben Sie diese hier an. Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein.</i>	
[Freitext]	

13	Bitte geben Sie, falls möglich an, welche Professionen mit den entsprechenden Stellenanteilen (in Prozent) zu Beginn in Ihrem MZEB angestellt sein werden.
<i>Beispiel: 1 Fachärztin mit Schwerpunkt Neurologie (100% Stelle), 1 Neurologe (80% Stelle), 1 Physiotherapeut (70% Stelle), 1 Ergotherapeut (50% Stelle), 1 medizinische Fachangestellte (100% Stelle), 1 medizinischer Fachangestellter (30 % Stelle). Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein.</i>	
[Freitext]	

Themenblock 6: Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden und Einrichtungen

Mit den nachfolgenden Fragen wird die Zusammenarbeit des MZEB mit Kooperationspartner*innen erfasst.

14	Verfügt Ihr geplantes MZEB bereits über Kooperationen mit Leistungserbringenden (z. B. niedergelassene Hausärzt*innen, Fachärzt*innen) oder Institutionen (z. B. SPZ)?
<i>Kooperationspartner*innen haben keinen festen Arbeitsvertrag mit dem MZEB. Die Zusammenarbeit wird über Kooperationsvereinbarungen oder -verträge bzw. informelle Verabredungen geregelt. Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
☐	Ja, es bestehen vertragliche Kooperationsvereinbarungen, d.h. vertraglich fixierte, formalisierte Vereinbarungen → <i>weiter zu Frage 15</i>
☐	Ja, es bestehen Kooperationen ohne Kooperationsvertrag, d. h. informelle Verabredungen ohne vertragliche Fixierung → <i>weiter zu Frage 15</i>
☐	Nein → <i>weiter zu Frage 17</i>
☐	Kann noch nicht beantwortet werden → <i>weiter zu Frage 17</i>
☐	Anderes, und zwar: [Freitext] → <i>weiter zu Frage 17</i>

15	Bitte geben Sie an, mit welchen Leistungserbringenden, Einrichtungen und Institutionen Ihr geplantes MZEB bereits kooperiert.
<i>Bitte kreuzen Sie an, mit welchen der genannten Leistungserbringenden, Einrichtungen und Institutionen Ihr geplantes MZEB bereits über Kooperationsverträge bzw. informelle Verabredungen zur Zusammenarbeit verfügt. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja in Planung befindliches MZEB verfügt über Kooperationen</i>	
☐	Einrichtungen der Eingliederungshilfe
☐	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
☐	Fachverbände für Menschen mit Behinderung
☐	Krankenhäuser
☐	Niedergelassene Heilmittelerbringende
☐	Niedergelassene Fachärzt*innen
☐	Öffentlicher Gesundheitsdienst
☐	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
☐	Selbsthilfegruppen
☐	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

16	Welche Erfahrungen haben Sie beim Finden von bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen gemacht?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja in Planung befindliches MZEB verfügt über Kooperationen</i>	
☐	Schwierigkeiten durch Fachkräftemangel, d. h. in der Region gibt es zu wenige Leistungserbringende (eines Fachgebietes).
☐	(Potenziellen) Kooperationspartner*innen mangelt es an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben kein Interesse an einer Zusammenarbeit bzw. zeigen keine Bereitschaft für die Weiterversorgung der Patient*innen des MZEB
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben keine Zeit für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben keine personellen Kapazitäten für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen lehnen eine Zusammenarbeit aufgrund mangelnder finanzieller Anreize bzw. einer unzureichenden Vergütung ab.
☐	Fehlende Barrierefreiheit der Räumlichkeiten bzw. Ausstattung der (potenziellen) Kooperationspartner*innen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen hegen Konkurrenzgedanken gegenüber MZEB (z. B. „MZEB nimmt die Patient*innen weg“).
☐	Kommunikation mit (potenziellen) Kooperationspartner*innen gestaltet sich schwierig (z. B. keine Rückfragen zum Behandlungsplan, keine Informationen zur Weiterversorgung),
☐	Therapieempfehlungen oder Behandlungspläne des MZEB werden nicht umgesetzt (z. B. da Budget nicht ausreichend, Infragestellen der Empfehlungen des MZEB).
☐	Es bestanden keine Herausforderungen oder Schwierigkeiten.
☐	Kann noch nicht beantwortet werden
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 7: Leistungsangebot Ihres MZEB

Mit den nachfolgenden Fragen wird das Leistungsangebot Ihres MZEB erfasst.

17	Über welche Versorgungsschwerpunkte wird Ihr geplantes MZEB verfügen?
<i>Unter einem Versorgungsschwerpunkt verstehen wir ein medizinisches Fachgebiet bzw. eine Gruppe von Erkrankungen, auf die Ihr MZEB spezialisiert ist und entsprechend ausgebildete Mitarbeitende zur Verfügung stehen hat. Bitte tragen Sie, falls vorgesehen, den/die Versorgungsschwerpunkt/e Ihres MZEB ein (bspw. contergangeschädigte Menschen, Spina bifida, Epilepsie). Falls Sie diese Frage noch nicht beantworten können, tragen Sie bitte "Kann noch nicht beantwortet werden" ein.</i>	
[Freitext]	

Abschluss

18	Vielen Dank für Ihre Teilnahme!
<i>Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, haben Sie hier die Möglichkeit dazu. Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen und Ergänzungen.</i>	
[Freitext]	

1.3 Fragebogen zur Online-Befragung, t1 für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierte MZEB

Bestandsaufnahme über bestehende MZEB

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an der Befragung des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekts **„Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“** teilzunehmen.

Anschließend an die erste Online-Befragung, welche zwischen Februar und Mai 2021 stattgefunden hat, erfolgt nun eine erneute Bestandsaufnahme über den bundesweiten Etablierungsstand und die strukturellen Merkmale (z. B. deren Trägerschaft, Einzugsgebiet, Leistungsangebot, etc.) von MZEB. Alle bestehenden und in Planung befindlichen MZEB sind herzlich zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Auch MZEB, die sich an der ersten Online-Befragung im Jahr 2021 noch nicht beteiligt hatten, können den Fragebogen beantworten.

Befragungszeitraum: 07. November 2022 bis 31. Januar 2023
--

Die Befragung richtet sich an Leitungspersonal in MZEB. Dies sind z. B. Personen auf Leitungsebene des Trägers des MZEB sowie administrative oder ärztliche Leitungspersonen. Wir bitten auch MZEB, welche sich derzeit erst in Planung befinden, an der Befragung teilzunehmen.

Zur Bearbeitung der Befragung benötigen Sie ca. 20 - 25 Minuten
--

Wir freuen uns, dass Sie an unserer Befragung teilnehmen. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Kontakt:

E-Mail: beta@gw.hs-fulda.de

Datenschutzinformationen

Warum erheben und verarbeiten wir Ihre Daten

Die Sicherheit Ihrer Daten ist uns wichtig, deshalb wird die geltende Datenschutzrichtlinie strikt eingehalten. Die Informationen, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“ erhoben werden, unterliegen strengster Vertraulichkeit. Die Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten erfolgen nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz. Die Festlegungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) werden bei der Durchführung, Auswertung und Berichtslegung zur Untersuchung eingehalten.

Bitte stimmen Sie der untenstehenden Datenschutzerklärung zu:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz (BEta)“, mich betreffende personenbezogene Daten erhoben, auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Alle Daten werden stets anonym verarbeitet.

Ich bin mir dessen bewusst, dass ich jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne, dass mir dadurch Nachteile entstehen, meine Zustimmung zurückziehen kann. Ich bin freiwillig bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Themenblock 1: Regionale Lage Ihres MZEB

Zu Beginn des Fragebogens erfassen wir die regionale Lage Ihres MZEB.

1	In welchem Bundesland befindet sich Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
☐	Baden-Württemberg
☐	Bayern
☐	Berlin
☐	Brandenburg
☐	Bremen
☐	Hamburg
☐	Hessen
☐	Mecklenburg-Vorpommern
☐	Niedersachsen
☐	Nordrhein-Westfalen
☐	Rheinland-Pfalz
☐	Saarland
☐	Sachsen
☐	Sachsen-Anhalt
☐	Schleswig-Holstein
☐	Thüringen

2	In welchem Postleitzahl-Gebiet liegt Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte tragen Sie die Postleitzahl Ihres MZEB ein.</i>	
[Freitext]	

Themenblock 2: Etablierungsprozess Ihres MZEB

Im Nachfolgenden stellen wir Ihnen Fragen zum Etablierungsprozess Ihres MZEB, d. h. zum Ablauf der Ermächtigung, den Vergütungsverhandlungen und zu unterstützenden Akteuren während des Etablierungsprozesses.

3	Hat Ihr MZEB bereits eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erhalten?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
☐	Ja → weiter zu Frage 4
☐	Nein → weiter mit „Fragebogen für in Planung befindliche MZEB“

Themenblock 2 – Ermächtigung Ihres MZEB

Es folgen Fragen zur Ermächtigung Ihres MZEB, d. h. zum Prozess der Antragstellung auf Ermächtigung bei dem Zulassungsausschuss. Nicht gemeint ist der Prozess der Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen.

4	Bitte geben Sie das Jahr an, in welchem Ihr MZEB die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erteilt bekommen hat.
<i>Hier ist der Zeitpunkt des Erhalts der Ermächtigungszusage und nicht die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen gemeint. Bitte geben Sie die Jahreszahl (z. B. 2019) ein.</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB</i>	
[Freitext]	

5	Bitte geben Sie an, für wie viele Jahre die Ermächtigung Ihres MZEB vorliegt.
<i>Oftmals ist die Ermächtigung auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt, beispielsweise auf ein, zwei oder fünf Jahre. Danach muss eine Verlängerung der Ermächtigung beantragt werden. Bitte geben Sie diesen Zeitraum in Jahren (z. B. „2“ Jahre) an.</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB</i>	
[Freitext]	

6	Wie lange betrug der Zeitraum von der ersten Antragstellung bis zur Ermächtigung Ihres MZEB?
<i>Hiermit ist die Dauer von der ersten Einreichung eines Ermächtigungsantrages beim Zulassungsausschuss bis zum Erhalt der ersten Ermächtigungszusage gemeint. Bitte geben Sie die Dauer in Monaten an (z. B. „6“ Monate).</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB</i>	
[Freitext]	

7	Wie komplex empfanden Sie den Ermächtigungsprozess Ihres MZEB?
<i>Komplexität der Ermächtigung bedeutet, dass der Umfang und/oder die Art und Anzahl der Prozessschritte des Ermächtigungsprozesses des MZEB hoch und vielschichtig sind. Bitte geben Sie auf einer Skala von "gar nicht komplex" bis "sehr komplex" an, wie komplex Sie den Ermächtigungsprozess Ihres MZEB empfunden haben.</i>	
Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB	
☐	gar nicht komplex
☐	nicht komplex
☐	teils/teils
☐	Komplex
☐	sehr komplex

8	Welche Herausforderungen haben Sie während der Antragstellung im Rahmen der Ermächtigung erfahren?
<i>Damit sind Herausforderungen während des Prozesses der Erstellung und Einreichung eines Ermächtigungsantrages gemeint. Nicht gemeint sind Herausforderungen während des Prozesses der Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB	
☐	Überzeugungsarbeit für Etablierung von MZEB bei Geschäftsführung des Trägers/Gesellschafters des MZEB war notwendig
☐	Hoher personeller Aufwand von Seiten Ihres MZEB bzw. Träger/Gesellschafter
☐	Hoher zeitlicher Aufwand von Seiten Ihres MZEB bzw. Träger/Gesellschafter
☐	Terminfindung mit dem Zulassungsausschuss war schwierig
☐	Intransparenz des Beantragungsprozesses
☐	Ablehnung eines Antrags auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss
☐	Einleiten eines Berufungsverfahrens war notwendig
☐	Klage vor dem Sozialgericht war notwendig
☐	Es bestanden keine Herausforderungen/Schwierigkeiten
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 2 – Vergütungsverhandlungen

Nun folgen Fragen zu dem Prozess der Vergütungsverhandlungen Ihres MZEB mit den Krankenkassen.

9	Hat Ihr MZEB bereits eine Vergütungszusage durch die Krankenkassen erhalten?
<i>Falls Ihr MZEB die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen abgeschlossen hat, geben Sie bitte das Jahr (z. B. 2019) an, in welchem Sie die Vergütungszusage erhalten haben.</i>	
<i>Filter: Frage 3 = Ja ermächtigtes MZEB mit Vergütungszusage</i>	
☐	ja, seit: [Freitext] → <i>weiter zu Frage 10</i>
☐	Nein, aber derzeit in Vergütungsverhandlungen mit Krankenkassen → <i>weiter zu Frage 13</i>
☐	Nein, Vergütungsverhandlungen haben noch nicht begonnen → <i>weiter zu Frage 13</i>

10	Wie lange betrug der Zeitraum von der ersten Vergütungsverhandlung mit den Krankenkassen bis zur Entscheidung bzw. Erhalt der Vergütungszusage?
<i>Hiermit ist die Dauer ab der ersten Vergütungsverhandlung mit den Krankenkassen bis zum Erhalt der Vergütungszusage gemeint. Bitte geben Sie die Dauer in Monaten an (z. B. „6“ Monate)</i>	
<i>Filter: Frage 9 = Ja ermächtigtes MZEB mit Vergütungszusage</i>	
[Freitext]	

11	Wie komplex empfanden Sie den Prozess der Vergütungsverhandlungen?
<i>Komplexität bedeutet hierbei, dass der Umfang und/oder die Art und Anzahl der Prozessschritte während der Vergütungsverhandlungen des MZEB hoch und vielschichtig sind. Bitte geben Sie auf einer Skala von "gar nicht komplex" bis "sehr komplex" an, wie komplex Sie die Vergütungsverhandlungen Ihres MZEB empfunden haben.</i>	
<i>Filter: Frage 9 = Ja ermächtigtes MZEB mit Vergütungszusage</i>	
☐	gar nicht komplex
☐	nicht komplex
☐	teils/teils
☐	Komplex
☐	sehr komplex

12	Welche Herausforderungen haben Sie bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen erfahren?
<i>Damit ist der Prozess während der Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen gemeint. Nicht gemeint ist hier der Prozess der Erstellung und Einreichung eines Ermächtigungsantrages. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 9 = Ja ermächtigtes MZEB mit Vergütungszusage</i>	
☐	Hoher personeller Aufwand von Seiten des MZEB
☐	Hoher zeitlicher Aufwand von Seiten des MZEB
☐	Terminfindung mit Krankenkassen war schwierig
☐	Abstand zwischen den Verhandlungsterminen mit den Krankenkassen war zu lang
☐	Intransparenz des Verhandlungsprozesses mit Krankenkassen
☐	Einigungsprozess zur Leistungsvergütung war langwierig
☐	Fehlende Erfahrung bei Vergütungsverhandlungen von Seiten des MZEB
☐	Einbezug einer Schiedsstelle war notwendig
☐	Es bestanden keine Herausforderungen/Schwierigkeiten
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 2 – Zusammenarbeit mit Akteuren

13	Mit welchen Akteur*innen hat sich die Zusammenarbeit im Etablierungsprozess Ihres MZEB als hilfreich erwiesen?					
Bitte geben Sie auf einer Skala von "gar nicht hilfreich" bis "sehr hilfreich" an, welche Akteur*innen während der Etablierung Ihres MZEB (d. h. während des Ermächtigungsprozess und den Finanzierungsverhandlungen) hilfreich waren. Wenn keine Zusammenarbeit/ Unterstützung bestand bzw. nicht von Ihnen eingefordert wurde, dann geben Sie bitte "keine Zusammenarbeit" an.						
	gar nicht hilfreich	nicht hilfreich	teils/teils	hilfreich	sehr hilfreich	keine Zusammenarbeit
Andere bestehende oder in Planung befindliche MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Externe Fachanwält*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fachverbände für Menschen mit Behinderung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geschäftsführung/Verwaltung des Trägers/Gesellschafters Ihres MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Justizariat des Trägers/Gesellschafters Ihres MZEB	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kassenärztliche Vereinigungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Landesbehindertenbeauftragte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zulassungsausschuss	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]					

Themenblock 2 – Behandlungsbeginn

14	Hat Ihr MZEB bereits mit der Behandlung von Patient*innen begonnen?
Falls Ihr MZEB bereits mit der Behandlung von Patient*innen begonnen hat, geben Sie bitte das Jahr (z. B. 2019) an, in welcher Sie mit dieser begonnen haben.	
☐	Ja, vor Abschluss der Vergütungsverhandlungen bzw. vor der Vergütungszusage durch die Krankenkassen, im Jahr: [Freitext] → weiter zu Frage 15
☐	Ja, nach Abschluss der Vergütungsverhandlungen bzw. nach der Vergütungszusage durch die Krankenkassen, im Jahr: [Freitext] → weiter zu Frage 15
☐	Nein → weiter zu Frage 16

Themenblock 2 – Fallzahlpauschalen

15	Empfinden Sie die Höhe der Fallpauschalen Ihres MZEB als angemessen, um kostendeckend arbeiten zu können?
<i>Bitte geben Sie auf einer Skala von "sehr unangemessen" bis "sehr angemessen" an, wie angemessen Sie die Höhe der Fallpauschalen Ihres MZEB einschätzen, um kostendeckend Leistungen (z. B. Diagnostik, Beratung, etc.) zu erbringen.</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	sehr unangemessen
☐	Unangemessen
☐	teils/teils
☐	angemessen
☐	sehr angemessen

Themenblock 3: Strukturelle Merkmale Ihres MZEB?

Mit dem folgenden Frageblock werden strukturelle Merkmale Ihres MZEB erfasst, die u. a. Themen wie die Trägerschaft Ihres MZEB, dessen Anbindung an weitere Einrichtungen, die Zugangskriterien, das Einzugsgebiet und die Quartalfallzahlbeschränkung des MZEB umfassen.

Themenblock 3 – Trägerschaft

16	In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie an, in welcher Trägerschaft sich Ihr MZEB befindet. Wenn Ihr MZEB an ein Krankenhaus angebunden ist, dann geben Sie bitte die Trägerschaft des Krankenhauses an.</i>	
☐	Öffentliche Trägerschaft (Land, Bezirk, Kommune)
☐	Freigemeinnützige Trägerschaft ohne kirchliche Bindung (z. B. DRK, gemeinnützige Stiftungen)
☐	Freigemeinnützige Trägerschaft mit kirchlicher Bindung (z. B. Caritas)
☐	Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung mit Gewinnorientierung
☐	Privatunternehmen, Privatperson oder sonstige Einrichtung ohne Gewinnorientierung (gemeinnützig)
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 3 – Anbindung

Erläuterung zur nächsten Frage: Anbindung Ihres MZEB

Im Folgenden möchten wir Ihnen Fragen zur Anbindung Ihres MZEB an weitere Einrichtungen Ihres Trägers/Gesellschafters stellen. Weitere Einrichtungen sind z. B. Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die durch denselben Träger/Gesellschafter Ihres MZEB betrieben werden.

- » Ein MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtungen ist bspw. in den Räumlichkeiten eines vom selben Träger betriebenen Krankenhauses angesiedelt oder in der räumlichen Nähe eines Sozialpädiatrischen Zentrums des selben Trägers verortet. Außerdem nutzt ein angebundenes MZEB die Ausstattung und Ressourcen (z. B. Personal, Gerätschaften oder IT-Infrastruktur) der anderen Einrichtungen des gleichen Trägers mit, wodurch Synergien gebündelt werden.
- » Ein MZEB ohne Anbindung an eine weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters hat eine solitäre Stellung, d. h. es ist räumlich nicht an ein Krankenhaus oder SPZ des Trägers verortet und kann deren Ausstattung und Ressourcen nicht oder nur mittels Kooperationsvereinbarung nutzen.

17	Ist Ihr ermächtigtes oder geplantes MZEB an eine weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters angebunden?	
<i>Damit ist gemeint, dass Ihr MZEB in räumlicher Nähe oder innerhalb einer anderen Einrichtung des Trägers/Gesellschafters (z. B. Krankenhaus, SPZ, MVZ, Einrichtung der Eingliederungshilfe, etc.) angesiedelt ist.</i>		
☐	Ja	→ weiter zu Frage 18
☐	Nein	→ weiter zu Frage 20

18	An welche Einrichtungen ist Ihr MZEB angebunden?
<i>Bitte geben Sie die Art der Einrichtung an, an die Ihr MZEB angebunden ist (z. B. Krankenhaus, SPZ, MVZ)</i>	
<i>Filter: Frage 17 = Ja MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters</i>	
[Freitext]	

19	Welche Ressourcen kann Ihr MZEB im Sinne der Synergie durch die Anbindung an die weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters nutzen?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 17 = Ja MZEB mit Anbindung an weitere Einrichtung des Trägers/Gesellschafters</i>	
☐	Apparative Ausstattung z. B. MRT, Röntgen-Gerät
☐	Fort- und Weiterbildungen
☐	Personelle Ressourcen im Sinne von medizinischem/therapeutischem Fachpersonal
☐	Räumliche Ausstattung
☐	Verwaltungsstrukturen z. B. Finanzabteilung/Rechnungswesen, Rechtsabteilung
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 4: Quartalfallzahlbegrenzung und Wartezeit auf Termin

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den Patient*innen Ihres MZEB. Konkret folgen Fragen zur Fallzahlbegrenzung, der Anzahl an Patient*innen, Wartezeiten auf Untersuchungstermine, die Zugangskriterien zum MZEB, etc.

20	Verfügt Ihr MZEB über eine Fallzahlbegrenzung?
<i>Damit ist die in den Ermächtigungs- oder Krankenkassenverträgen festgelegte maximale Patient*innenanzahl pro Quartal gemeint. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	Ja, eine absolute Fallzahlgrenze (d. h. ab Überschreitung der Fallzahlgrenze erfolgte keine Vergütung mehr) → <i>weiter zu Frage 21</i>
☐	Ja, eine Fallzahlgrenze mit Vergütungsabschlag (d. h. mit einer (gestaffelt) reduzierten Vergütung, wenn Fallzahlgrenze überschritten wird) → <i>weiter zu Frage 27</i>
☐	Nein, es besteht keine Fallzahlbegrenzung → <i>weiter zu Frage 27</i>

21	Bei welcher Quartalsfallzahl steht die Grenze in Ihrem MZEB?
<i>Bitte geben Sie an, wie viele Patient*innen Sie pro Quartal behandeln dürfen ohne dass die Vergütung reduziert wird / gänzlich entfällt (z. B. „500 Patienten/Quartal“).</i>	
<i>Filter: Frage 20 = Ja, eine absolute Fallzahlgrenze</i>	
[Freitext]	

22	Empfinden Sie die Fallzahlbegrenzung Ihres MZEB als angemessen?
<i>Bitte geben Sie auf einer Skala von "sehr unangemessen" bis "sehr angemessen" an, wie angemessen Sie die Fallzahlbegrenzung Ihres MZEB einschätzen.</i>	
<i>Filter: Frage 20 = Ja, eine absolute Fallzahlgrenze</i>	
☐	sehr unangemessen
☐	unangemessen
☐	teils/teils
☐	angemessen
☐	sehr angemessen

23	Wie viele Patient*innen werden in Ihrem MZEB durchschnittlich pro Quartal behandelt?
<i>Bitte kreuzen Sie die durchschnittliche Anzahl der Patient*innen pro Quartal an, die auf Ihr MZEB zutrifft.</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	Weniger als 50 Patient*innen pro Quartal
☐	Bis zu 100 Patient*innen pro Quartal
☐	101 - 200 Patient*innen pro Quartal
☐	201 - 300 Patient*innen pro Quartal
☐	301 - 400 Patient*innen pro Quartal
☐	401 - 500 Patient*innen pro Quartal
☐	Über 500 Patient*innen pro Quartal
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

24	Wie lange müssen Ihre Patient*innen im Normalfall (d. h. kein Notfall) ungefähr auf einen Untersuchungstermin im MZEB warten?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	Kürzer als eine Woche
☐	1 - 2 Wochen
☐	3 - 4 Wochen
☐	Mindestens 1 bis maximal 2 Monate
☐	Mindestens 2 bis maximal 3 Monate
☐	Mindestens 3 bis maximal 4 Monate
☐	Mindestens 4 bis maximal 5 Monate
☐	Mindestens 5 bis maximal 6 Monate
☐	Länger als sechs Monate
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

25	Wie groß ist der Einzugsbereich Ihres MZEB?
<i>Bitte kreuzen Sie an, aus welcher Entfernung der Großteil der Patient*innen Ihres MZEB für eine Behandlung in Ihrem MZEB anreisen.</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	Weniger als 20 km
☐	Bis zu 50 km
☐	Bis zu 100 km
☐	Bis zu 200 km
☐	Bis zu 300 km
☐	Bis zu 400 km
☐	Bis zu 500 km
☐	Mehr als 500 km
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

26	Empfinden Sie die Ihrem MZEB zugrundeliegenden Zugangskriterien als angemessen?
<i>Damit sind die vertraglich festgelegten Zugangsvoraussetzungen (z. B. Diagnosen, Grad der Behinderung, etc.) gemeint, die Patient*innen erfüllen müssen, um in Ihrem MZEB behandelt werden zu können. Bitte geben Sie, auf einer Skala von "sehr unangemessen" bis "sehr angemessen" an, wie angemessen Sie diese empfinden.</i>	
<i>Filter: Frage 14 = Ja ermächtigtes MZEB & Behandlung begonnen</i>	
☐	sehr unangemessen
☐	unangemessen
☐	teils/teils
☐	angemessen
☐	sehr angemessen

Themenblock 5: Mitarbeitende des MZEB

Im Nachfolgenden werden Informationen zu der Anzahl und der fachlichen Zusammensetzung der Mitarbeitenden Ihres MZEB sowie zur Personalplanung und -akquise erhoben.

27	Wie viele Mitarbeitende sind derzeit in Ihrem MZEB angestellt?
<i>Damit sind alle aktuell in Ihrem MZEB angestellten Mitarbeitenden gemeint, d. h. Mitarbeitende, die mit dem MZEB ein Arbeitsverhältnis haben (Vollzeit und Teilzeit-Stellen). Bitte geben Sie die aktuelle Anzahl der Mitarbeitenden Ihres MZEB an. Beispiel: "4 Mitarbeitende".</i>	
[Freitext]	

28	Welche fachärztliche Richtung hat die ärztliche Leitung Ihres MZEB?
<i>Bitte geben Sie diese an.</i>	
[Freitext]	

29	Bitte geben Sie alle in Ihrem MZEB angestellten Professionen mit den entsprechenden Stellenanteilen (in Prozent) an.
<i>Beispiel: 1 Fachärztin mit Schwerpunkt Neurologie (100% Stelle), 1 Neurologe (80% Stelle), 1 Physiotherapeut (70% Stelle), 1 Ergotherapeut (50% Stelle), 1 medizinische Fachangestellte (100% Stelle).</i>	
[Freitext]	

Themenblock 6: Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden und Einrichtungen

Mit den nachfolgenden Fragen wird die Zusammenarbeit des MZEB mit Kooperationspartner*innen erfasst.

30	Verfügt Ihr MZEB über Kooperationen mit Leistungserbringenden (z. B. niedergelassene Hausärzt*innen, Fachärzt*innen) oder Institutionen (z. B. SPZ)?
<i>Kooperationspartner*innen haben keinen festen Arbeitsvertrag mit dem MZEB. Die Zusammenarbeit wird über Kooperationsvereinbarungen oder -verträge bzw. informelle Verabredungen geregelt. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
☐	Ja, es bestehen vertragliche Kooperationsvereinbarungen, d.h. vertraglich fixierte, formalisierte Vereinbarungen → <i>weiter zu Frage 31</i>
☐	Ja, es bestehen Kooperationen ohne Kooperationsvertrag, d. h. informelle Verabredungen ohne vertragliche Fixierung → <i>weiter zu Frage 31</i>
☐	Nein → <i>weiter zu Frage 33</i>
☐	Anderes, und zwar: [Freitext] → <i>weiter zu Frage 33</i>

31	Bitte geben Sie an, mit welchen Leistungserbringenden, Einrichtungen und Institutionen Ihr MZEB kooperiert.
<i>Bitte kreuzen Sie an, mit welchen der genannten Leistungserbringenden, Einrichtungen und Institutionen Ihr MZEB über Kooperationsverträge bzw. informelle Verabredungen zur Zusammenarbeit verfügt. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 30 = Ja ermächtigtes MZEB verfügt über Kooperationen</i>	
☐	Einrichtungen der Eingliederungshilfe
☐	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
☐	Fachverbände für Menschen mit Behinderung
☐	Krankenhaus
☐	Niedergelassene Heilmittelerbringende
☐	Niedergelassene Fachärzt*innen
☐	Öffentlicher Gesundheitsdienst
☐	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
☐	Selbsthilfegruppen
☐	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

32	Welche Erfahrungen haben Sie beim Finden von Kooperationspartner*innen bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen gemacht?
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
<i>Filter: Frage 30 = Ja ermächtigtes MZEB verfügt über Kooperationen</i>	
☐	Schwierigkeiten durch Fachkräftemangel, d. h. in der Region gibt es zu wenige Leistungserbringende (eines Fachgebietes).
☐	(Potenziellen) Kooperationspartner*innen mangelt es an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben kein Interesse an einer Zusammenarbeit bzw. zeigen keine Bereitschaft für die Weiterversorgung der Patient*innen des MZEB
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben keine Zeit für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen haben keine personellen Kapazitäten für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen lehnen eine Zusammenarbeit aufgrund mangelnder finanzieller Anreize bzw. einer unzureichenden Vergütung ab.
☐	Fehlende Barrierefreiheit der Räumlichkeiten bzw. Ausstattung der (potenziellen) Kooperationspartner*innen.
☐	(Potenzielle) Kooperationspartner*innen hegen Konkurrenzgedanken gegenüber MZEB (z. B. „MZEB nimmt die Patient*innen weg“).
☐	Kommunikation mit (potenziellen) Kooperationspartner*innen gestaltet sich schwierig (z. B. keine Rückfragen zum Behandlungsplan, keine Informationen zur Weiterversorgung).
☐	Therapieempfehlungen oder Behandlungspläne des MZEB werden nicht umgesetzt (z. B. da Budget nicht ausreichend, Infragestellen der Empfehlungen des MZEB).
☐	Es bestanden keine Herausforderungen oder Schwierigkeiten.
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]

Themenblock 7: Leistungsangebot Ihres MZEB

Mit den nachfolgenden Fragen wird das Leistungsangebot Ihres MZEB erfasst.

33	Über welche Versorgungsschwerpunkte verfügt Ihr MZEB?
<i>Unter einem Versorgungsschwerpunkt verstehen wir ein medizinisches Fachgebiet bzw. eine Gruppe von Erkrankungen, auf die Ihr MZEB spezialisiert ist und entsprechend ausgebildete Mitarbeitende zur Verfügung stehen hat. Bitte tragen Sie den/die Versorgungsschwerpunkt/e Ihres MZEB ein (bspw. contergangeschädigte Menschen, Spina bifida, Epilepsie).</i>	
[Freitext]	

34	Ist Ihr MZEB aufgrund von Regelungen im Ermächtigungsvertrag oder den Vergütungsvereinbarungen im Leistungsangebot eingeschränkt?
<i>Damit ist gemeint, dass z. B. Überweisungen oder Verordnungen nicht ausgestellt, Behandlungen nicht durchgeführt werden oder aufsuchende Tätigkeiten (d. h. mobile Leistungen im Wohn- oder Lebensumfeld der Patient*innen) nicht vergütet werden können. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. (Mehrfachnennungen möglich)</i>	
☐	Ja, keine Erlaubnis für Überweisung
☐	Ja, keine Erlaubnis für Verordnungen/Rezepte
☐	Ja, keine Erlaubnis für Behandlungen (reine Lotsen- bzw. Koordinatorenfunktion)
☐	Ja, keine aufsuchenden Leistungen im Wohn- und Arbeitsumfeld der Patient*innen möglich
☐	Ja, in einer anderen Hinsicht: [Freitext]
☐	Nein
☐	Kann nicht beantwortet werden

35	Bitte geben Sie an, welche der unten aufgeführten Leistungen Sie derzeit in Ihrem MZEB anbieten.	
<i>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.</i>		
	Ja	Nein
Aufsuchende (mobile) Leistungen im Wohn- und Beschäftigungsumfeld der Patient*innen	☐	☐
Fort- und Weiterbildungen für die Regelversorgung	☐	☐
Hilfsmittelsprechstunde	☐	☐
Soziale Beratung	☐	☐
Telefonsprechstunde	☐	☐
Therapieanbahnung und Behandlungserprobung	☐	☐
Transitionssprechstunde	☐	☐
Videosprechstunde	☐	☐
☐	Anderes, und zwar: [Freitext]	

Abschluss

36	Vielen Dank für Ihre Teilnahme!
<i>Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, haben Sie hier die Möglichkeit dazu. Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen und Ergänzungen.</i>	

Anlage 2: Leitfaden für Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen.....	2
2.1 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB	2
2.2 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten MZEB...	12
2.3 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von MZEB aller Etablierungsstände	25

Anlage 2: Leitfaden für Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen (Arbeitspaket 2 und 3: t0, t1, t2)

2.1 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von in Planung befindlichen MZEB, t0

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
1. Beginnen möchte ich mit <u>Fragen zu Ihrer Person und ihrer Verbindung zum MZEB</u>			
1.1 Wann und wie sind Sie zur medizinischen Arbeit mit Menschen mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen gekommen?	Haben Sie gezielt Ihre berufliche Karriere auf diese Zielgruppe ausgerichtet? Wenn ja wie?	Also z. B. Fortbildungen; explizite Behandlungsschwerpunkte; Wahlpflichtmodule im Studium z. B. eines Menschen mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen in der Familie Gab es familiäre oder persönliche Verbindungen? Haben Sie sich gezielt auf Stellen beworben?	Eisbrecher -> Einstieg ins Thema
1.2 Wann und wie haben Sie Ihre Tätigkeit im MZEB aufgenommen?	Wie wurden Sie auf das geplante / bestehende MZEB aufmerksam. Seit wann sind Sie involviert? Wie lief Ihre Einarbeitung ab? Gab es strukturelle Probleme? Welchen Herausforderungen waren Sie gestellt?	z. B. wurden Sie angesprochen? Haben Sie die Entstehung initiiert?	ggf. Fragen anpassen je nach Vorab Informationen über das MZEB und die Person etc...
2. Wir nähern uns thematisch dem MZEB im Folgenden möchte ich mehr über die <u>Entstehungsgeschichte des MZEB</u> erfahren.			

2.1 Können Sie den Planungsstand Ihres MZEB kurz beschreiben	Ist der Antrag schon gestellt worden? Was sind die nächsten Schritte	Wurde diesem zugestimmt?	
2.1 Umreißen Sie bitte kurz die Initiierung/ Gründung des MZEB.	Welche Akteur:innen waren beteiligt? War das MZEB „ein Herzensanliegen“ von jemandem? Wurde der Bedarf aktiv formuliert? Wenn ja, von wem? Wie würden Sie den Etablierungsstand Ihres MZEB bezeichnen? Welche vorhandenen Strukturen konnten genutzt werden? Haben die vorhandenen Strukturen die Einrichtung erschwert?	z. B. Der Träger; Jurist:innen z. B. von einem Fachverband Ggf. Welche Schritte sind als nächstes zu meistern? z. B. die einer Klinik oder einer Behinderteneinrichtung? z. B. barrierefreier Umbau schwer bzw. nicht möglich Ablehnung der Errichtung durch einzelne Bereiche?	(Schülle und Hornberg 2016) (strehler)
2.2 Bitte erläutern Sie uns, welche Faktoren die Initiierung beeinflusst haben / beeinflussen?	Welche förderlichen Faktoren gab es? Welche hinderlichen Faktoren gab es? Gab es (Einzel-Personen) die, die Initiierung vorangetrieben haben? Welche spezifischen Strukturen habe die Initiierung begünstigt? Welche Ressourcen waren bereits vorhanden? Musste Überzeugungsarbeit geleistet werden? Wenn ja; bei wem und wie konnte das gelingen? Wie konnten die Faktoren überwunden werden?	z. B. Angrenzung an eine Klinik z. B. medizinische Ausstattung; guter Kontakt zur Behindertenhilfe z. B. bei der angrenzenden Klinikleitung Konkretisierung der Zielgruppe an Hand von ICD-Diagnose (Schülle und Hornberg 2016)	

3. Im Folgenden möchten wir nun mehr über den Beantragungsprozess und die Verhandlungen mit der Krankenkasse sprechen

Wie verlief die Antragsstellung für Sie?

3.1 Können Sie uns von dem Beantragungsprozess und den Verhandlungen mit der Krankenversicherung berichten?	Wie lange hat der Prozess gedauert? Welche Anforderungen der Krankenkasse waren unproblematisch zu erfüllen? Welche Auflagen waren erst einmal schwierig umzusetzen? Gab es Unterstützung durch andere Instanzen?	Liegt die Genehmigung bereits vor? Ist die Genehmigung vorbehaltlich erteilt worden?
3.2 Waren/ Sind die Anforderungen der Krankenkasse immer transparent für Sie?	Welche Personen waren an den Verhandlungen beteiligt? Wenn ja, wie wurden Sie informiert? Wenn nein, was lief Ihrer Meinung verkehrt?	z. B. anderes MZEB ; die BAG MZEB; die KV (Kassenärztliche Vereinigung)? Hatten Sie rechtliche Beratung während des Prozesses? Gab es z. B. eine Checkliste Hatten Sie eine:n feste Ansprechpartner:in? Intransparenz der KV? Wechselnde Ansprechpersonen? z. B. Finanzierung war schnell gesichert und hat es vorangetrieben oder es hat lange gedauert bist die Finanzierung gesichert war. ausreichend / nicht ausreichend
3.3 Gab es schon Finanzierungsverhandlungen, wenn ja, Wie verliefen die Finanzierungsverhandlungen?	Welchen Einfluss hatte die Finanzierung auf die Etablierung? Können Sie Ihre Einschätzung zu den pauschalen Vergütungen der Krankenkasse abgeben? Wie schätzen Sie die Balance zwischen der Leistungsfähigkeit ihres MZEB, der wirtschaftlichen Betriebsführung, den Vergütungspauschalen und den Bedürfnissen der Patient:innen ein?	z. B. aufgrund von Wirtschaftlichkeitsaspekten können bestimmte Leistungen nicht erbracht werden.

	Können Sie uns die Finanzierungsmöglichkeiten/Mittel, die Ihnen zur Verfügung stehen, nennen?	Assessmentscheine, Quartalsscheine, Spenden
3.5 Welchen vertraglichen Auftrag haben Sie für Ihr MZEB verhandeln können?		Nur Diagnostik? Auch Behandlung? Nur Lotsenfunktion?
3.6 Was müsste Ihrer Meinung nach z. B. politisch geändert werden, um die Versorgung zu verbessern	§ 117 - § 120 SGB V z. B. Erweiterung Anspruchsberechtigte, Ausweitung der ICD-10-Kriterien, ggf. weitere finanzielle Unterstützung	Bessere Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen
4. Wir haben vielleicht schon über die <u>Ressourcenverfügbarkeit und das Personal des MZEB</u> gesprochen; wir möchten im Folgenden noch einmal das Augenmerk auf diesen Bereich legen.		
4.1 Welchen Einfluss hatte die vorhandene Infrastruktur auf die Etablierung des MZEB?	Gibt es bereits geeignete Räume? Wo muss noch nachgebessert werden? Können Synergieeffekte genutzt werden?	Wurden so Kosten minimiert? Ausstattung im MZEB (Geräte, etc.)? z. B.: durch Erfahrungen anderer Zentren Ihres Trägers Gibt es ein MZEB, mit dem Sie sich beratend austauschen könnten?
4.2 Können Sie schon von Maßnahmen die im Hinblick auf die Barrierefreiheit umgesetzt wurden.	Sind weitere Maßnahmen zur Umsetzung der Barrierefreiheit nötig?	Menschen mit einer Geh- oder Sehbehinderung (Handläufe an der Wand und Schilder mit Blindenschrift etc.), unterstützte Kommunikation
4.3 Können Sie mir berichten, ob und wie die Akquise und Einstellung/Einarbeitung des Personals ablief?	Gab es Unterschiede bei den einzelnen Professionen? Welche Erfahrungen in Bezug auf Menschen mit Behinderung brachten die Bewerber:innen mit?	z. B. Mangel an geeigneten Ärzten oder Physiotherapeuten? Zertifikat unterstützte Kommunikation ?

Wurden Ihre Mitarbeiter:innen bereits geschult, wenn ja, zu welchen Themen?	Konnten diese an den Kompetenzzentren in anderen MZEB nutzen?
Nach welchen Kriterien erfolgt die Einstellung des behandelnden medizinischen Fachpersonals?	oder Herzensangelegenheit; oder Sympathie
Wird darauf geachtet, dass sie bereits besondere Qualifikationen aufweisen?	
Wie wichtig sind Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?	Weg ebnen für geeignetes medizinisches Fachpersonal, Sensibilität ermöglichen? z. B. Minimierung durch Ausbildung, Fort- sowie Weiterbildungen? Werden Weiterbildungen seitens der MZEB gefördert?

5. Neben dem Personal vor Ort sind MZEB auf Kooperationspartner und Netzwerkstrukturen angewiesen. Die nächsten Fragen beziehen sich auf diesen Bereich.

5.1 Können Sie mir von den Kooperationsverhandlungen mit den extern benötigten Professionen oder Mitbehandler:innen berichten?	Wie reagierten die anderen Professionen auf Ihre Anfragen?	Wurden Sie oft abgewiesen? Unterstützten die Kooperationspartner:innen sie weitergehend? Wenn ja, wie? Gynäkologie; Augenheilkunde; HNO-Heilkunde; Urologie; Zahnmedizin; Orthopäde Einrichtungen der Eingliederungshilfe;
--	--	---

	Hilfsmittel/Sanitätshaus (interne GKV-Prüfung erforderlich) Orthopädietechniker/ -mechaniker (meister); Erbringer von Kranken- und Behindertentransportleistungen; Öffentlicher Gesundheitsdienst	
Waren die vertraglichen Verhandlungen schwierig? Wenn ja, warum? Wenn nein, was verlief gut?	z. B. Zusammenschlüsse von verschiedenen Trägern nicht erwünscht Waren alle Parteien zufrieden?	→ Aussage von Caritasverband Stuttgart ; die sich nicht am MZEB der Diakonie beteiligen durften
Konnten Sie im Aufbau des MZEB auf vorhandene Strukturen / Ressourcen der Kooperationspartner:innen zurückgreifen?	z. B. Orientierung an Konzepten; Rückgriff auf Erfahrungen	

Nun sind wir auch schon am Ende des ersten großen Themenblockes zur Entstehung des MZEB. Vielen Dank für Ihre bisherigen Antworten zur Entstehung und Etablierung des MZEB. Gerne können wir nun eine kurze Pause machen, bevor wir verstärkt auf die Barrieren in der medizinischen Versorgung im MZEB zu sprechen kommen.

6. Im Folgenden werden wir genauer auf den Zugangsweg zum MZEB eingehen.

6.1 Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad/den Weg der Bekanntmachung der MZEB?	Was bewerten Sie als gut/was könnte verbessert werden?	
	Welche Faktoren sind hilfreich für den ersten Kontaktaufbau und welche sind hinderlich?	Rechercheprozess (Internet, Überweisung, Information durch Einrichtung, Werkstätte,...)

6.2 Wie beurteilen Sie die vertraglich festgelegten Zugangskriterien?

Inwiefern entstehen dadurch die Gefahr einer Unterversorgungen von nichtzugangsberechtigten Patient:innen?

Sind die Zugangskriterien alltagsgerecht formuliert?

Sollten die Zugangskriterien breiter geöffnet werden?

Welche ICD 10-Diagnosen müssen neben dem Bestehen einer geistigen Behinderung zusätzlich vorliegen?

Welche Diagnosegruppen, welcher GdB, etc.?

7. Multiprofessionelle Zusammenarbeit /Transition

Innerhalb dieser Kategorie werden wir zunächst auf externe Kooperationen eingehen und anschließend Fragen zu den internen Professionen stellen.

Die Überweisung zum MZEB durch Haus- und Fachärzt:innen ist der erste Schritt und auch für die weitere Behandlung ist ein Kontakt zu anderem medizinischen Fachpersonal vorgesehen:

7.1 Wie verläuft Ihrer Meinung nach der Überweisungsprozess zu einem MZEB?

Was bewerten Sie als gut/was könnte verbessert werden?

7.2 Worin sehen Sie in dieser interdisziplinären Zusammenarbeit Vorteile/Verbesserungspotenzial?

z. B. breitere Expertise; Rückgriff auf andere Fachrichtungen

z. B. in der interdisziplinären Kommunikation

Welcher Mehrwert kann dadurch im Versorgungsprozess für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden?

8. MZEB stellen unter anderem die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen nach der Behandlung in einem SPZ mit Vollendung des 18. Lebensjahres sicher.

8.1 Wie wird der Übergang von Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin gestaltet? Welchen Beitrag leistet das MZEB?	Wie wird dieser Prozess unterstützt (z. B. Angebote)	z. B. Transitionssprechstunde?
	Welche Chancen und Herausforderungen gibt es in der Übergangsphase?	

9. Behandlungsphase/ Medizinische Versorgung

Nachdem der Aufnahmeprozess abgeschlossen ist, folgt die Behandlung im MZEB. Wenn die Patient:innen mit Ihnen in Kontakt getreten sind, wie genau wird weiter verfahren?“

9.1 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung durch MZEB für Menschen mit Behinderung?	Bedarfsgerechter Umfang?	(Versorgungsbedarf von Menschen mit schweren vs. Menschen mit leichter Behinderung)
	Wie erleben Sie den Versorgungsstand in Abhängigkeit der Schwere der Behinderung?	Regionale Unterschiede mit Beeinflussung der medizinische Versorgung erkennbar?
	Inwieweit sind hierbei Unterschiede zur Regelversorgung zu erkennen?	

10. Zeitliche Aspekte

10.1 Welche Faktoren sind bei der zeitlichen Planung einer Behandlung von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen?	Erfolgt die Behandlung immer nach einem genauen Ablaufplan?	Was sind Unterschiede zur Regelversorgung. Bedarfsgerechte Anpassung?
--	---	---

11. Sprachliche Barrieren können einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben und diesen erschweren.

15.1 Wie soll potenziellen Sprachbarrieren in Ihrem MZEB begegnet werden?	Stichwort: Fachpersonal mit Zusatzqualifikation (z. B. Dolmetscher:in)
	Inwieweit können mögliche Sprachbarrieren im Dialog zwischen Menschen mit Behinderung und dem

Fachpersonal entgegengewirkt werden?

Was muss Ihrer Meinung nach noch umgesetzt/eingeführt werden?

12. Gerne möchten wir nun auf die populationsbedingten Faktoren zu sprechen kommen. Hierbei beginnen wir mit den Faktoren der Patient:innen. In der Kommunikation und Interaktion mit Patient:innen, sind auch Faktoren, die die Patient:innen mitbringen von entscheidender Bedeutung.

12.1 Welche Rolle spielen bspw. Einkommen oder Versicherungsart (privat/gesetzlich)?

13. Wir kommen nun zu dem Thema „Strukturmerkmale/Ressourcen“. Hierbei möchten wir gerne zentrale Aspekte näher thematisieren.

13.1 Regionale Verteilung

13.1.1 Wie bewerten Sie die medizinische Versorgung hinsichtlich der regionalen Verteilung?

Inwiefern wird die Versorgung dadurch beeinflusst?
Welche nachhaltigen Auswirkungen hat dies auf die Versorgungsqualität?

Inwiefern werden Behandlungserfolge gehemmt (durch evtl. weite Anfahrtswege)?

13.2 Strukturelle Aspekte Versorgungslücke:

13.2.1 Bitte nennen Sie uns Ihre Einschätzung, ob durch MZEB die bisher beklagte Versorgungslücke geschlossen werden kann.

In welchen Bereichen gibt es Ihrer Meinung nach weiterhin Versorgungslücken
Wie könnte die Versorgungslücke weiter geschlossen werden?

14. Nun würden wir gerne noch kurz auf die Corona-Pandemie und die Auswirkungen in Ihrem MZEB eingehen.

14.1 Erzählen Sie uns bitte, inwieweit die Corona-Pandemie die Etablierung Ihres MZEB beeinflusst?

14.2 Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf den Zugang und die Inanspruchnahme in der medizinischen Versorgung?

Besteht die Gefahr negativer Auswirkungen in Bezug auf Behandlungserfolge?

15. Wir kommen nun zu unserem letzten Gesprächsthema. Hierbei möchten wir gerne mit Ihnen auf die zukünftige Entwicklung eingehen.

Zukunftsansicht

Wenn Sie an die Zukunft denken: Wie schätzen Sie die Entwicklung des Zugangs hinsichtlich der Etablierung/Initiierung und medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung ein?

Was sollte seitens der Politik sowie weiteren Stakeholdern (GKV, KV) hinsichtlich der Interessenslage erfolgen?

Haben Sie weitere Anregungen/Vorschläge zum Erhalt einer optimalen medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen? Gibt es etwas, was Sie anderen gerne noch mit auf den Weg geben möchten?

16. Schlussteil

Unsere letzte Frage ist, ob Sie noch etwas erzählen möchten, was noch nicht angesprochen wurde?

2.2 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von langjährig und kürzlich etablierten MZEB, t0

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
1. Beginnen möchte ich mit <u>Fragen zu Ihrer Person und ihrer Verbindung zum MZEB</u>			
1.1 Wann und wie sind Sie zur medizinischen Arbeit mit Menschen mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen gekommen?	Haben Sie gezielt Ihre berufliche Karriere auf diese Zielgruppe ausgerichtet? Wenn ja wie?	Also z. B. Fortbildungen; explizite Behandlungsschwerpunkte; Wahlpflichtmodule im Studium z. B. eines Menschen mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen in der Familie Gab es familiäre oder persönliche Verbindungen? Haben Sie sich gezielt auf Stellen beworben?	Eisbrecher -> Einstieg ins Thema
1.2 Offiziell gibt es das MZEB seit [...] Wie und wann haben Sie Ihre Tätigkeit im MZEB aufgenommen?	Wie wurden Sie auf das geplante / bestehende MZEB aufmerksam. Seit wann sind Sie involviert? Wie lief Ihre Einarbeitung ab? Gab es strukturelle Probleme? Welchen Herausforderungen waren Sie gestellt?	z. B. wurden Sie angesprochen? Haben Sie die Entstehung initiiert?	ggf. Fragen anpassen je nach Vorabinformationen über das MZEB und die Person etc...
2. Wir nähern uns thematisch dem MZEB im Folgenden möchte ich mehr über die <u>Entstehungsgeschichte des MZEB</u> erfahren.			
2.1 Umreißen Sie bitte kurz die Initiierung/ Gründung des MZEB.	Welche Akteur:innen waren beteiligt? War das MZEB „ein Herzensanliegen“ von jemandem? Wurde der Bedarf aktiv formuliert? Wenn ja, von wem? Wie würden Sie den Etablierungsstand Ihres MZEB bezeichnen?	z. B. Der Träger; Jurist:innen z. B. von einem Fachverband Ggf. Welche Schritte sind als nächstes zu meistern?	(Schülle und Hornberg 2016) (strehler)

	Welche vorhandenen Strukturen konnten genutzt werden?	z. B. die einer Klinik oder einer Behinderteneinrichtung?
	Haben die vorhandenen Strukturen die Einrichtung erschwert?	z. B. barrierefreier Umbau schwer bzw. nicht möglich Ablehnung der Errichtung durch einzelne Bereiche?
2.2 Bitte erläutern Sie uns, welche Faktoren die Initiierung beeinflusst haben?	Welche förderlichen Faktoren gab es? Welche hinderlichen Faktoren gab es? Gab es (Einzel-Personen) die, die Initiierung vorangetrieben haben? Welche spezifischen Strukturen habe die Initiierung begünstigt? Welche Ressourcen waren bereits vorhanden?	
	Musste Überzeugungsarbeit geleistet werden? Wenn ja; bei wem und wie konnte das gelingen? Wie konnten die Faktoren überwunden werden?	z. B. Angrenzung an eine Klinik z. B. medizinische Ausstattung; guter Kontakt zur Behindertenhilfe z. B. bei der angrenzenden Klinikleitung Konkretisierung der Zielgruppe an Hand von ICD-Diagnose (Schülle und Hornberg 2016)

3. Im Folgenden möchten wir nun mehr über den Beantragungsprozess und die Verhandlungen mit der Krankenkasse sprechen

3.1 Können Sie uns von dem Beantragungsprozess und den Verhandlungen mit der Krankenversicherung berichten?	Wie verlief die Antragsstellung für Sie? Wie lange hat der Prozess gedauert?	Liegt die Genehmigung bereits vor ? Ist die Genehmigung vorbehaltlich erteilt worden?
	Welche Anforderungen der Krankenkasse waren unproblematisch zu erfüllen? Welche Auflagen waren erst einmal schwierig umzusetzen? Gab es Unterstützung durch andere Instanzen?	
	Welche Personen waren an den Verhandlungen beteiligt?	z. B. anderes MZEB ; die BAG MZEB; die KV (Kassenärztliche Vereinigung)? Hatten Sie rechtliche Beratung während des Prozesses?
3.2 Waren/ Sind die Anforderungen der Krankenkasse immer transparent für Sie?	Wenn ja, wie wurden Sie informiert? Wenn nein, was lief Ihrer Meinung verkehrt?	Gab es z. B. eine Checkliste Hatten Sie eine:n feste Ansprechpartner:in? Intransparenz der KV? Wechselnde Ansprechpersonen?

3.3 Wie verliefen die Finanzierungsverhandlungen?	Welchen Einfluss hatte die Finanzierung auf die Etablierung?	z. B. Finanzierung war schnell gesichert und hat es vorangetrieben oder es hat lange gedauert bist die Finanzierung gesichert war. ausreichend / nicht ausreichend
	Können Sie Ihre Einschätzung zu den pauschalen Vergütungen der Krankenkasse abgeben?	
	Wie konnten Sie eine Balance zwischen der Leistungsfähigkeit ihres MZEB, der wirtschaftlichen Betriebsführung, den Vergütungspauschalen und den Bedürfnissen der Patient:innen finden?	z. B. aufgrund von Wirtschaftlichkeitsaspekten können bestimmte Leistungen nicht erbracht werden.
3.4 Wie sind die Leistungen im MZEB aus finanzieller Sicht abgedeckt?	Können Sie uns die Finanzierungsmöglichkeiten/Mittel, die Ihnen zur Verfügung stehen, nennen?	Assessmentscheine, Quartalsscheine, Spenden
	Gibt es Schwierigkeiten mit der Finanzierung vonseiten der MZEB, aber auch vonseiten der Patient:innen?	Verbesserungsvorschläge? (Gelder für MZEB, Selbstzahlungen Patient:innen)
3.5 Welchen vertraglichen Auftrag haben Sie für Ihr MZEB verhandeln können?		Nur Diagnostik? Auch Behandlung? Nur Lotsenfunktion?
3.6 Was müsste Ihrer Meinung nach z. B. politisch geändert werden, um die Versorgung zu verbessern	§ 117 - § 120 SGB V z. B. Erweiterung Anspruchsberechtigte, Ausweitung der ICD-10-Kriterien, ggf. weitere finanzielle Unterstützung	Bessere Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen

4. Wir haben vielleicht schon über die Ressourcenverfügbarkeit und das Personal des MZEB gesprochen; wir möchten im Folgenden noch einmal das Augenmerk auf diesen Bereich legen.

4.1 Welchen Einfluss hatte die vorhandene	Gab es bereits geeignete Räume? Wo musste nachgebessert werden?	Wurden so Kosten minimiert? Ausstattung im MZEB (Geräte, etc.)?
---	---	---

Infrastruktur auf die Etablierung des MZEB?	Konnten Synergieeffekte genutzt werden?	z. B.: durch Erfahrungen anderer Zentren Ihres Trägers Gibt es ein MZEB, mit dem Sie sich beratend austauschen könnten?
4.2 Erzählen Sie uns bitte etwas zu Ihren umgesetzten Maßnahmen im Hinblick auf die Barrierefreiheit.	Sind weitere Maßnahmen zur Einhaltung der Barrierefreiheit nötig?	Menschen mit einer Geh- oder Sehbehinderung (Handläufe an der Wand und Schilder mit Blindenschrift etc.), unterstützte Kommunikation
4.3 Können Sie mir berichten, wie die Akquise und Einstellung/Einarbeitung des Personals ablief?	Gab es Unterschiede bei den einzelnen Professionen? Welche Erfahrungen in Bezug auf Menschen mit Behinderung brachten die Bewerber:innen mit? Wurden Ihre Mitarbeiter:innen vor Beginn der Tätigkeit geschult, wenn ja, zu welchen Themen? Nach welchen Kriterien erfolgt die Einstellung des behandelnden medizinischen Fachpersonals? Wird darauf geachtet, dass sie bereits besondere Qualifikationen aufweisen? Wie wichtig sind Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bei	z. B. Mangel an geeigneten Ärzten oder Physiotherapeuten? Zertifikat unterstützte Kommunikation ? Konnten diese an den Kompetenzzentren in anderen MZEB nutzen? oder Herzensangelegenheit; oder Sympathie Weg ebnen für geeignetes medizinisches Fachpersonal, Sensibilität ermöglichen?

der Inanspruchnahme
medizinischer Leistungen?

z. B. Minimierung durch
Ausbildung, Fort- sowie
Weiterbildungen?
Werden Weiterbildungen
seitens der MZEB gefördert?

5. Neben dem Personal vor Ort sind MZEB auf Kooperationspartner und Netzwerkstrukturen angewiesen. Die nächsten Fragen beziehen sich auf diesen Bereich.

5.1 Können Sie mir von den
Kooperationsverhandlungen
mit den extern benötigten
Professionen oder
Mitbehandler:innen
berichten?

Wie reagierten die anderen
Professionen auf Ihre Anfragen?

Wurden Sie oft abgewiesen?
Unterstützten die
Kooperationspartner:innen sie
weitergehend? Wenn ja, wie?
Gynäkologie; Augenheilkunde;
HNO-Heilkunde; Urologie;
Zahnmedizin; Orthopäde

Einrichtungen der
Eingliederungshilfe;
Hilfsmittel/Sanitätshaus
(interne GKV-Prüfung
erforderlich)
Orthopädietechniker/ -
mechaniker (meister);
Erbringer von Kranken- und
Behindertentransportleistungen;
Öffentlicher
Gesundheitsdienst

Waren die vertraglichen
Verhandlungen schwierig? Wenn
ja, warum? Wenn nein, was
verlief gut?

z. B. Zusammenschlüsse von
verschiedenen Trägern nicht
erwünscht
Waren alle Parteien zufrieden?

→ Aussage von Caritasverband Stuttgart ; die
sich nicht am MZEB der Diakonie beteiligen
durften

Konnten Sie im Aufbau des MZEB auf vorhandene Strukturen / Ressourcen der Kooperationspartner:innen zurückgreifen?	z. B. Orientierung an Konzepten; Rückgriff auf Erfahrungen
--	--

6. Nun möchte ich noch von Ihnen erfahren wie der Start des MZEB verlief.

6.1 Können Sie mir berichten, wie die ersten Patient:innen zu Ihnen kamen und der Start in Ihrem MZEB verlief?	Hatten Sie schnell erste Patient:innen-Anfragen? Haben die Haus und Fachärzte direkt mit den Überweisungen begonnen? Gibt es Akteur:innen, die Sie in Ihrer Arbeit unterstützen?	z. B. Behindertenverbände? Oder Hausärzt:innen
6.2 Welche Aspekte haben von Anfang an gut geklappt, an welchen Stellen musste Sie ad-hoc nachbessern?	Wie schätzen Sie die internen Abläufe ein? War die Ausstattung ausreichend? Welche unvorhergesehenen Kosten gab es?	z. B. Konzepte und Verträge anpassen z. B. mehr oder andere Beschilderung Medizinische Geräte die fehlten?

Nun sind wir auch schon am Ende des ersten großen Themenblockes zur Entstehung des MZEB.

Vielen Dank für Ihre bisherigen Antworten zur Entstehung und Etablierung des MZEB. Gerne können wir nun eine kurze Pause machen, bevor wir verstärkt auf die Barrieren in der medizinischen Versorgung im MZEB zu sprechen kommen.

7. Im Folgenden werden wir genauer auf den Zugangsweg zum MZEB eingehen.

7.1 Wie werden Patient:innen/Angehörige auf Sie aufmerksam?	Wie erfolgt der Erstkontakt der Patient:innen in Ihr MZEB? Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad/den Weg der Bekanntmachung der MZEB?	Was bewerten Sie als gut/was könnte verbessert werden?
---	--	--

	Welche Faktoren sind hilfreich für den ersten Kontaktaufbau und welche sind hinderlich?	Rechercheprozess (Internet, Überweisung, Information durch Einrichtung, Werkstätte,...)
		Sind die Zugangskriterien alltagsgerecht formuliert?
7.2 Wie beurteilen Sie die vertraglich festgelegten Zugangskriterien?	Inwiefern entstehen dadurch die Gefahr einer Unterversorgungen von nichtzugangsberechtigten Patient:innen?	Sollten die Zugangskriterien breiter geöffnet werden?
		Welche ICD 10-Diagnosen müssen neben dem Bestehen einer geistigen Behinderung zusätzlich vorliegen?
		Welche Diagnosegruppen, welcher GdB, etc.?

8. Multiprofessionelle

Zusammenarbeit /Transition

Innerhalb dieser Kategorie werden wir zunächst auf externe Kooperationen eingehen und anschließend Fragen zu den internen Professionen stellen.

Die Überweisung zum MZEB durch Haus- und Fachärzt:innen ist der erste Schritt und auch für die weitere Behandlung ist ein Kontakt zu anderem medizinischen Fachpersonal vorgesehen:

8.1 Wie verläuft Ihrer Meinung nach der Überweisungsprozess zu einem MZEB?	Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad/den Weg der Bekanntmachung der MZEB bei den niedergelassenen Ärzt:innen?	Was bewerten Sie als gut/was könnte verbessert werden?
8.2 Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit weiterem Leitungspersonal/ medizinischem Fachpersonal anderer Gesundheitseinrichtungen	Worin sehen Sie in dieser interdisziplinären Zusammenarbeit Vorteile/Verbesserungspotenzial?	z. B. breitere Expertise; Rückgriff auf andere Fachrichtungen
	Welcher Mehrwert kann dadurch im Versorgungsprozess für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden?	z. B. in der interdisziplinären Kommunikation

(z. B. Krankenhaus,...)
beschreiben?

Welche fördernden und hemmenden Faktoren lassen sich in der
Zusammenarbeit beobachten?

z. B. Bekanntheitsgrad Ihres MZEB sowie
geschultes und qualifiziertes medizinisches
Personal?

Was würden Sie wie verbessern?

(z. B. bei seltenen oder sehr
schwerwiegenden Erkrankungen)?

9. Eine Zusammenarbeit mit weiteren Professionen innerhalb sowie außerhalb des MZEB ist wichtig für den weiteren Versorgungsprozess.

9.1 Bitte erzählen Sie uns
von der Vernetzung Ihres
MZEB, um z. B. an
Spezialist:innen zu
verweisen.

Wie gestaltet sich die Überweisung an weitere Fachärzt:innen bzw.
Krankenhäuser/Gesundheitseinrichtungen?

Bestehen hierbei Schwierigkeiten?

10. MZEB stellen unter anderem die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen nach der Behandlung in einem SPZ mit Vollendung des 18. Lebensjahres sicher.

10.1 Wie wird der Übergang
von Jugendlichen in die
Erwachsenenmedizin
gestaltet? Welchen Beitrag
leistet das MZEB?

Wie wird dieser Prozess unterstützt (z. B. Angebote)

z. B. Transitionssprechstunde?

Welche Chancen und Herausforderungen gibt es in der
Übergangsphase?

Eventuell von einem Beispiel eines
gelungenen Übergangs berichten?

11. Im Folgenden möchten wir gerne auf die Aufnahme/den Behandlungsverlauf sowie die Behandlungsphase eingehen und diese näher beleuchten.

11.1 Wenn die
Patient:innen mit Ihnen in
Kontakt getreten sind, wie
genau geht es dann weiter?

Was müsste verbessert werden? Welche Schwierigkeiten treten
hier auf?

Wie läuft die Klärung der Anfrage ab?

Welche Abläufe/Maßnahmen helfen dabei, die eigentliche
Behandlungsphase optimal zu gestalten?

Gelingen diese immer reibungslos oder
entstehen Problematiken? Was müsste hier
passieren, damit dieser Schritt reibungslos
verläuft?

Welche Stärken und Schwächen haben
Aufnahmebogen/Behandlungsvertrag/ die Einwilligungserklärung?

12. Behandlungsphase/ Medizinische Versorgung

Nachdem der Aufnahmeprozess abgeschlossen ist, folgt die Behandlung im MZEB. Wenn die Patient:innen mit Ihnen in Kontakt getreten sind, wie genau wird weiter verfahren?“

12.1 Können Sie uns den weiteren Behandlungsablauf kurz erläutern?	Können Sie uns bitte beschreiben, welche Schritte in dem aktuellen Ablauf beibehalten bzw. verbessert werden sollten? Was ist der Grund, weshalb die MZEB teilweise eine Diagnose- bzw. Lotsenfunktion einnehmen und nicht behandeln dürfen? Bedarfsgerechter Umfang?	
12.2 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung durch MZEB für Menschen mit Behinderung?	Wie erleben Sie den Versorgungsstand in Abhängigkeit der Schwere der Behinderung? Inwieweit sind hierbei Unterschiede zur Regelversorgung zu erkennen?	(Versorgungsbedarf von Menschen mit schweren vs. Menschen mit leichter Behinderung) Regionale Unterschiede mit Beeinflussung der medizinische Versorgung erkennbar?

13. Zeitliche Aspekte

13.1 Welche Faktoren sind bei der zeitlichen Planung einer Behandlung von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen?	Erfolgt die Behandlung immer nach einem genauen Ablaufplan? Können Sie die Faktoren ausreichend berücksichtigen?	Was sind Unterschiede zur Regelversorgung. Bedarfsgerechte Anpassung? Wie verläuft die Terminplanung? Puffer setzen?
--	---	--

14. Zudem möchten wir gerne erfahren, was nach der Behandlung hier vor Ort passiert und welchen Einfluss dies auf den Behandlungserfolg hat

14.1 Welche förderlichen/ hinderlichen Faktoren bestehen im Zugang zu und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung im MZEB?	Wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?	z. B. Begleitpersonen; Wohnort des/der Patient:in
---	--	---

14.2 Wie wird die Rücküberweisung ins Regelversorgungssystem gestaltet?

Welche niedergelassenen Ärzt:innen können Sie gut erreichen; bei welchen Fachrichtungen haben Sie noch Probleme?

15. Sprachliche Barrieren können einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben und diesen erschweren.

15.1 Wie kommunizieren Sie mit den Patient:innen in Ihrem MZEB?

Wie begegnen Sie potenziellen Sprachbarrieren?

Stichwort: Fachpersonal mit Zusatzqualifikation (z. B. Dolmetscher:in)

Inwieweit können mögliche Sprachbarrieren im Dialog zwischen Menschen mit Behinderung und dem Fachpersonal entgegengewirkt werden?

Was muss Ihrer Meinung nach noch umgesetzt/eingeführt werden?

Bitte berichten Sie uns, wenn möglich, von einer Situation, die mit sprachlichen Schwierigkeiten verbunden war.

Umgang mit Herausforderungen in der Kommunikation/Kommunikationsbarrieren/
Wie wird auch in medizinisch schwierigen Situationen (z. B. Notfällen) sichergestellt, dass Patient:innen alles verstehen?
Häufigkeit sprachlicher Barrieren
Angebot möglicher Schulungen?
Anwendung bestimmter Maßnahmen: z. B. Austausch in Leichter Sprache (z. B. Infomaterialien und Dokumente?)

15.2 Im Bereich der Kommunikation und Interaktion mit Klient*innen: Welche Herausforderungen nehmen Sie bei der medizinischen Versorgung wahr?

Auswirkungen und Lösung/Begegnung des Problems?

16. Gerne möchten wir nun auf die populationsbedingten Faktoren zu sprechen kommen. Hierbei beginnen wir mit den Faktoren der Patient:innen. In der Kommunikation und Interaktion mit Patient:innen, sind auch Faktoren, die die Patient:innen mitbringen von entscheidender Bedeutung.

16.1 Welche patient:innenbezogenen Faktoren haben Ihrer Meinung nach einen Einfluss auf die medizinische Versorgung?

Welche Maßnahmen ergreifen sie, um diesen zu begegnen?

 Was klappt gut was klappt schlecht?

Welche Rolle spielen bspw. Einkommen oder Versicherungsart (privat/gesetzlich)?
 Wie können daraus resultierenden Herausforderungen begegnet werden?

17. Wir kommen nun zu dem Thema „Strukturmerkmale/Ressourcen“. Hierbei möchten wir gerne zentrale Aspekte näher thematisieren.

17.1 Regionale Verteilung

17.1.1 Wie bewerten Sie die medizinische Versorgung hinsichtlich der regionalen Verteilung?

Auch in Bezug zu den städtischen sowie ländlich verorteten MZEB?
 Inwiefern wird die Versorgung dadurch beeinflusst?
 Welche nachhaltigen Auswirkungen hat dies auf die Versorgungsqualität?

Inwiefern werden Behandlungserfolge gehemmt (durch evtl. weite Anfahrtswege)?

17.2 Ausstattung

Zur Sicherstellung der Versorgung bedarf es verschiedener Ressourcen, daher interessieren wir uns für die Ausstattung in Ihrem MZEB.

17.2.1 Wie ist die Ressourcenverfügbarkeit in Ihrem MZEB?

Bei einem bestehenden Mangel: Mit welchen Maßnahmen kann diesem entgegengewirkt werden?

Fachkräftemangel (speziell ausgebildetes Personal schwieriger zu beziehen)?
 Kostendeckend?

Welche Materialien/Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihren Mitarbeiter:innen ggf. den Arbeitsalltag im Versorgungsprozess zu erleichtern (sie darin zu unterstützen)?
 Bitte erzählen Sie uns, ob Sie spezielle Ausstattungsgegenstände, angepasst an die Bedarfe der Menschen mit Behinderung, benötigen?

z. B. Lifter
 Inwieweit werden sie genutzt?

z. B. bestimmte Pflegestühle

17.3 Strukturelle Aspekte Versorgungslücke:

17.3.1 Bitte nennen Sie uns Ihre Einschätzung, ob durch MZEB die bisher beklagte Versorgungslücke geschlossen werden kann.

In welchen Bereichen gibt es Ihrer Meinung nach weiterhin Versorgungslücken
 Wie könnte die Versorgungslücke weiter geschlossen werden?

18. Nun würden wir gerne noch kurz auf die Corona-Pandemie und die Auswirkungen in Ihrem MZEB eingehen.

18.1 Erzählen Sie uns bitte, inwieweit die Corona-Pandemie die Etablierung Ihres MZEB beeinflusst?	z. B. wie wurde auf Anfragen von neuen Patient:innen reagiert?	
18.2 Inwieweit werden die finanziellen Vergütungen der MZEB beeinflusst?	Ist die Krankenkasse den Forderungen von Gesundheitsminister Jens Spahn nachgekommen und hat die Vergütungsverträge angepasst? (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung 22.06.2020)	
18.3 Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf den Zugang und die Inanspruchnahme in der medizinischen Versorgung?	Besteht die Gefahr negativer Auswirkungen in Bezug auf Behandlungserfolge?	
18.4 Bitte erzählen Sie uns, ob die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen beeinflusst wird.	Inwieweit hat dies Auswirkungen auf die anspruchsberechtigten Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige?	z. B. durch Schließungen, Homeoffice oder veränderte Öffnungszeiten

19. Wir kommen nun zu unserem letzten Gesprächsthema. Hierbei möchten wir gerne mit Ihnen auf die zukünftige Entwicklung eingehen.

Zukunftsansicht

Wenn Sie an die Zukunft denken: Wie schätzen Sie die Entwicklung des Zugangs hinsichtlich der Etablierung/Initiierung und medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung ein?	Was sollte seitens der Politik sowie weiteren Stakeholdern (GKV, KV) hinsichtlich der Interessenslage erfolgen?	Haben Sie weitere Anregungen/Vorschläge zum Erhalt einer optimalen medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen? Gibt es etwas, was Sie anderen gerne noch mit auf den Weg geben möchten?
--	---	---

20. Schlussteil

Unsere letzte Frage ist, ob Sie noch etwas erzählen

möchten, was noch nicht
angesprochen wurde?

2.3 Leitfaden für MZEB-Leitungspersonen von MZEB aller Etablierungsstände, t1 (langjährig und kürzlich etablierte MZEB) bzw. t2 (in Planung befindliche MZEB)

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte	Nachfragen, Beispiele	Notizen
Wie bereits eingangs kurz erläutert, gilt mein Erkenntnisinteresse den Barrieren im Etablierungsprozess. Wobei der weit gefasste Begriff „Etablierungsprozess“ sehr unterschiedliche Aspekte beinhaltet, beispielsweise den Ermächtigungsantrag, die Bedarfsanalyse, die Verhandlungen mit Kostenträgern sowie die Beschaffung verschiedener Ressourcen wie beispielsweise barrierefreie Räumlichkeiten oder die Akquise des Personals. Zu Beginn möchte ich Sie deshalb einmal bitten zu beschreiben...			
„Eisbrecher-Frage“ zum Einstieg, eher narrative Erzählaufforderung			
...wo sehen Sie sich aktuell in Ihrem Etablierungsprozess? Welche Entwicklungen hat das MZEB seit dem letzten Interview durchlaufen?	An welchen Stellen begegnen Ihnen gerade Herausforderungen? Was funktioniert gerade gut? Welche weiteren Schritte haben Sie kurz- bis mittelfristig geplant, um die Etablierung erfolgreich zu gestalten?	z.B (erneuter) Antrag Ermächtigung (weitere) Verhandlungen mit Kostenträgern Juristische Schritte	
Innovation: Design Methodenintegration (Kelle & Erzberger, 2017): Vergleich qualitativ – quantitativ – weiterführende Erkenntnisse			
Wenn Sie auf einer Skala von 1-10 angeben könnten, wobei 1 noch in der Planung befindlich bedeutet und 10 der Prozess der Etablierung ist abgeschlossen, an welchem Punkt stehen Sie gerade?	Womit würden Sie den Etablierungsstatus begründen?		
Process: Reflecting & Evaluating			

Wenn der Prozess abgeschlossen ist... ODER Der Prozess ist aus Ihrer Sicht noch nicht abgeschlossen...	An welchen Kriterien können Sie dies erkennen? Woran messen Sie dies?	Welche Ziele hatten Sie sich gesetzt, um das MZEB als erfolgreich etabliert einzuschätzen? Wer beurteilt eine erfolgreiche Etablierung? Z. B. eigenständiges wirtschaftliches Arbeiten Welche Informationen, Ressourcen, Strukturen etc.	
	Welche Kriterien würden Sie zugrunde legen, um das Fazit zu ziehen, dass die Etablierung erfolgreich war? Was fehlt noch, um die Etablierung erfolgreich abzuschließen?		
Innovation Source: Adaptability			
Inwiefern glauben Sie, ist es möglich, dass der deutschlandweite Etablierungsprozess von MZEB vollständig abgeschlossen sein kann?	Inwiefern denken Sie, dass eine flächendeckende und somit wohnortnahe Etablierung von MZEB sinnvoll sein könnte? Welche Argumente würden Sie für (hoch)spezialisierte und eher dezentrale MZEB vorbringen? Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren spielen hier eine Rolle?	Wie begründen Sie Ihre Einschätzung? Wenn nicht in naher Zukunft, wann dann?	
Outer Setting: Local Conditions			

Die Anzahl und Lage von MZEB in Deutschland ist regional eher ungleich verteilt.	Welche regionalen Gegebenheiten waren für die Etablierung Ihres MZEB eher förderlich? Weshalb haben Sie sich dazu entschieden, Ihr MZEB genau hier zu eröffnen? Welche eher hinderlich?	z. B. Flächenland vs. Dichtbesiedelt Stadt/Land SPZ/großer Träger z. B. allgemeine Aussagen zu KV/GKV	
Innovation: Complexity (via Outer Setting)			
Wenn Sie an die Verhandlungen mit den Krankenkassen denken, was war/ist dort die größte Herausforderung?	Wie schätzen Sie die Prozesstransparenz ein? Wie nachvollziehbar ist Ihre Fallpauschale? Welche Alternativen zur Abrechnung per Fallpauschale halten Sie für sinnvoll?	Anzahl/Abstand Termine, Dauer insgesamt, Verhandlungsrunden, Kommunikation, Vergütung auch für strukturelle Faktoren (Umbaumaßnahmen)	
	Inwiefern würden Sie sich eine Vereinheitlichung der Fallpauschalen wünschen? Von wem haben Sie Unterstützung erhalten/von wem hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?		
Wenn Sie an die Antragstellung zur Ermächtigung denken, was war/ist dort die größte Herausforderung?	Wie schätzen Sie die Prozesstransparenz ein? Wie herausfordernd war die Erstellung eines Konzeptes für Sie? Von wem haben Sie Unterstützung erhalten/von wem hätten Sie sich Unterstützung gewünscht?	Anzahl/Abstand Termine, Dauer Bedarfsprüfung, Kommunikation	
Outer Setting: Partnerships & Connections/ Inner Setting: Relational Connections/Communications/ Roles/Characteristics			

Einige in Planung befindliche MZEB haben den Etablierungsprozess allein beschritten, andere haben sich beispielsweise von externen Anwält*innen oder der Geschäftsführung des Trägers unterstützen lassen.	Wie haben Sie diesen Prozess gestaltet? Welche Kompetenzen oder persönlichen Attribute würden Sie den Initiator*innen von MZEB zuschreiben? Welche (weiteren) Instanzen sollten zur Unterstützung in diesem Prozess hinzugezogen werden?	Intrinsische Motivation, Durchhaltevermögen, Lernbereitschaft	
Innovation: Design + Innovation: Complexity			
Aus der Literatur kann abgeleitet werden, dass die Etablierung von MZEB als komplex gilt. Damit ist gemeint, dass ... Wie würden Sie diese Erläuterungen einschätzen?	- Beantragungsprozess - Verhandlungen Für wie eindeutig halten Sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen? Inwiefern würden Sie sich eine detailliertere Ausgestaltung durch den Gesetzgeber wünschen?	Komplexität = Die Etablierung ist kompliziert, was den Umfang und oder die Art und Anzahl der Schritte und Beziehungsgefüge angeht.	
	Welche Vorteile ergeben sich aus einer derart offenen Formulierung?		
Wenn sie auf einer Skala von 1-10 angeben könnten, für wie komplex Sie den Etablierungsprozess Ihres MZEB einschätzen, wobei 1 gar nicht komplex und 10 sehr komplex bedeutet, welche Ziffer würden Sie angeben?			
Nun noch zwei abschließende Fragen zum Etablierungsprozess, bevor meine Kollegin mit dem Thema der medizinischen Versorgung in MZEB das Wort übernimmt.			
Process: Tailoring Strategies			

Wenn Sie mit Ihrem heutigen Erkenntnisstand und Erfahrungsschatz nochmal ein MZEB gründen würden... Was würden Sie Kolleg*innen raten, die ein MZEB eröffnen möchten?	Was würden Sie genauso machen? Welche Prozessschritte würden Sie ändern? Inwiefern denken Sie, ist es möglich, den Prozessablauf planbarer zu gestalten?	Standardisierung/Strukturierung des Etablierungsprozesses Welche Akteur*innen sollten hier in der Verantwortung stehen?	
---	---	---	--

Gerne übernehme ich nun die Interview-Moderation und möchte mit Ihnen heute, anknüpfend an die umfangreichen Interviews im vergangenen Jahr, über den Zugang und die medizinische Versorgung im MZEB sowie über die Bedarfe und Zukunftswünsche von MZEB sprechen. Gerne würde ich mich zunächst dem Thema „Erreichbarkeit und Zugang zum MZEB“ widmen. (→ 2. Zugang zum MZEB)

Wie schätzen Sie die Erreichbarkeit Ihres MZEB für Ihre Patient*innen ein?	Können Sie bitte beschreiben, wie groß das Einzugsgebiet Ihres MZEB ist? Können Sie uns bitte erzählen, wie lange Patient*innen nach Kontaktaufnahme auf einen Termin in Ihrem MZEB warten? Bieten Sie niedrigschwellige Angebote des MZEB im Wohn- und Arbeitsumfeld der Patient*innen an? Hinsichtlich der Erreichbarkeit, interessiert mich noch: Welche Personen haben es schwer, Ihr MZEB zu erreichen? Sind es eher Personen die... ...in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe leben ...die keinen (engagierten) Hausarzt haben, oder ...die nicht vernetzte oder ältere Angehörige haben?	Können Sie uns beschreiben, warum Patient*innen teilweise einen langen Weg auf sich nehmen, um im MZEB vorstellig zu werden? Warum kommt es zu langen Wartezeiten für einen Termin in Ihrem MZEB?	
Hat sich seit unseren letzten Gesprächen etwas an den Zugangsvoraussetzungen Ihres MZEB verändert? Wenn ja, was?	Falls ja: Was würden Sie anderen MZEB empfehlen, falls diese ebenfalls Zugangsvoraussetzungen anpassen / verändern wollen? Erachten Sie die bundesweit einheitlichen Zugangskriterien als sinnvoll oder sollten Ihrer Meinung nach die Zugangskriterien gänzlich abgeschafft werden? (bspw. durch Bedarfseinschätzung des MZEB-Personals)	Wie sollten Ihrer Meinung nach, die Zugangskriterien verändert, bzw. angepasst werden? Wie beurteilen Sie die Zugangskriterien Ihres MZEB?	

Vielen Dank. Nun kommen wir bereits zum zweiten Themenblock, also zur **medizinischen Versorgung im MZEB**. Da die medizinische Versorgung eines MZEB durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird, möchte ich im folgendem Abschnitt gern über die, in Ihrem MZEB zur Verfügung stehenden

Ressourcen, über das Leistungsangebot ihres MZEB und über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sowie niedergelassenen Ärzt*innen und Behandler*innen, sprechen. Gerne möchte ich als erstes auf die Ressourcen Ihrer Einrichtung eingehen, beginnend mit den Personalressourcen ihres MZEB, folgend mit den zeitlichen und finanziellen Ressourcen.

Personal des MZEB

Im Rahmen der letzten Interviews haben wir erfahren, dass die geringen Stellenanteile des MZEB-Personals manchmal zu Schwierigkeiten bspw. bei Krankheitsausfällen und bei der Terminkoordination führen. Wie gehen Sie in Ihrem MZEB mit dieser Problematik (geringe Stellenanteile) um?	Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus Beschäftigungsverhältnissen mit kleinen Stellenanteilen? (z. B. Planungsunsicherheiten, Personalgewinnung). Falls ihr MZEB an eine andere Einrichtung angebunden ist, ist es Ihnen möglich auf die personellen Ressourcen des KH/SPZ/Einrichtung zuzugreifen? Wenn ja, wie gestaltet sich die Bereitschaft des Personals im MZEB mitzuarbeiten?	Wären digitale Tools zur Terminkoordination hilfreich? Können Sie beschreiben, ob die kurze Ermächtigungsdauer die Personalsituation ihres MZEB beeinflusst? (z. B. durch befristete Verträge)	
--	---	---	--

Zeitliche Ressourcen des MZEB:

Aus vorherigen Interviews geht hervor, dass Zeit eine elementare Ressource im MZEB ist. Dabei konnten wir den Interviews entnehmen, dass häufig zwar ausreichend Zeit für die Patient*innen- Termine zur Verfügung steht, allerdings darüber hinaus zu wenig Zeit für bspw. Dokumentation, die Vor- und Nachbereitung der Termine bleibt. Können Sie uns bitte erzählen, wie Sie die zeitlichen Ressourcen in Ihrem MZEB einschätzen?	Wie empfinden Sie den Dokumentationsaufwand in Ihrem MZEB? Was würde Ihnen helfen, um das Personal zeitlich zu entlasten? Bestehen in Ihrem MZEB zeitliche Ressourcen für die Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden und für die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen? (z. B. Austauschforum?)	Würden digitale Anwendungen den Dokumentationsaufwand minimieren? Was müssten sie enthalten? Welche Ideen zur Optimierung von Anmelde- bzw. Anamnesebogen haben Sie, um den Dokumentationsaufwand zu verringern und trotzdem relevante Informationen zu erhalten?	
--	---	--	--

Finanzielle Situation der MZEB:			
In der Literatur wird darauf verwiesen, dass MZEB teilweise Schwierigkeiten haben, kostendeckend zu arbeiten. Können Sie uns Ihre Einschätzung zur	Welche Leistungen des MZEB werden nicht vergütet?	Welche Anpassungen in der Vergütung würden Sie sich hierfür wünschen?	
Vergütung der medizinischen Versorgung in Ihrem MZEB geben?	Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, damit Ihr MZEB wirtschaftlich kostendeckend arbeiten könnte? Können Sie uns erzählen, ob bei der Vergütung neben medizinischen Versorgungsleistungen auch andere Arbeiten des MZEB berücksichtigt werden?	Welcher zeitliche Mehraufwand wird Ihnen vergütet? (z. B. regionale Vernetzung mit anderen Einrichtungen, Fort- und Weiterbildung der Regelversorgung)	
Vielen Dank für die ausführlichen Informationen zu den Ressourcen ihres MZEB. Ich würde nun gerne auf das <u>Leistungsangebot</u> und den <u>Ablauf der Leistungen</u> in Ihrem MZEB eingehen.			
Aktuelle Herausforderungen:			
Dazu möchte ich Sie bitten, uns ganz allgemein von den aktuellen Herausforderungen bei der Versorgung ihrer Patient*innen im MZEB zu berichten.			
Leistungsangebot:			

Im Rahmen unserer Interviews haben wir erfahren, dass das Leistungsangebot der MZEB sehr unterschiedlich ist. Gerne würde ich Sie um ihre persönliche Meinung bitten: Wie zufrieden sind Sie mit dem derzeitigen Leistungsangebot ihres MZEB?	Haben sich im letzten Jahr Änderungen am Leistungsangebot des MZEB ergeben? Welche weiteren Aufgaben könnten durch Ihr MZEB übernommen werden? Welche weiteren Aufgaben (neben der medizinischen) werden durch ihr MZEB übernommen? (Bspw. psychosoziale Beratungsangebote)	Können Sie uns erzählen, welche Meinung Sie zu ...aufsuchenden Leistungen durch ein MZEB haben? ... Ausweiten des MZEB-Angebotes um Vorsorgeuntersuchungen haben? Wie könnte telemedizinische und digitale Unterstützung ...für ihre Arbeit mit der Patientengruppe sinnvoll eingesetzt werden? ... für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sinnvoll eingesetzt werden?	
--	--	--	--

Weiterversorgung und Evaluation der Behandlung:

Wie gestaltet sich die Weiterversorgung ihrer Patient*innen nach dem MZEB?	Wie ist es bei den Patient*innen mit weiten Anfahrtswegen? Können Sie uns bitte erzählen, wie Sie den Behandlungserfolg überprüfen, nachdem die Patient*innen zu Haus- bzw. Fachärzt*in zurückgeführt werden? Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Rücküberweisung in die Regelversorgung? Was wirkt sich ggf. förderlich darauf auf?	Wie stellen Sie im MZEB eine qualitativ hochwertige Versorgung in Wohnortnähe dieser Personen sicher?	
--	---	--	--

Gerne möchte ich im Folgenden auf die <u>Zusammenarbeit Ihres MZEB mit anderen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzt*innen</u> eingehen.			
Wie ist die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Ihrem MZEB und den Behandler*innen der Regelversorgung, mit denen Sie zusammenarbeiten?	Welche Empfehlungen haben Sie, um die Zusammenarbeit und Kommunikation von MZEB mit Behandler*innen der Regelversorgung zu verbessern? Wie kann die Zusammenarbeit mit Behandler*innen der Regelversorgung überregional erweitert werden?	z. B. um auf andere Fachrichtungen bzw. Expertise zugreifen zu können, oder aufgrund von wohnortnaher Versorgung	
Vielen Dank. Wir kommen nun zu unserem letzten Gesprächsthema. Gern möchten wir auf die <u>Bedarfe und Zukunftswünsche</u> für MZEB eingehen.			
Können Sie uns bitte von Ihrer Vision für die Zukunft Ihres MZEB berichten, z. B. hinsichtlich Personal, Wachstum, Leistungsangebot?	Personalausgestaltung: Welche Wunschvorstellung/Vision haben Sie zur zukünftigen Personalausgestaltung Ihres MZEB? Wachstum: Wie groß soll das MZEB werden? Wie viele Patient*innen möchten Sie pro Quartal behandeln können? Leistungsangebot: Um welche Aspekte würden Sie gern das Leistungsangebot in Ihrem MZEB in Zukunft erweitern?		

Welchen Auftrag sollen ihrer Meinung nach, MZEB in Zukunft einnehmen (können)?	Welches Leistungsspektrum sollte durch MZEB abgedeckt werden (können)? Welche Spezialisierungen sollten durch MZEB abgedeckt werden (können)?	z. B. Vorsorgeuntersuchung, dauerhafte Behandlung im MZEB	
Welchen Beitrag können die MZEB leisten, um das Gesundheitssystem inklusiver zu machen?	Können Sie von (weiteren) Ideen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen berichten? Welchen Beitrag können die MZEB zur Etablierung von Medizin für Menschen mit Behinderung leisten? Wie können Sie zur Ausbildung beitragen? Was brauchen Sie, um ihr MZEB zu einem Kompetenzzentrum zu befähigen?	Fort- und Weiterbildung der Regelversorgung Was wäre die Rolle eines Kompetenzzentrums? Welcher Mehrwert kann dadurch geschaffen werden?	
Wie sollte Ihrer Meinung nach die MZEB-Landschaft zukünftig ausgestaltet werden?	Sehen Sie in ihrem Bundesland einen Bedarf nach weiteren MZEB?	Spezialisierte MZEB? Viele kleine oder wenige große MZEB? Wie viele MZEB?	
Schluss teil			
Möchten Sie uns noch etwas erzählen, was wir bislang noch nicht angesprochen haben?			

Anlage 3: Leitfaden für Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen	2
---	---

Anlage 3: Leitfaden für Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen (Arbeitspaket 2 und 3)

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
Nachdem Sie sich und Ihre Funktion einmal vorgestellt haben, möchten wir nun auf die Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden in der medizinischen Versorgung eingehen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit stellt für MZEB und den Versorgungsprozess von Menschen mit Behinderungen einen Mehrwert dar. Auch die Interaktion und Kommunikation nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ein.			
1. Multiprofessionelle Zusammenarbeit			
1.1 Nachdem Sie uns schon eine kurze Übersicht über Ihre Berufsdisziplin gegeben haben:			
1.2 Mit welchen weiteren Professionen arbeiten Sie noch zusammen, die heute nicht hier vertreten sind?	Warum ist es wichtig, dass Sie multiprofessionell arbeiten?		
	Intern, extern?		
2.3 Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Personal anderer Gesundheitseinrichtungen (z. B. niedergelassene Praxen, Krankenhaus, ...)?	Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit weiteren Stakeholdern (z. B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, ...)?		

2.4 Welchen Mehrwert haben die multiprofessionelle Zusammenarbeit und die sich daraus ergebende Kommunikation im Team aus Ihrer Sicht? Wo gibt es Ihres Erachtens nach Schwierigkeiten/ Verbesserungsmöglichkeiten?

Nun möchten wir konkret auf die Zugangsvoraussetzungen und die damit verbundenen Zugangsberechtigungen eines MZEB eingehen. Es zeigt sich, dass diese Behandlungszentren hinsichtlich des Bekanntheitsgrades noch nicht ausreichend publik sind und weiter ausgebaut werden müssen.

2. Zugang und medizinische Versorgung im MZEB

1.1 Hierbei möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie aus Ihrer Sicht den Zugang zum MZEB durch die Menschen mit Behinderungen erleben?

Anhand welcher Maßnahmen werden die Anspruchsberechtigten auf Sie aufmerksam?

1.2 Wie werden Patient:innen/ Angehörige auf Sie aufmerksam?

1.3 Wie verläuft der Überweisungsprozess zu einem MZEB?

Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren gibt es, die diesen Prozess beeinflussen?

Erfolgt hierbei bei ständiger Austausch?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Versorgung im MZEB. Interaktion und Kommunikation nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ein.

3. Gesundheitliche Versorgung

3.1 Welche Erfahrungen haben Sie in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen in unserem Gesundheitswesen gemacht?

Wo sehen Sie noch Bedarfe?

3.2 Wie schätzen Sie die Entwicklung des Zugangs hinsichtlich der medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung ein?

Was sind Ihre persönlichen Wünsche, um die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen weiter auszubauen?

3.3 Was beeinflusst die Inanspruchnahme und den Zugang der medizinischen Versorgung in MZEB?

3.4 Welche Besonderheiten fallen Ihnen spontan ein, wenn Sie an die medizinische Versorgung in einem MZEB im Vergleich zur Regelversorgung denken?

3.5 Wenn Ihr MZEB nicht existieren würde, von welcher Profession würde dann die medizinische Versorgung übernommen werden?

5. Herausforderungen bei der Kommunikation zwischen Klient*in und behandelndem Fachpersonal. Sprachliche Barrieren können einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben und diesen erschweren.

5.1 Wie kommunizieren Sie mit den Patient*innen in Ihrem MZEB?

z. B. Leichte Sprache,
Dolmetscher*innen, E-
Mailprogramme, unterstützende
Kommunikation

5.2 Wie begegnen Sie potenziellen Sprachbarrieren?

Inwieweit beeinträchtigen
Kommunikationsprobleme vonseiten der
Patient*innen die Behandlung?

5.3 Welche Maßnahmen unternehmen Sie, um sich in Ihrem Team auszutauschen

z. B. Gesprächskreise, Teamsitzungen

5.4 Wie gestaltet sich der Austausch mit externen Behandler*innen

6. Etablierungsprozess

6.1 Wenn Sie sich an die Entstehung Ihres MZEB erinnern? Was war die größte Herausforderung?

Wie haben Sie diese gemeistert?

6.2 Vor welchen Herausforderungen stehen Sie aktuell?

6.3 Zusammenfassend: Was würden Sie anderen raten, die ebenfalls ein MZEB planen?

7. Abschluss

Möchten Sie noch gerne etwas ergänzen, was Ihnen besonders wichtig und noch nicht angesprochen wurde?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Anlage 4: Leitfäden für Expert*inneninterviews mit Stakeholdern.....	2
4.1 Leitfaden für Vertreter*innen der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB	2
4.2 Leitfaden für Vertreterinnen der Fachverbände der Behindertenhilfe und Träger der freien Wohlfahrtspflege	10
4.3 Leitfaden für Vertreter*innen der Gesetzlichen Krankenversicherungen	15
4.4 Leitfaden für Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen	22
4.5 Leitfaden für Vertreter*innen der Landesbehindertenbeauftragten	28

Anlage 4: Leitfäden für Expert*inneninterviews mit Stakeholdern (Arbeitspaket 2 und 3)

4.1 Leitfaden für Vertreter*innen der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
1. Leistungen Zu Beginn des Interviews bitten wir Sie uns zu erzählen, welche Besonderheiten aus Ihrer Sicht in der spezialisierten Versorgungsform „MZEB“ für Menschen mit Behinderungen vorliegen.	Worin sehen Sie die Notwendigkeit für Menschen mit Behinderungen/deren Angehörige, für Behandelnde in der Grundversorgung (zu wenig Expertise...) Laut dem Eckpunktepapier der GKV dürfen MZEB lediglich eine Diagnose- oder Lotsenfunktionen einnehmen und nicht behandeln. Was ist der Grund für diese Regelung? Ist dieses Vorgehen Ihrer Meinung nach sinnvoll?	Schaffung von Barrieren durch die Regelung: Mehrwert von MZEB dadurch geschmälert, extra Aufwand....	Eisbrecherfrage → Einstieg

Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht den Mehrwert der MZEB in Deutschland für die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen?

Wie nehmen Sie die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung aufgrund der interdisziplinären Behandlungsangebote wahr?

Aus Ihrer Expertensicht, wie wird die Versorgung von Menschen mit Behinderungen über bestehenden MZEB abgedeckt?

(z. B. weitere MZEB bzw. Vergrößerung der Zentren, Erweiterung angebotener Leistungen...)

Welche Bedarfe sind nicht gedeckt für die medizinische Versorgung der Leistungsnehmer:innen?

Was muss sich aus Ihrer Perspektive verändern?

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Möglichkeit zur Errichtung von MZEB geschaffen. Seither wurden bereits einige MZEB errichtet. Der deutschlandweite Etablierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

2. Versorgungslandschaft

Können Sie uns bitte den Prozess der Etablierung aus Ihrer Sicht als Vorstandsmitglied der BAG MZEB beschreiben?

Welche typischen Herausforderungen sind bei diesem Prozess zu nennen?

Was sind förderliche und hinderliche Faktoren bei der Etablierung von MZEB?

Wir möchten nun konkreter auf die Zugangsvoraussetzungen und die damit verbundenen Zugangsberechtigungen eines MZEB eingehen.

3. Zugang und medizinische Versorgung im MZEB

Ist die Versorgungsleistung in unserem Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderungen gut erreichbar?

z. B. Informationslage über MZEB bei der Zielgruppe/Angehörigen, /Haus:ärztinnen, Überweisungen Haus-/Fachärzt:innen,

SENSIBILITÄT

3.2 Aus Ihrer Sicht als Vorstandsmitglieder der BAG MZEB, wie erleben Sie den Zugang zum MZEB durch die Menschen mit Behinderungen?

Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad/den Weg der Bekanntmachung der MZEB? Vor was sollen diese Voraussetzungen schützen bzw. was verhindern?

Potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten zum Zugang vorhanden?
Was bewerten Sie als gut/was könnte verbessert werden?

3.3 Wie definieren Sie die Zugangsvoraussetzungen für ein MZEB?

Um welchen Personenkreis der Anspruchsberechtigten sollte eine Erweiterung neben den gesetzlich festgelegten Zugangskriterien (falls nötig) stattfinden?

Wozu wird eine enge Definition dieser Voraussetzungen benötigt? Auch um anspruchsberechtigte Patient:innen nicht zu verlieren?

3.4 Wie ist Ihre Einstellung gegenüber der häufig geäußerten Kritik an „zu eng“ bzw. „nicht anspruchsberechtigten“ definierten Zugangskriterien?

Bedarf es hierbei einer Erweiterung?

Welche ICD 10-Diagnosen müssen neben dem Bestehen einer geistigen Behinderung zusätzlich vorliegen?

Welche Diagnosegruppen, welcher GdB, etc.?

Nachdem wir die Zugangsvoraussetzungen eines MZEB thematisiert haben, möchten wir nun auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit/ Transition eingehen.

4. Multiprofessionelle Zusammenarbeit (gestuftes Modell der Gesundheitsversorgung) /

Inwieweit stellt die Zusammenarbeit einen Mehrwert für die MZEB dar?

Wie gestaltet sich die Überweisung an weitere Fachärzt:innen bzw. Krankenhäuser/Gesundheitseinrichtungen

Transition

4.1 Nach Ihrer Einschätzung, wie verläuft die Zusammenarbeit der

Falls ausbaufähig:
Wie könnte für bessere Vernetzung gesorgt werden bzw. welche Möglichkeiten bestehen derzeit?

MZEB mit Expert:innen und weiteren Stakeholdern?

Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit z. B. SPZ oder anderen niedergelassenen Fachärzt:innen?

Für niedergelassene kaum lohnenswert Verträge abzuschließen, weil Vergütung geringer.

Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad/den Weg der Bekanntmachung der MZEB bei den niedergelassenen Ärzt:innen?

Welche fördernden und hemmenden Faktoren lassen sich in der Zusammenarbeit beobachten?

Wie schätzen Sie die Vernetzung der MZEB ein, um z. B. an Spezialist:innen zu verweisen.

Welche Schwierigkeiten könnten hierbei bestehen? Wie könnten diesen entgegengewirkt werden?

Bitte beschreiben Sie uns den Auftrag der BAG MZEB im Versorgungsprozess durch die MZEB.

Inwieweit tragen Veranstaltungen, wie die „Jahrestagungen der DGMGB“ oder „Kongresse der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)“ zu einer verbesserten Vernetzung innerhalb der teilnehmenden Akteure bei?

Wir interessieren uns auch für die Transition, also der Prozess des Übergangs vom SPZ in ein MZEB sowie die Überweisung seitens der Haus-/Fachärzt:innen zum MZEB.

4.2 Wie bewerten Sie den Prozess des Übergangs von Sozialpädiatrie zur Erwachsenenmedizin?

4.3 Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der haus-

Welche Schwierigkeiten sind damit verbunden?

/fachärztlichen Versorgung zum MZEB (spezialisierte Versorgung)? Bei Schwierigkeiten: Was könnte diesbezüglich noch optimiert werden?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Versorgung im MZEB.

5. Gesundheitliche Versorgung

5.1 Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Inanspruchnahme und medizinischen Versorgung in MZEB im Vergleich zu den Anfängen aus dem Jahr 2015 oder davor?

Welche Änderungen liegen ggf. vor/sind zu beobachten?

Womit haben diese Änderungen Ihres Erachtens zu tun/hängen zusammen?

Was beeinflusst die Inanspruchnahme?

5.2 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung durch MZEB für Menschen mit Behinderungen?

Versorgungsbedarf von Menschen mit schweren vs. Menschen mit leichter Behinderung)

Regionale Unterschiede mit Beeinflussung der medizinischen Versorgung erkennbar?

Die Etablierung von MZEB soll eine Verbesserung in der ambulanten medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderung ermöglichen.

6. Strukturelle Aspekte

6.1 Welche Perspektive sehen Sie in der Etablierung von MZEB im Hinblick auf die Gesetzesgrundlage?

Bedarf es hierbei einer Erweiterung/Anpassung?

Inwieweit tragen MZEB dazu bei, die medizinische Versorgungslücke von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung

zu schließen?

Falls Versorgungslücke besteht:
Was muss Ihrer Meinung nach
noch getan werden, um die
Versorgungslücke zu schließen?

6.2 Welche
Versorgungsschwerpunkte werden in
MZEB gesetzt?

7. Finanzielle Aspekte

7.1 Bitte erzählen Sie uns, welche
Herausforderungen/Aspekte sind aus
Ihrer Sicht wichtig, wenn es um die
Leistungsvergütung der
Behandlungen/Leistungen im MZEB
geht.

Finanzierung mobiler Leistungen
(Team kommt in notwendigen
Situationen zu einem
Hausbesuch, Online-
Sprechstunde).

Inwieweit kann anhand dieser Angebote -
zusätzlich zu bereits bestehenden MZEB die bisher
beklagte Versorgungslücke geschlossen werden?

Was erweist sich als positiv, was eher als
hemmender Aspekt bei der Finanzierung (Was
funktioniert gut, was eher nicht?)

Welche Aspekte werden bei der finanziellen
Vergütung und den Vergütungsvereinbarungen
berücksichtigt?

Erhöhter Zeitaufwand während der Behandlung
berücksichtigt (z. B. Zuschlag auf Punktwert
bestimmter Leistungen)?

Interaktion und Kommunikation nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ein. Daher möchten wir gerne auch die Faktoren der Behandler:innen sowie der Patient:innen mit Ihnen besprechen.

8. Faktoren der Patient_innen und der Behandler:innen:

8.1 Welche Faktoren der
Behandler:innen können die
medizinische Versorgung der
Menschen mit Behinderungen
beeinflussen?

Was sehen Sie als förderlich
bzw. als hinderlich?

Wie schätzen Sie das Angebot
bzgl. von Aus-/
Weiterbildungsangeboten für
die medizinische Versorgung von

z. B. Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe,
Kommunikation, verfügbare Behandlungszeit

Menschen mit Behinderungen
ein?

8.2 Welchen Einfluss haben
bestimmte Faktoren der Menschen
mit Behinderungen auf den Zugang in
ein MZEB?

z. B. soziodemografischer/ökonomischer
Hintergrund, Versicherungsart, Einkommen

Die Corona-Pandemie dauert nun bereits seit einem Jahr an. Verschiedene Gegebenheiten, wie z. B. Lockdowns haben Auswirkungen mit sich gebracht.

9. Corona-Pandemie

9.1 Welchen Einfluss hat die Corona-
Pandemie auf die Finanzierung,
Etablierung, den Zugang und die
medizinische Versorgung eines MZEB?

Auswirkung auf Etablierungsprozess
Verhandlungsgespräche erschwert?

Sicherstellung der
Behandlungskontinuität

Anpassung der Vergütungsverträge?
Finanzielle Förderung der Telemedizin (wenn
vorhanden)?

**Wir kommen nun zu unserem letzten Themenblock. Nachdem wir nun einiges über MZEB erfragt haben, würde uns noch interessieren, was Ihre
Einschätzung für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung in MZEB ist**

10. Zukunftsaussicht

10.1 Wie kann die medizinische
Versorgung in MZEB und für
Menschen mit geistigen und oder
schweren Mehrfachbehinderungen
seitens der BAG MZEB weiterhin
unterstützt und weiterentwickelt
werden?

z. B. weitere Angebote, Informationsbeschaffung
erweitern

10.2 Welche gesetzlichen Änderungen
und politische Maßnahmen bedarf es
Ihrer Meinung nach, um die
medizinische Versorgung für
Menschen mit Behinderungen
allgemein und speziell im MZEB
besser gestalten zu können?

Was liegt Ihnen aus Sicht des
Vorstandes der BAG MZEB
hierbei besonders am Herzen?

Ab § 117 bis § 120 SGB 5

Schlussteil: Nun sind wir am Ende unseres Gesprächs angekommen.

10.3 Nun unsere letzte Frage: Was möchten Sie uns gerne noch mitteilen, was nicht angesprochen wurde oder Ihnen besonders wichtig ist?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

4.2 Leitfaden für Vertreterinnen der Fachverbände der Behindertenhilfe und Träger der freien Wohlfahrtspflege

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
11. Leistungen Zu Beginn des Interviews bitten wir Sie uns zu erzählen, welche Besonderheiten aus Ihrer Sicht in der spezialisierten Versorgungsform „MZEB“ für Menschen mit Behinderungen vorliegen.	Worin sehen Sie die Notwendigkeit für Menschen mit Behinderungen/deren Angehörige, für Behandelnde in der Grundversorgung (zu wenig Expertise...) Hinsichtlich des vertraglich festgelegten Auftrages: Oft dürfen MZEB lediglich eine Diagnose- oder Lotsenfunktionen einnehmen und gar nicht behandeln. Was ist der Grund für diese Regelung? Ist dieses Vorgehen Ihrer Meinung nach sinnvoll? Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht den Mehrwert der MZEB in Deutschland für die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen? Aus Ihrer Expertensicht, wie wird die Versorgung von Menschen mit	Festgelegter Auftrag: Bewertung der Regelung z. B. aus Kostensicht und med. Versorgung: erschwert (teurer für GKV wenn ständig wieder ins Regelversorgungssystem überwiesen wird?) Schaffung von Barrieren durch die Regelung: Mehrwert von MZEB dadurch geschmälert, extra Aufwand.... Wie nehmen Sie die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung aufgrund der interdisziplinären Behandlungsangebote wahr? (z. B. weitere MZEB bzw. Vergrößerung der Zentren, Erweiterung angebotener Leistungen...)	Eisbrecherfrage → Einstieg

Behinderungen über bestehenden
MZEB abgedeckt?

Welche Bedarfe sind nicht gedeckt für die
medizinische Versorgung der
Leistungsnehmer:innen?
Was muss sich aus Ihrer Perspektive
verändern?

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Möglichkeit zur Errichtung von MZEB geschaffen. Seither wurden bereits einige MZEB errichtet. Der deutschlandweite Etablierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

12. Versorgungslandschaft

Können Sie uns bitte den Prozess der
Etablierung aus Sicht Ihres
Fachverbandes beschreiben?

Welche typischen
Herausforderungen sind bei diesem
Prozess zu nennen?

Was sind förderliche und
hinderliche Faktoren bei der
Etablierung von MZEB (aus deren
Sicht)?

Ich möchte nun konkreter auf die Zugangsvoraussetzungen und die damit verbundenen Zugangsberechtigungen eines MZEB eingehen.

**13. Zugang und medizinische
Versorgung im MZEB**

3.1 Aus Ihrer Sicht als Fachverband, wie
erleben Sie den Zugang zum MZEB für
die Menschen mit Behinderungen?

Ist die Versorgungsleistung in
unserem Gesundheitswesen für
Menschen mit Behinderungen gut
erreichbar?

z. B. Informationslage über MZEB bei der
Zielgruppe/Angehörigen, /Haus:ärztinnen,
Überweisungen Haus-/Fachärzt:innen,
Potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten
zum Zugang vorhanden?

SENSIBILITÄT

Vor was sollen diese
Voraussetzungen schützen bzw.
was verhindern?

Wozu wird eine enge Definition dieser
Voraussetzungen benötigt? Auch um
anspruchsberechtigte Patient:innen nicht zu
verlieren?

3.2 Wie definieren Sie die
Zugangsvoraussetzungen für ein MZEB?

Um welchen Personenkreis der
Anspruchsberechtigten sollte eine
Erweiterung neben den gesetzlich
festgelegten Zugangskriterien (falls
nötig) stattfinden?

Im Blickpunkt der ICD-10-Diagnosegruppen,
Eingrenzung und Spezifizierung der
Zielgruppe.

3.3 Wie ist Ihre Einstellung gegenüber der häufig geäußerten Kritik an „zu eng“ bzw. „nicht anspruchsberechtigten“ definierten Zugangskriterien? Bedarf es hierbei einer Erweiterung?

Nachdem wir die Zugangsvoraussetzungen eines MZEB thematisiert haben, möchte ich nun auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit/ Transition eingehen.

14. Multiprofessionelle Zusammenarbeit (gestuftes Modell der Gesundheitsversorgung) /	Inwieweit stellt die Zusammenarbeit einen Mehrwert für die MZEB dar?	Wie könnte für bessere Vernetzung gesorgt werden bzw. welche Möglichkeiten bestehen derzeit?	
Transition			
4.1 Nach Ihrer Einschätzung, wie verläuft die Zusammenarbeit der MZEB mit Expert:innen und weiteren Stakeholdern?		Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit z. B. SPZ oder anderen niedergelassenen Fachärzt:innen?	Für niedergelassene kaum lohnenswert Verträge abzuschließen, weil Vergütung geringer.

Wir interessieren uns auch für die Transition, also der Prozess des Übergangs vom SPZ in ein MZEB sowie die Überweisung seitens der Haus-/Fachärzt:innen zum MZEB.

4.2 Bitte erläutern Sie, ob seitens der Fachverbände der Transitionsprozess gestaltet und begleitet wird.	Wie bewerten Sie den Prozess des Übergangs von Sozialpädiatrie zur Erwachsenenmedizin?	Bestehen finanzielle Hilfen? (Kostenübernahme von Transitionssprechstunden in MZEB)
4.3 Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der haus-/fachärztlichen Versorgung zum MZEB (spezialisierte Versorgung)?	Welche Schwierigkeiten sind damit verbunden? Bei Schwierigkeiten: Was könnte diesbezüglich noch optimiert werden?	

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Versorgung im MZEB.

15. Gesundheitliche Versorgung	Welche Änderungen liegen ggf. vor/sind zu beobachten?
---------------------------------------	---

5.1 Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Inanspruchnahme und medizinischen Versorgung in MZEB im Vergleich zu den Anfängen aus dem Jahr 2015 oder davor?

Was ist den MZEB hinsichtlich der Leistungserbringung und Leistungsvergütung gestattet?

Womit haben diese Änderungen Ihres Erachtens zu tun/hängen zusammen?

Was beeinflusst die Inanspruchnahme? Und was ist Ihnen nicht gestattet?

Inwiefern wird davon in vollem Umfang Gebrauch gemacht?

5.2 Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Anspruchsberechtigten oder deren Angehörigen im Versorgungsprozess unterstützen?

z. B. beim Auffinden von einem gutem MZEB?
Überweisungen vom Haus-/Facharzt zum MZEB?

Die Etablierung von MZEB soll eine Verbesserung in der ambulanten medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderung ermöglichen.

16. Strukturelle Aspekte

6.1 Welche Perspektive sehen Sie in der Etablierung von MZEB im Hinblick auf die Gesetzesgrundlage?

Bedarf es hierbei einer Erweiterung/Anpassung?

Inwieweit tragen MZEB dazu bei, die medizinische Versorgungslücke von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung zu schließen?

Falls Versorgungslücke besteht: Was muss Ihrer Meinung nach noch getan werden, um die Versorgungslücke zu schließen?

6.2 Welche Versorgungsschwerpunkte werden in MZEB gesetzt?

Inwieweit kann anhand dieser Angebote - zusätzlich zu bereits bestehenden - für

Patient:innen in MZEB die bisher beklagte Versorgungslücke geschlossen werden?

Interaktion und Kommunikation nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ein. Daher möchten wir gerne auch die Faktoren der Behandler:innen sowie der Patient:innen mit Ihnen besprechen.

17. Faktoren der Patient_innen und der Behandler:innen:

7.1 Welche Faktoren der Behandler:innen können die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderungen beeinflussen?

Was sehen Sie als förderlich bzw. als hinderlich?

Wie schätzen Sie das Angebot bzgl. von Aus-/ Weiterbildungsangeboten für die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ein?

z. B. Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe, Kommunikation, verfügbare Behandlungszeit

7.2 Welchen Einfluss haben bestimmte Faktoren der Menschen mit Behinderungen auf den Zugang in ein MZEB?

z. B. soziodemografischer/ökonomischer Hintergrund, Versicherungsart, Einkommen

Die Corona-Pandemie dauert nun bereits seit einem Jahr an. Verschiedene Gegebenheiten, wie z. B. Lockdowns haben Auswirkungen mit sich gebracht.

18. Corona-Pandemie

9.1 Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die Finanzierung, Etablierung, den Zugang und die medizinische Versorgung eines MZEB?

Auswirkung auf Etablierungsprozess
Verhandlungsgespräche erschwert?

Sicherstellung der
Behandlungskontinuität

Anpassung der Vergütungsverträge?
Finanzielle Förderung der Telemedizin (wenn vorhanden)?

Wir kommen nun zu unserem letzten Themenblock. Nachdem wir nun einiges über MZEB erfragt haben, würde uns noch interessieren, was Ihre Einschätzung für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung in MZEB ist

19. Zukunftsansicht

9.1 Wie kann die medizinische Versorgung in MZEB und für Menschen mit geistigen und oder schweren Mehrfachbehinderungen seitens der

In welcher Rolle sieht sich die GKV/GKVen?

z. B. weitere Angebote,
Informationsbeschaffung erweitern

Fachverbände noch unterstützt und weiterentwickelt werden?

9.2 Welche gesetzlichen Änderungen und politische Maßnahmen bedarf es Ihrer Meinung nach, um die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen allgemein und speziell im MZEB besser gestalten zu können?

Ab § 117 bis § 120 SGB 5

20. Schlussteil: Nun sind wir am Ende unseres Gesprächs angekommen.

Nun unsere letzte Frage: Was möchten Sie uns gerne noch mitteilen, was nicht angesprochen wurde oder Ihnen besonders wichtig ist?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

4.3 Leitfaden für Vertreter*innen der Gesetzlichen Krankenversicherungen

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
21. Leistungen Zu Beginn des Interviews bitten wir Sie uns zu erzählen, welche Besonderheiten aus Ihrer Sicht in der spezialisierten	Worin sehen Sie die Notwendigkeit für Menschen mit Behinderungen/deren Angehörige, für Behandelnde in der Grundversorgung (zu wenig Expertise...)	Festgelegter Auftrag: Bewertung der Regelung z. B. aus Kostensicht und med. Versorgung: erschwert (teurer für GKV wenn ständig wieder ins Regelversorgungssystem überwiesen wird?)	Eisbrecherfrage → Einstieg

Versorgungsform „MZEB“ für Menschen mit Behinderungen vorliegen.

Hinsichtlich des vertraglich festgelegten Auftrages: Oft dürfen MZEB lediglich eine Diagnose- oder Lotsenfunktionen einnehmen und gar nicht behandeln. Was ist der Grund für diese Regelung?
Ist dieses Vorgehen Ihrer Meinung nach sinnvoll?

Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht den Mehrwert der MZEB in Deutschland für die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen?
Aus Ihrer Expertensicht, wie wird die Versorgung von Menschen mit Behinderungen über bestehenden MZEB abgedeckt?

Schaffung von Barrieren durch die Regelung: Mehrwert von MZEB dadurch geschmälert, extra Aufwand....

Wie nehmen Sie die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung aufgrund der interdisziplinären Behandlungsangebote wahr?
(z. B. weitere MZEB bzw. Vergrößerung der Zentren, Erweiterung angebotener Leistungen...)

Welche Bedarfe sind nicht gedeckt für die medizinische Versorgung der Leistungsnehmer:innen?

Was muss sich aus Ihrer Perspektive verändern?

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Möglichkeit zur Errichtung von MZEB geschaffen. Seither wurden bereits einige MZEB errichtet. Der deutschlandweite Etablierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

22. Versorgungslandschaft

Können Sie uns bitte den Prozess der Etablierung aus Sicht Ihrer Krankenkasse beschreiben?

Welche typischen Herausforderungen sind bei diesem Prozess zu nennen?

Was sind förderliche und hinderliche Faktoren bei der Etablierung von MZEB (aus deren Sicht)?

Wir möchten nun konkreter auf die Zugangsvoraussetzungen und die damit verbundenen Zugangsberechtigungen eines MZEB eingehen.

23. Zugang und medizinische Versorgung im MZEB

3.1 Aus Ihrer Sicht als Krankenkasse, wie erleben Sie den Zugang zum MZEB durch die Menschen mit Behinderungen?

Ist die Versorgungsleistung in unserem Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderungen gut erreichbar?

z. B. Informationslage über MZEB bei der Zielgruppe/Angehörigen, /Haus:ärztinnen, Überweisungen Haus-/Fachärzt:innen, Potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten zum Zugang vorhanden?

SENSIBILITÄT

Vor was sollen diese Voraussetzungen schützen bzw. was verhindern?

Wozu wird eine enge Definition dieser Voraussetzungen benötigt? Auch um anspruchsberechtigte Patient:innen nicht zu verlieren?

3.2 Wie definieren Sie die Zugangsvoraussetzungen für ein MZEB?

Um welchen Personenkreis der Anspruchsberechtigten sollte eine Erweiterung neben den gesetzlich festgelegten Zugangskriterien (falls nötig) stattfinden?

Im Blickpunkt der ICD-10-Diagnosegruppen, Eingrenzung und Spezifizierung der Zielgruppe.

3.3 Wie ist die Einstellung Ihrer Krankenkasse gegenüber der häufig geäußerten Kritik an „zu eng“ bzw. „nicht anspruchsberechtigten“ definierten Zugangskriterien?

Bedarf es hierbei einer Erweiterung?

Nachdem wir die Zugangsvoraussetzungen eines MZEB thematisiert haben, möchten wir nun auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit/ Transition eingehen.

24. **Multiprofessionelle Zusammenarbeit (gestuftes Modell der Gesundheitsversorgung) /**

Inwieweit stellt die Zusammenarbeit einen Mehrwert für die MZEB dar?

Wie könnte für bessere Vernetzung gesorgt werden bzw. welche Möglichkeiten bestehen derzeit?

Transition

4.1 Nach Ihrer Einschätzung, wie verläuft die Zusammenarbeit der MZEB mit Expert:innen und weiteren Stakeholdern?

Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit z. B. SPZ oder anderen niedergelassenen Fachärzt:innen?

Für niedergelassene kaum lohnenswert Verträge abzuschließen, weil Vergütung geringer.

Wir interessieren uns auch für die Transition, also der Prozess des Übergangs vom SPZ in ein MZEB sowie die Überweisung seitens der Haus-/Fachärzt:innen zum MZEB.

4.2 Bitte erläutern Sie, ob seitens der Krankenkassen der Transitionsprozess gestaltet und begleitet wird.

Wie bewerten Sie den Prozess des Übergangs von Sozialpädiatrie zur Erwachsenenmedizin?

Bestehen finanzielle Hilfen?
(Kostenübernahme von Transitionssprechstunden in MZEB)

4.3 Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der haus-/fachärztlichen Versorgung zum MZEB (spezialisierte Versorgung)?

Welche Schwierigkeiten sind damit verbunden?
Bei Schwierigkeiten: Was könnte diesbezüglich noch optimiert werden?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Versorgung im MZEB.

25. Gesundheitliche Versorgung

5.1 Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Inanspruchnahme und medizinischen Versorgung in MZEB im Vergleich zu den Anfängen aus dem Jahr 2015 oder davor?

Was ist den MZEB hinsichtlich der Leistungserbringung und Leistungsvergütung gestattet?

Inwiefern sind Weiterbildungen seitens des medizinischen Fachpersonals vorzuweisen?

Wie wird eine qualitative Versorgung von Seiten der GKV geprüft?

Welche weiteren Leistungen werden der Zielgruppe erstattet?
Andere Unterstützungen von Seiten der GKV damit die med. Versorgung im MZEB passt?

Welche Änderungen liegen ggf. vor/sind zu beobachten?

Womit haben diese Änderungen Ihres Erachtens zu tun/hängen zusammen?

Was beeinflusst die Inanspruchnahme?
Und was ist Ihnen nicht gestattet?

Inwiefern wird davon in vollem Umfang Gebrauch gemacht?
Weitere Kriterien erfüllen?

QM/QS-Maßnahmen?

5.2 Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Anspruchsberechtigten oder deren Angehörigen im Versorgungsprozess unterstützen?

z. B. beim Auffinden von einem gutem MZEB?
Überweisungen vom Haus-/Facharzt zum MZEB?

Die Etablierung von MZEB soll eine Verbesserung in der ambulanten medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderung ermöglichen.

26. Strukturelle Aspekte

6.1 Welche Perspektive sehen Sie in der Etablierung von MZEB im Hinblick auf die Gesetzesgrundlage?

Bedarf es hierbei einer Erweiterung/Anpassung?

Inwieweit tragen MZEB dazu bei, die medizinische Versorgungslücke von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung zu schließen?

Falls Versorgungslücke besteht:
Was muss Ihrer Meinung nach noch getan werden, um die Versorgungslücke zu schließen?

6.2 Welche Versorgungsschwerpunkte werden in MZEB gesetzt?

27. Finanzielle Aspekte

7.1 Bitte erzählen Sie uns, welche Herausforderungen/Aspekte sind aus Ihrer Sicht wichtig, wenn es um die Leistungsvergütung der Behandlungen/Leistungen im MZEB geht.

Finanzierung mobiler Leistungen (Team kommt in notwendigen Situationen zu einem Hausbesuch, Online-Sprechstunde).

Inwieweit kann anhand dieser Angebote - zusätzlich zu bereits bestehenden - für Patient:innen in MZEB die bisher beklagte Versorgungslücke geschlossen werden?
Was erweist sich als positiv, was eher als hemmender Aspekt bei der Finanzierung (Was funktioniert gut, was eher nicht?)

Welche Aspekte werden bei der finanziellen Vergütung und den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt?

Erhöhter Zeitaufwand während der Behandlung berücksichtigt (z. B. Zuschlag auf Punktwert bestimmter Leistungen)?

Interaktion und Kommunikation nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen ein. Daher möchten wir gerne auch die Faktoren der Behandler:innen sowie der Patient:innen mit Ihnen besprechen.

28. Faktoren der Patient_innen und der

Behandler:innen:

8.1 Welche Faktoren der Behandler:innen können die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderungen beeinflussen?

Was sehen Sie als förderlich bzw. als hinderlich?

Wie schätzen Sie das Angebot bzgl. von Aus-/ Weiterbildungsangeboten für die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen ein?

z. B. Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe, Kommunikation, verfügbare Behandlungszeit

8.2 Welchen Einfluss haben bestimmte Faktoren der Menschen mit Behinderungen auf den Zugang in ein MZEB?

z. B. soziodemografischer/ökonomischer Hintergrund, Versicherungsart, Einkommen

Die Corona-Pandemie dauert nun bereits seit einem Jahr an. Verschiedene Gegebenheiten, wie z. B. Lockdowns haben Auswirkungen mit sich gebracht.

29. Corona-Pandemie

9.1 Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die Finanzierung, Etablierung, den Zugang und die medizinische Versorgung eines MZEB?

Auswirkung auf Etablierungsprozess
Verhandlungsgespräche erschwert?

Sicherstellung der
Behandlungskontinuität

Anpassung der Vergütungsverträge?
Finanzielle Förderung der Telemedizin (wenn vorhanden)?

Wir kommen nun zu unserem letzten Themenblock. Nachdem wir nun einiges über MZEB erfragt haben, würde uns noch interessieren, was Ihre Einschätzung für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung in MZEB ist

30. Zukunftsaussicht

10.1 Wie kann die medizinische Versorgung in MZEB und für Menschen mit geistigen und oder schweren Mehrfachbehinderungen seitens der

In welcher Rolle sieht sich die GKV/GKVen?

z. B. weitere Angebote,
Informationsbeschaffung erweitern

Krankenkassen unterstützt und weiterentwickelt werden?

10.2 Welche gesetzlichen Änderungen und politische Maßnahmen bedarf es Ihrer Meinung nach, um die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen allgemein und speziell im MZEB besser gestalten zu können?

Ab § 117 bis § 120 SGB 5

Schluss teil: Nun sind wir am Ende unseres Gesprächs angekommen.

10.3 Nun unsere letzte Frage: Was möchten Sie uns gerne noch mitteilen, was nicht angesprochen wurde oder Ihnen besonders wichtig ist?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

4.4 Leitfaden für Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
31. Leistungen Zu Beginn des Interviews bitten wir Sie uns zu erzählen, welche Besonderheiten aus Ihrer Sicht in der spezialisierten Versorgungsform „MZEB“ für Menschen mit Behinderungen vorliegen.	Worin sehen Sie die Notwendigkeit für Menschen mit Behinderungen/deren Angehörige, für Behandelnde in der Grundversorgung (zu wenig Expertise...) Hinsichtlich des vertraglich festgelegten Auftrages: Laut Literatur dürfen MZEB meist lediglich eine Diagnose- oder Lotsenfunktionen einnehmen und gar nicht behandeln. Was ist der Grund für diese Regelung? Ist dieses Vorgehen Ihrer Meinung nach sinnvoll? Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht den Mehrwert der MZEB in Deutschland für die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen? Aus Ihrer Expertensicht, wie wird die Versorgung von Menschen mit	Festgelegter Auftrag: Bewertung der Regelung z. B. aus Kostensicht und med. Versorgung: erschwert (teurer, wenn ständig wieder ins Regelversorgungssystem überwiesen wird?) Schaffung von Barrieren durch die Regelung: Mehrwert von MZEB dadurch geschmälert, extra Aufwand.... Wie nehmen Sie die medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung aufgrund der interdisziplinären Behandlungsangebote wahr? (z. B. weitere MZEB bzw. Vergrößerung der Zentren, Erweiterung angebotener Leistungen...)	Eisbrecherfrage → Einstieg

Behinderungen über bestehenden
MZEB abgedeckt?

Welche Bedarfe sind nicht gedeckt für
die medizinische Versorgung der
Leistungsnehmer:innen?
Was muss sich aus Ihrer Perspektive
verändern?

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Möglichkeit zur Errichtung von MZEB geschaffen. Seither wurden bereits einige MZEB errichtet. Der deutschlandweite Etablierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

32. Versorgungslandschaft

Welche typischen Herausforderungen
sind bei diesem Prozess zu nennen?

Können Sie uns bitte den Prozess der
Etablierung aus Sicht der Kassenärztlichen
Vereinigung beschreiben?

Was sind förderliche und hinderliche
Faktoren bei der Etablierung von
MZEB (aus deren Sicht)?

Wir möchten nun konkreter auf die Zugangsvoraussetzungen und die damit verbundenen Zugangsberechtigungen eines MZEB eingehen.

**33. Zugang und medizinische Versorgung
im MZEB**

Ist die Versorgungsleistung in
unserem Gesundheitswesen für
Menschen mit Behinderungen gut
erreichbar?

z. B. Informationslage über MZEB bei SENSIBILITÄT
der Zielgruppe/Angehörigen,
/Haus:ärztinnen, Überweisungen Haus-
/Fachärzt:innen,
Potenzielle
Unterstützungsmöglichkeiten zum
Zugang vorhanden?
Wozu wird eine enge Definition dieser
Voraussetzungen benötigt? Auch um
anspruchsberechtigte Patient:innen
nicht zu verlieren?

3.1 Aus Sicht der Kassenärztlichen
Vereinigung, wie erleben Sie den Zugang
zum MZEB durch die Menschen mit
Behinderungen?

Vor was sollen diese Voraussetzungen
schützen bzw. was verhindern?

3.2 Wie definieren Sie die
Zugangsvoraussetzungen für ein MZEB?

3.3 Wie ist die Einstellung der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber der häufig geäußerten Kritik an „zu eng“ bzw. „nicht anspruchsberechtigten“ definierten Zugangskriterien?	Um welchen Personenkreis der Anspruchsberechtigten sollte eine Erweiterung neben den gesetzlich festgelegten Zugangskriterien (falls nötig) stattfinden? Bedarf es hierbei einer Erweiterung?	Im Blickpunkt der ICD-10-Diagnosegruppen, Eingrenzung und Spezifizierung der Zielgruppe.
--	--	--

Nachdem wir die Zugangsvoraussetzungen eines MZEB thematisiert haben, möchten wir nun auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit/ Transition eingehen.

34. Multiprofessionelle Zusammenarbeit (gestuftes Modell der Gesundheitsversorgung) / Transition	Inwieweit stellt die Zusammenarbeit einen Mehrwert für die MZEB dar?	Wie könnte für bessere Vernetzung gesorgt werden bzw. welche Möglichkeiten bestehen derzeit?	
4.1 Nach Ihrer Einschätzung, wie verläuft die Zusammenarbeit der MZEB mit Expert:innen und weiteren Stakeholdern?		Wie sehen Sie die Zusammenarbeit mit z. B. SPZ oder anderen niedergelassenen Fachärzt:innen?	Für niedergelassene kaum lohnenswert Verträge abzuschließen, weil Vergütung geringer.

Wir interessieren uns auch für die Transition, also der Prozess des Übergangs vom SPZ in ein MZEB sowie die Überweisung seitens der Haus-/Fachärzt:innen zum MZEB.

4.2 Bitte erläutern Sie, ob seitens der Kassenärztlichen Vereinigung der Transitionsprozess gestaltet und begleitet wird.	Wie bewerten Sie den Prozess des Übergangs von Sozialpädiatrie zur Erwachsenenmedizin?	Bestehen finanzielle Hilfen? (Kostenübernahme von Transitionssprechstunden in MZEB)
4.3 Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der haus-/fachärztlichen Versorgung zum MZEB (spezialisierte Versorgung)?	Welche Schwierigkeiten sind damit verbunden? Bei Schwierigkeiten: Was könnte diesbezüglich noch optimiert werden?	

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Bereich der medizinischen Versorgung im MZEB.

35. Gesundheitliche Versorgung

5.1 Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Inanspruchnahme und medizinischen Versorgung in MZEB im Vergleich zu den Anfängen aus dem Jahr 2015 oder davor?

Was ist den MZEB hinsichtlich der Leistungserbringung und Leistungsvergütung gestattet?

Inwiefern sind Weiterbildungen seitens des medizinischen Fachpersonals vorzuweisen?

Andere Unterstützungen von Seiten der KV damit die med. Versorgung im MZEB passt?

Welche Änderungen liegen ggf. vor/sind zu beobachten?

Womit haben diese Änderungen Ihres Erachtens zu tun/hängen zusammen?

Was beeinflusst die Inanspruchnahme? Und was ist Ihnen nicht gestattet?

Inwiefern wird davon in vollem Umfang Gebrauch gemacht? Weitere Kriterien erfüllen?

QM/QS-Maßnahmen?

5.2 Bitte erzählen Sie uns, wie Sie die Anspruchsberechtigten oder deren Angehörigen im Versorgungsprozess unterstützen?

z. B. beim Auffinden von einem gutem MZEB?
Überweisungen vom Haus-/Facharzt zum MZEB?

Die Etablierung von MZEB soll eine Verbesserung in der ambulanten medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistigen und schweren Mehrfachbehinderung ermöglichen.

Bedarf es hierbei einer Erweiterung/Anpassung?

36. Strukturelle Aspekte

6.1 Welche Perspektive sehen Sie in der Etablierung von MZEB im Hinblick auf die Gesetzesgrundlage?

Inwieweit tragen MZEB dazu bei, die medizinische Versorgungslücke von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung zu schließen?

Falls Versorgungslücke besteht: Was muss Ihrer Meinung nach noch getan werden, um die Versorgungslücke zu schließen?

6.2 Welche Versorgungsschwerpunkte werden in MZEB gesetzt?

Inwieweit kann anhand dieser Angebote - zusätzlich zu bereits bestehenden - für Patient:innen in MZEB die bisher beklagte Versorgungslücke geschlossen werden? Was erweist sich als positiv, was eher als hemmender Aspekt bei der Finanzierung (Was funktioniert gut, was eher nicht?)

37. Finanzielle Aspekte

7.1 Bitte erzählen Sie uns, welche Herausforderungen/Aspekte sind aus Ihrer Sicht wichtig, wenn es um die Leistungsvergütung der Behandlungen/Leistungen im MZEB geht.

Finanzierung mobiler Leistungen (Team kommt in notwendigen Situationen zu einem Hausbesuch, Online-Sprechstunde).

Welche Aspekte werden bei der finanziellen Vergütung und den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt? Erhöhter Zeitaufwand während der Behandlung berücksichtigt (z. B. Zuschlag auf Punktwert bestimmter Leistungen)?

Die Corona-Pandemie dauert nun bereits seit einem Jahr an. Verschiedene Gegebenheiten, wie z. B. Lockdown haben Auswirkungen mit sich gebracht.

38. Corona-Pandemie

9.1 Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die Finanzierung, Etablierung, den Zugang und die medizinische Versorgung eines MZEB?

Auswirkung auf Etablierungsprozess Verhandlungsgespräche erschwert? Anpassung der Vergütungsverträge? Finanzielle Förderung der Telemedizin (wenn vorhanden)?

Sicherstellung der Behandlungskontinuität

Wir kommen nun zu unserem letzten Themenblock. Nachdem wir nun einiges über MZEB erfragt haben, würde uns noch interessieren, was Ihre Einschätzung für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung in MZEB ist

39. Zukunftsaussicht

In welcher Rolle sieht sich die KV?

z. B. weitere Angebote,
Informationsbeschaffung erweitern

10.1 Wie kann die medizinische
Versorgung in MZEB und für Menschen
mit Behinderungen seitens der
Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt
und weiterentwickelt werden?

10.2 Welche gesetzlichen Änderungen und
politische Maßnahmen bedarf es Ihrer
Meinung nach, um die medizinische
Versorgung für Menschen mit
Behinderungen allgemein und speziell im
MZEB besser gestalten zu können?

Ab § 117 bis § 120 SGB 5

Schluss teil: Nun sind wir am Ende unseres Gesprächs angekommen.

10.3 Nun unsere letzte Frage: Was
möchten Sie uns gerne noch mitteilen, was
nicht angesprochen wurde oder Ihnen
besonders wichtig ist?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

4.5 Leitfaden für Vertreter*innen der Landesbehindertenbeauftragten

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz / (BEta)“

Leitfrage/Stimulus/ Erzählaufforderung	Unterfragen - Inhaltliche Aspekte Stichworte – nur erfragen, wenn nicht von allein thematisiert	Eventualfragen - (Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung/ Beispiele	Notizen
Zu Beginn würde ich Sie bitten, sich einmal vorzustellen, bevor wir inhaltlich in das Thema „medizinische Versorgung“ starten. Vielen Dank für Ihre Vorstellung. Im Folgenden möchten wir zunächst gerne im Allgemeinen über die medizinische Versorgungssituation von Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung in Ihrem Bundesland sprechen.			
<u>Situation in der Region</u> Können Sie bitte einmal beschreiben, wie sich die med. Versorgung für Menschen mit Behinderung konkret in ihrem Bundesland gestaltet?	Wo bestehen Ihrer Meinung nach noch Versorgungslücken? Inwiefern bestehen Hürden bei dem Zugang und der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung von Menschen mit Behinderung in Ihrem Bundesland? Welche Bedarfe sind nicht gedeckt für die medizinische Versorgung der Leistungsnehmer*innen? Was muss sich aus Ihrer Perspektive verändern? Gibt es Faktoren, welche besonders kennzeichnend für die Versorgungssituation in ihrem Bundesland sind?		Eisbrecherfrage → Einstieg

MZEB in der Region

Inwiefern kamen Sie in Ihrer Arbeit als Landesbehindertenbeauftragte*r in Verbindung mit MZEB?

Aus Ihrer Expertensicht, wie wird die Versorgung von Menschen mit Behinderungen (in ihrem Bundesland) über bestehenden MZEB abgedeckt?

Welche Rolle nehmen MZEB in der Versorgungslandschaft in Ihrem Bundesland ein?

MZEB Allgemein

Welche Besonderheiten sehen Sie in der spezialisierten Versorgungsform „MZEB“ für Menschen mit Behinderungen vorliegen.

Wo sehen Sie den Mehrwert von MZEB für die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderungen?

MZEB haben vorrangig eine Diagnose- und Lotsenfunktion. Einige dürfen behandeln, einige nicht. Was ist ihrer Meinung nach sinnvoll?

Inwieweit tragen MZEB dazu bei, die medizinische Versorgungslücke von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung zu schließen?

Falls Versorgungslücke besteht: Was muss Ihrer Meinung nach noch getan werden, um die Versorgungslücke zu schließen?

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Möglichkeit zur Errichtung von MZEB geschaffen. Seither wurden bereits einige MZEB errichtet. Der deutschlandweite Etablierungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

MZEB flächendeckend auf- und ausbauen:

MZEB sind eine notwendige Ergänzung der medizinischen Regelversorgung und müssen zügig deutschlandweit auf- und ausgebaut werden.

Inwieweit ist Ihrer Einschätzung nach der flächendeckende Auf- und Ausbau von MZEB in Ihrem Bundesland gelungen/vorangeschritten?

Mit welchen konkreten Herausforderungen sind Sie beispielsweise konfrontiert?

Welche politischen oder sozialen Rahmenbedingungen würden Sie schaffen, um diesen Prozess zu fördern?

Beteiligung an Etablierung

Beschreiben Sie uns bitte, wie Sie die Etablierung von MZEB, bzw. Träger, die planen ein MZEB zu errichten, unterstützen (können).

Wie können Sie die Anliegen der Träger durch beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit unterstützen?

Welche Möglichkeiten haben Sie, um die Initiator*innen von MZEB zu beraten in diesem Prozess?

Welche typischen Herausforderungen sind bei diesem Prozess zu nennen?

Was sind förderliche und hinderliche Faktoren bei der Etablierung von MZEB (aus deren Sicht)?

Fehlentwicklungen korrigieren:

Ablehnungen reduzieren:
Zulassungsausschüsse dürfen Anträge auf Ermächtigung eines MZEB nur noch ablehnen, wenn sie nachweisen können, dass die Versorgung in der Region tatsächlich ausreichend ist.

Wie gestaltet sich das Zulassungsverfahren Ihrer Einschätzung nach in Ihrem Bundesland?

Inwieweit haben Sie beispielsweise Kenntnisse von (unberechtigten) Ablehnungen zur Etablierung?

Wenn Ablehnung: Welche Gründe hatten diese?

Stichwort oben:
Versorgungslücke, wenn genannt

Behandlungsauftrag klarstellen:

Die Reduktion eines MZEB auf eine reine Lotsenfunktion widerspricht sowohl dem Wortlaut des Gesetzes („Behandlungszentrum“) als auch dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung.

Welche Rolle nehmen Ihrer Meinung nach MZEB im Versorgungskontext von Menschen mit Behinderung ein?

Welchen Auftrag verfolgen die MZEB (Stichwort: Lotse, Koordinieren, etc.)?

Was könnten Gründe dafür sein, dass einige MZEB eine Diagnose- oder Koordinierungsfunktion haben?

Welche Vorteile oder Nachteile sehen Sie bei diesem Vorgehen?

Verfahrensdauer festlegen:

Die maximale Verfahrensdauer bis zum Abschluss der Vergütungsverhandlungen muss festgelegt werden. Wird die Verfahrensdauer überschritten, gilt das MZEB automatisch als ermächtigt (Rechtsfolge).

Inwiefern haben Sie Kenntnisse bezüglich der Verfahrensdauer?

Wenn Sie spekulieren müssten: Was könnten die Gründe für eine lange Verfahrensdauer, bis zu zwei Jahren, sein?

Welche Möglichkeiten haben Sie, die Verhandlungspartner*innen zu unterstützen?

MZEB unterstützen:

MZEB müssen im Antragsverfahren aktiv beraten und unterstützt werden, zum Beispiel durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (K)BV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV).

Vergütungsverhandlungen werden an Bedingungen geknüpft, die ein wirtschaftliches Arbeiten eines MZEB fast unmöglich machen.

Inwieweit nehmen Sie das Antragsverfahren als transparent wahr?

Welche Möglichkeiten haben Sie, hierfür Rahmenbedingungen oder Aufmerksamkeit zu schaffen?

Wie schätzen Sie die Vergütungspauschale ein?

Welche Gründe könnten die durchaus unterschiedlichen und individuell

Relativ eng verknüpft mit Zugang zu MZEB: „zum Beispiel wenn die Kriterien, wer behandelt werden darf, so eng formuliert werden, dass die meisten Patient*innen abgewiesen werden müssen, oder Bewohner*innen in Einrichtungen des gleichen Trägers gleich ganz ausgeschlossen oder zahlenmäßig begrenzt werden.“

verhandelten
Finanzierungsvereinbarung haben?

Ich möchte nun konkreter auf den Zugang zum MZEB und die damit verbundenen Zugangsvoraussetzungen eines MZEB eingehen.

Zugang zu MZEB

Aus Ihrer Sicht als Landesbehinderten-vertreter*in, wie erleben Sie den Zugang von Menschen mit Behinderung zu MZEB?

Ist die Versorgungsleistung in unserem Gesundheitswesen für Menschen mit Behinderungen gut erreichbar?

Bestehen Unterstützungs-möglichkeiten zum Zugang?

Welche Veränderungsvorschläge haben Sie, um den Zugang zu erleichtern?

Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der haus-/fachärztlichen Versorgung zum MZEB (spezialisierte Versorgung)?

Bewertung der Zugangskriterien

Eine der Zugangsvoraussetzung zu einem MZEB ist ein GdB von 70. Wie bewerten Sie diese Zugangsvoraussetzungen für ein MZEB?

Wozu gibt es solche Zugangsvoraussetzungen?

Ist ihrer Meinung nach eine Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen sinnvoll?

Um welchen Personenkreis der Anspruchsberechtigten sollte eine Erweiterung neben den gesetzlich festgelegten Zugangskriterien (falls nötig) stattfinden?

Forderung Bundesbeauftragter 2019: Personenkreis angemessen definieren: = Zugang zum MZEB

Der Personenkreis, der in einem MZEB behandelt werden kann, muss so definiert werden, dass die bisherige Auslegungspraxis aufhört und Menschen, die von einer Behandlung profitieren könnten, nicht mehr ausgeschlossen werden dürfen.

Transition SPZ - MZEB

Ein weiterer Zugangsweg zum MZEB kann über das SPZ erfolgen. Volljährige Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung sollen durch MZEB eine Anschlussversorgung erhalten.

Bestehen hierbei spezifische Programme oder Transitionssprechstunden?

Inwiefern wurde Ihnen zugetragen, dass bei dem Transitionsprozess Probleme / Herausforderung bestehen?

Können Sie bitte berichten, inwiefern in Ihrem Bundesland die Transition vom SPZ ins MZEB erfolgt?

Bestehen finanzielle Hilfen? (Kostenübernahme von Transitionssprechstunden in MZEB oder SPZ)

Bekanntheit von MZEB

Können Sie bitte beschreiben, wie Sie die Bekanntheit von MZEB in Ihrem Bundesland einschätzen?

...bei Patienten/deren Angehörigen
...bei niedergelassenen Ärzt*innen
...bei Einrichtungen

z. B. Informationslage über MZEB bei der Zielgruppe/Angehörigen, /Haus:ärztinnen, Überweisungen Haus-/Fachärzt:innen,

Welche Maßnahmen würden Sie veranlassen, um die Bekanntheit der MZEB zu steigern?

Nachdem wir die Zugangsvoraussetzungen eines MZEB thematisiert haben, möchte ich nun auf die medizinische Versorgung durch MZEB eingehen.

Medizinische Versorgung durch MZEB

Wie beurteilen Sie den aktuellen Stand der Inanspruchnahme und medizinischen Versorgung von MZEB in Ihrem Bundesland?

Was beeinflusst die Inanspruchnahme?

Hinderliche Faktoren /
Förderliche Faktoren

Welche Änderungen liegen hinsichtlich der medizinischen Versorgung vor/sind zu beobachten, seit MZEB bestehen?

Schwerpunktsetzung in MZEB

Können Sie bitte beschreiben, soweit Ihnen bekannt, welche Versorgungsschwerpunkte in den MZEB in Ihrem Bundesland gesetzt werden?

Wie beurteilen Sie die Schwerpunktsetzung von MZEB?

Was sind Vor- und Nachteile davon?

**Multiprofessionelle Zusammenarbeit /
Interne Vernetzung MZEB**

Das Behandlungsteam in MZEB ist i. d. R. sehr multiprofessionell aufgestellt, d. h. neben ärztlichen Leistungserbringern sind dort auch nicht-ärztliche Behandler*innen tätig. Inwieweit stellt die Zusammenarbeit einen Mehrwert für die MZEB dar?

Ist Ihnen bekannt welche Faktoren sich hinderlich auf die multidisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des MZEB auswirken?

z. B. Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe, Kommunikation, verfügbare Behandlungszeit

Behandlungen im MZEB

Können Sie uns von Herausforderungen berichten, die Ihnen bei der med. Versorgung von Menschen mit Behinderung u. a. im MZEB berichtet wird?

Können Sie beschreiben, wie diesen Herausforderungen begegnet werden könnte?

Externe Vernetzung von MZEB

Die Vernetzung von MZEB untereinander und mit Stakeholdern und externen Kooperationspartnern stellt eine zentrale Aufgabe von MZEB dar.

Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Vernetzung von MZEB?
Wie könnte für bessere Vernetzung gesorgt werden bzw. welche Möglichkeiten bestehen derzeit?

Können Sie beschreiben, inwiefern Schwierigkeiten bei der Vernetzung von MZEB mit anderen Stakeholdern, MZEB oder externen Kooperationspartner*innen bestehen?

Was können Sie als Landes-behindertenbeauftragte*r zur Förderung der Vernetzung beitragen?
Welche Vorteile gehen aus der Vernetzung von MZEB hervor?

Die Corona-Pandemie dauert nun bereits seit einem Jahr an. Verschiedene Gegebenheiten, wie z. B. Lockdown haben Auswirkungen mit sich gebracht.

Corona-Pandemie: med. Versorgung

Ist Ihnen bekannt, ob und wenn ja wie die Corona-Pandemie die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung u. a. in MZEB, beeinflusst hat?

Ggf. auch nach Zugang während Corona-Pandemie fragen.

Corona-Pandemie: Etablierung

Können Sie bitte beschreiben, welchen Einfluss die Corona-Pandemie auf die Etablierung von MZEB hat bzw. hatte?

Finanzielle Förderung der Telemedizin?
Verhandlungsgespräche erschwert?
Etablierungsprozess? Anpassung der Vergütungsverträge?

Sicherstellung der
Behandlungskontinuität

Wir kommen nun zu unserem letzten Themenblock. Nachdem wir nun einiges über MZEB erfragt haben, würde uns noch interessieren, was Ihre Einschätzung für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung in MZEB ist

Zukünftige Entwicklung MZEB

Was bedarf es Ihrer Einschätzung nach zukünftig, um eine adäquate und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für Erwachsene mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung, so wie sie in der UN-BRK gefordert wird, in Ihrem Bundesland zu gewährleisten?

Welche Anpassungen / Veränderungen sind notwendig?

Unterstützung bei med. Versorgung

Bitte erzählen Sie uns, wie Sie als Landesbehindertenbeauftragte*r die Etablierung von und medizinische Versorgung in MZEB fördern möchten?

z. B. beim Auffinden von einem gutem MZEB? Überweisungen vom Haus-/Facharzt zum MZEB?

Wünsche an Politik/Gesetzgebung

Welche gesetzlichen Änderungen und politische Maßnahmen bedarf es Ihrer Meinung nach, um die medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen u. a. im MZEB besser zu gestalten?

Schlussteil: Nun sind wir am Ende unseres Gesprächs angekommen.

Nun unsere letzte Frage: Was möchten Sie uns gerne noch mitteilen, was nicht angesprochen wurde oder Ihnen besonders wichtig ist?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Anlage 5: MZEB in Deutschland (Zusammenfassung der Ergebnisse)

MZEB in Deutschland: Zusammenfassung der Ergebnisse aus der BEta-Studie zu Strukturmerkmalen von MZEB, Barrieren bei der Etablierung und medizinischen Versorgung

Projekt: „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“ (kurz: BEta)

Laufzeit: 01.08.2020 - 30.11.2023

Förderer: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses

Förderkennzeichen: 01VSF19010

Konsortialführung: Prof. Dr. Katharina Rathmann (Hochschule Fulda)

Konsortialpartnerin: PD Dr. Ute Karbach (Universität zu Köln)

Projektmitarbeitende: Natalie Steeb und Lorena Denise Wetzel (Hochschule Fulda), Saskia Gollasch und Anja Rotthowe (Universität zu Köln)

Fulda, den 30.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund der BEta-Studie	3
Ziele und Methodik der BEta-Studie	5
Methodisches Vorgehen der BEta-Studie	6
Ergebnisse der BEta-Studie	7
Etablierungsstand, Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB in Deutschland (Arbeitspaket 1)	10
Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 1)	12
Barrieren bei der Etablierung von MZEB (Arbeitspaket 2)	17
Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3)	18
Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren	20
Zusammenfassung	24
Projektteam	27
Interne Publikationen zum Thema	29
Kongressbeiträge zum BEta-Projekt	30
Literaturverzeichnis	32
Impressum	34

Hintergrund der BEta-Studie

Trotz des in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) festgeschriebenen Rechts auf Gesundheit, erfahren Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zahlreiche Barrieren bei der medizinischen Versorgung (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021; Bössing et al. 2019; Wetzel und Rathmann 2020). Zudem verfügen Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vielfach über spezielle und z. T. komplexe Bedarfe bei der medizinischen Versorgung, die insbesondere in der Regelversorgung oft nicht erfüllt werden (können) (Brem und Stockmann 2020; Sappok et al. 2019). In Artikel 25 der UN-BRK (2017) sowie durch die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011) werden daher ergänzende, spezialisierte Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung gefordert.

Für Kinder und Jugendliche, „(...) die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“ (§ 119 Abs. 2 SGB V) besteht bereits seit 1968 eine spezialisierte ambulante Versorgung durch „Sozialpädiatrische Zentren“ (SPZ). Eine entsprechende Anschlussversorgung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen bestand lange Zeit nicht (Bredel-Geißler 2019a). 2015 wurde mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes der § 119c SGB V eingeführt, wodurch „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen“ (MZEB) ermächtigt werden können.

MZEB sind spezialisierte ambulante Versorgungseinrichtungen, die „(...) fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung (...)“ stehen und dazu dienen „(...) eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung (...)“ von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu gewährleisten, „(...) soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung (...) sicherzustellen“ (§ 119c Abs. 1 SGB V). MZEB ermöglichen eine zielgruppenspezifische medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen durch ein multiprofessionelles Team aus ärztlichen und nicht-ärztlichen Behandlungspersonen (Schülle 2017). Im Sinne der Versorgungskontinuität können MZEB als Anschlussangebot für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen dienen, die zuvor in einem SPZ versorgt wurden (Bredel-Geißler 2019a).

Auch mehrere Jahre nach der gesetzlichen Einführung von MZEB ist noch unklar, wie sich der bundesweite Etablierungsstand von MZEB gestaltet. Es bestehen außerdem kaum Informationen dazu, welche Strukturmerkmale (z. B. Trägerschaft, Einzugsgebiet, fachärztliche Ausrichtung der Leitungsperson) und Versorgungsschwerpunkte MZEB aufweisen. Zudem gibt es bislang weder umfangreiche, noch nach Etablierungsstand differenzierte Erhebungen, welche die Barrieren bei der Etablierung von und bei der medizinischen Versorgung in MZEB untersuchen. Das Projekt „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in MZEB: Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“ („BEta“) knüpft an diese Forschungslücken an.

Das BEta-Projekt verfolgt das Ziel, MZEB mit deren Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten zu erfassen, sowie Barrieren bei der MZEB-Etablierung und bei der medizinischen Versorgung in MZEB zu untersuchen. Mit längsschnittlichem Studiendesign und quantitativen sowie qualitativen Methoden erfolgt eine Befragung von MZEB-Leitungspersonen (d. h. administrative oder ärztliche Leitungspersonen von MZEB bzw. Geschäftsführung des Trägers), MZEB-Behandlungspersonen (d. h. behandelndes Fachpersonal in MZEB, u. a. ärztliches und nicht-ärztliches Personal, Verwaltungsmitarbeitende etc.) und relevanten Stakeholdern (d. h. Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), der Fachverbände für Menschen mit Behinderung (FV), der Träger der freien Wohlfahrtspflege (FW) sowie Vertreter*innen der amtierenden

Vorstandsmitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (BAG MZEB) und Landesbehindertenbeauftragte bzw. deren Vertretung (LBB) zu diesen Schwerpunkten.

Ziele und Methodik der BEta-Studie

Das BEta-Projekt wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF19010, Laufzeit: 01.08.2020 - 30.11.2023) und steht unter der Leitung von Prof. Dr. Rathmann (Konsortialführung, Hochschule Fulda) und PD Dr. Karbach (Konsortialpartner, Universität zu Köln).

Fragestellungen

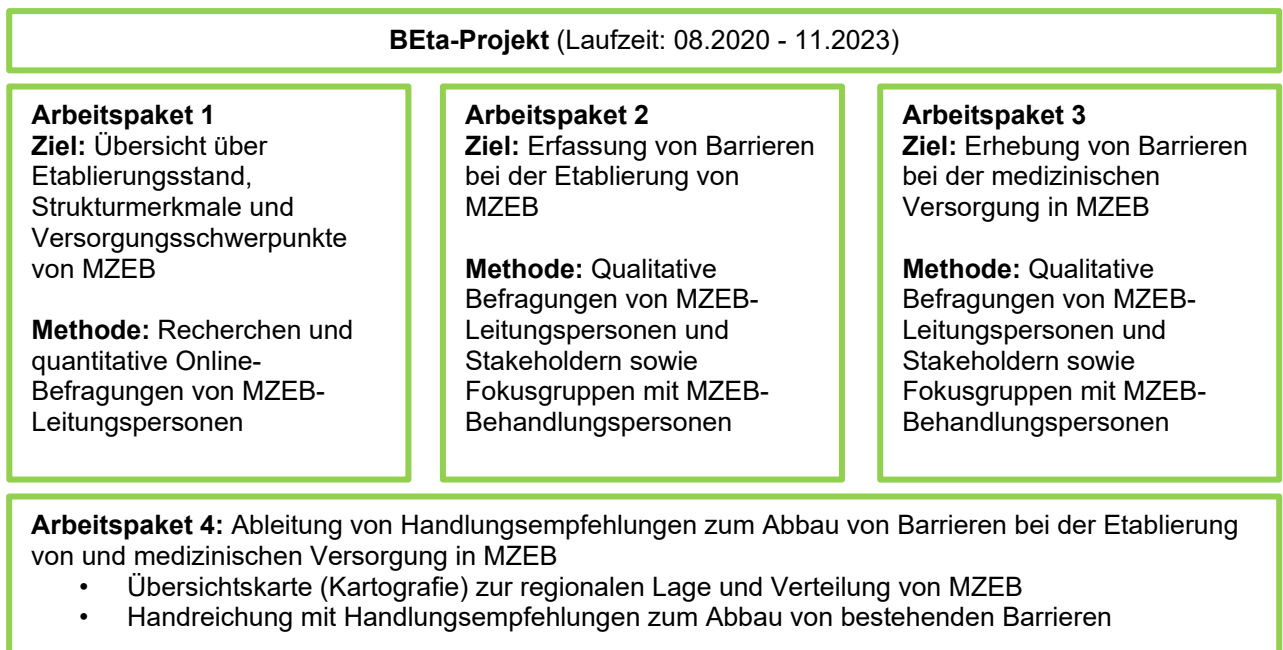
Das BEta-Projekt verfolgt folgende Fragestellungen:

1. Wie viele MZEB mit welchen Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten existieren bereits bzw. befinden sich im Aufbau in Deutschland?
2. Wie gestaltet sich der Etablierungsprozess von MZEB, unter besonderer Berücksichtigung potentieller Etablierungsbarrieren in Abhängigkeit unterschiedlicher Entwicklungsstände und Regionen der MZEB?
3. Welche Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB erleben MZEB-Leitungspersonen, MZEB-Behandlungspersonen und zentrale Stakeholder?
4. Welche Handlungsempfehlungen zum Abbau der Barrieren lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten?

Arbeitspakete

Das BEta-Projekt umfasst insgesamt vier Arbeitspakete (Abbildung 1). Arbeitspaket 1 beschäftigt sich mit der quantitativen Ist-Standanalyse von MZEB in Deutschland. Arbeitspaket 2 bzw. 3 fokussieren die qualitative Erhebung von Barrieren bei der Etablierung von bzw. bei der medizinischen Versorgung in MZEB. Arbeitspaket 4 zielt auf das Ableiten von Handlungsempfehlungen zur Überwindung der identifizierten Barrieren (Ergebnisformate: Übersichtskarte (Kartografie) und Handreichung, Bestandteile der vorliegenden Zusammenfassung).

Abbildung 1: Ziele und methodisches Vorgehen des BEta-Projekts



Methodisches Vorgehen der BEta-Studie

Das methodische Vorgehen wird im Folgenden, differenziert nach den Arbeitspaketen, dargestellt.

Arbeitspaket 1: Ist-Standanalyse zum Etablierungsstand, den Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten von MZEB

- **Ziel:** Übersicht über den Etablierungsstand, die Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB in Deutschland.
- **Methodik:**
 - Recherchen nach MZEB
 - Erste Recherche: Dezember 2020 - Februar 2021
 - Zweite Recherche: Oktober - Dezember 2022
 - Dritte Recherche: Februar - Juni 2023
 - Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen (t0, t1)
 - t0: Februar - Mai 2021 (Kontaktiert: N=61, Rücklauf: n=40)
 - t1: November 2022 - Januar 2023 (Kontaktiert: N=72, Rücklauf: n=41)

Arbeitspaket 2 und 3: Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB

- **Ziel:** Erfassung von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB.
- **Methodik:**
 - N=25 Expert*inneninterviews mit Stakeholdern (BAG MZEB: n=2, FV/FB: n=5, GKV: n=6, KV: n=7, LBB: n=5): Januar 2021 - Juni 2022
 - N=29 Expert*inneninterviews mit MZEB-Leitungspersonen (t0, t1, t2)
 - t0: Februar 2021 - September 2021 (n=13)
 - t1: Januar - März 2022 (n=4)
 - t2: November 2022 - März 2023 (n=12)
 - N=8 Fokusgruppen mit MZEB-Behandlungspersonen: Juli 2021 - Januar 2022

Arbeitspaket 4: Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB

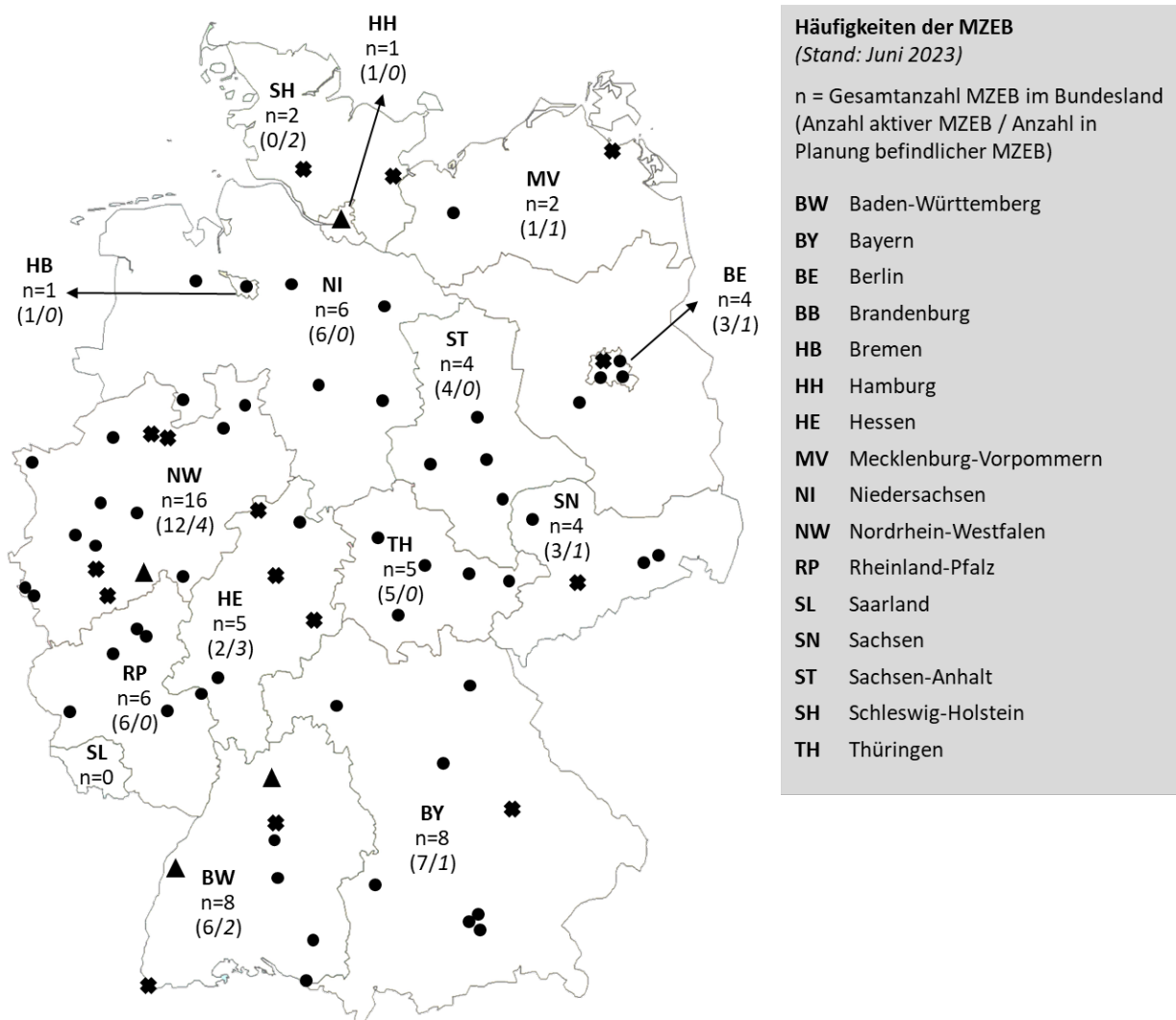
- **Ziel:** Ableitung von Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB.
- **Methodik:**
 - N=3 jährliche stattfindende Beiratstreffen
 - N=2 Austauschforen mit MZEB, Stakeholdern, Projektbeirat
- **Ergebnisformate (Bestandteile der vorliegenden Zusammenfassung):**
 - Übersichtskarte (Kartografie) zur regionalen Lage und Verteilung von MZEB.
 - Handreichung mit Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB.

Ergebnisse der BEta-Studie

Übersicht über die regionale Lage und Verteilung von MZEB (Kartografie)

Laut bundesweiten Recherchen nach MZEB (Stand: Juni 2023) bestehen bundesweit N=73 MZEB. Davon sind n=58 aktiv (d. h. ermächtigt, mit Finanzierungsgrundlage und versorgen aktiv Patient*innen) und n=15 in Planung befindlich (d. h. an verschiedenen Stellen des Ermächtigungsprozesses). Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, sind MZEB regional unterschiedlich verteilt. Die meisten aktiven MZEB befinden sich in den bevölkerungsreichen Bundesländern (n=12 Nordrhein-Westfalen, n=7 Bayern). Im Saarland und in Schleswig-Holstein sind bislang keine MZEB aktiv.

Abbildung 2: MZEB in Deutschland, differenziert nach dem Etablierungsstand (N=73)



Legende:

- Kreis: Aktive MZEB nach § 119c SGB V
- Dreieck: Nicht nach § 119c SGB V ermächtigt
- Kreuz: In Planung befindliche MZEB

Anmerkung: Die Übersichtskarte basiert auf drei Recherchen (letzte Aktualisierung: Juni 2023) und Informationen von Interviewpartner*innen. Die Angaben sind ohne Gewähr. Der Ermächtigungsstatus ist unter Vorbehalt zu betrachten. Aus Zwecken der Übersichtlichkeit wird pro Stadt nur ein Kreis/Dreieck/Kreuz dargestellt, auch wenn mehrere MZEB in dieser befindlich sind.

Tabelle 1: Übersicht MZEB in Deutschland (N=73, Stand: Juni 2023)

Übersicht MZEB in Deutschland (N=73)	
Baden-Württemberg (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=2)	
70176 Stuttgart 72762 Reutlingen 74821 Mosbach 77694 Kehl-Kork 88074 Meckenbeuren 88427 Bad Schussenried	71640 Ludwigsburg (in Planung) 79576 Weil am Rhein (in Planung)
Bayern (aktive MZEB n=7 in Planung befindliche MZEB n=1)	
80804 München 81377 München 85540 Haar 89331 Burgau 90592 Schwarzenbruck 95445 Bayreuth 97076 Würzburg	93055 Regensburg (in Planung)
Berlin (aktive MZEB n=3 in Planung befindliche MZEB n=1)	
10365 Berlin 12207 Berlin 13156 Berlin	12351 Berlin Neukölln (in Planung)
Brandenburg (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
14547 Beelitz-Heilstätten	
Bremen (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
28205 Bremen*	
Hamburg (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=0)	
22297 Hamburg	
Hessen (aktive MZEB n=2 in Planung befindliche MZEB n=3)	
34125 Kassel 65795 Hattersheim	36041 Fulda (in Planung) 34454 Bad Arolsen (in Planung) 34613 Schwalmstadt (in Planung)
Mecklenburg-Vorpommern (aktive MZEB n=1 in Planung befindliche MZEB n=1)	
19055 Schwerin	17475 Greifswald (in Planung)
Niedersachsen (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=0)	
26122 Oldenburg 27356 Rotenburg (Wümme) 29525 Uelzen 30625 Hannover 38102 Braunschweig 49706 Osnabrück	
Nordrhein-Westfalen (aktive MZEB n=12 in Planung befindliche MZEB n=4)	
32549 Bad Oeynhausen 33617 Bielefeld 40764 Langenfeld 41462 Neuss* 45138 Essen 47551 Bedburg-Hau 48653 Coesfeld 51588 Nümbrecht 52062 Aachen 52074 Aachen 57076 Siegen 58135 Haspe (Hagen)	48149 Münster (in Planung) 48163 Münster (in Planung) 51149 Köln (in Planung)** 53111 Bonn (in Planung)

Rheinland-Pfalz (aktive MZEB n=6 in Planung befindliche MZEB n=0)	
54294 Trier 55122 Mainz 55543 Bad Kreuznach 56564 Neuwied 56566 Neuwied 56761 Dungenheim	
Saarland (aktive MZEB n=0 in Planung befindliche MZEB n=0)	
Derzeit kein MZEB	
Sachsen (aktive MZEB n=3 in Planung befindliche MZEB n=1)	
01129 Dresden 01454 Radeberg 04103 Leipzig	09113 Chemnitz (in Planung)
Sachsen-Anhalt (aktive MZEB n=4 in Planung befindliche MZEB n=0)	
06110 Halle (Saale) 06406 Bernburg 06502 Thale OT Neinstedt 39114 Magdeburg	
Schleswig-Holstein (aktive MZEB n=0 in Planung befindliche MZEB n=2)	
	23538 Lübeck (in Planung) 25524 Itzehoe (in Planung)
Thüringen (aktive MZEB n=5 in Planung befindliche MZEB n=0)	
07548 Gera 07747 Jena 98527 Suhl 99089 Erfurt 99974 Mühlhausen	

Legende:

* MZEB vorübergehend geschlossen, Wiedereröffnung nach Auskunft des MZEB voraussichtlich Beginn 2024.

** Nach Auskunft des Trägers ruht derzeit die Planung des MZEB, wird allerdings ggf. wieder aufgegriffen.

Anmerkungen: Die vorliegende tabellarische Übersicht basiert auf drei Recherchen (letzte Aktualisierung: Juni 2023) und Informationen von Interviewpartner*innen. Die Angaben sind ohne Gewähr. Der Ermächtigungsstatus ist unter Vorbehalt zu betrachten.

Etablierungsstand, Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB in Deutschland (Arbeitspaket 1)

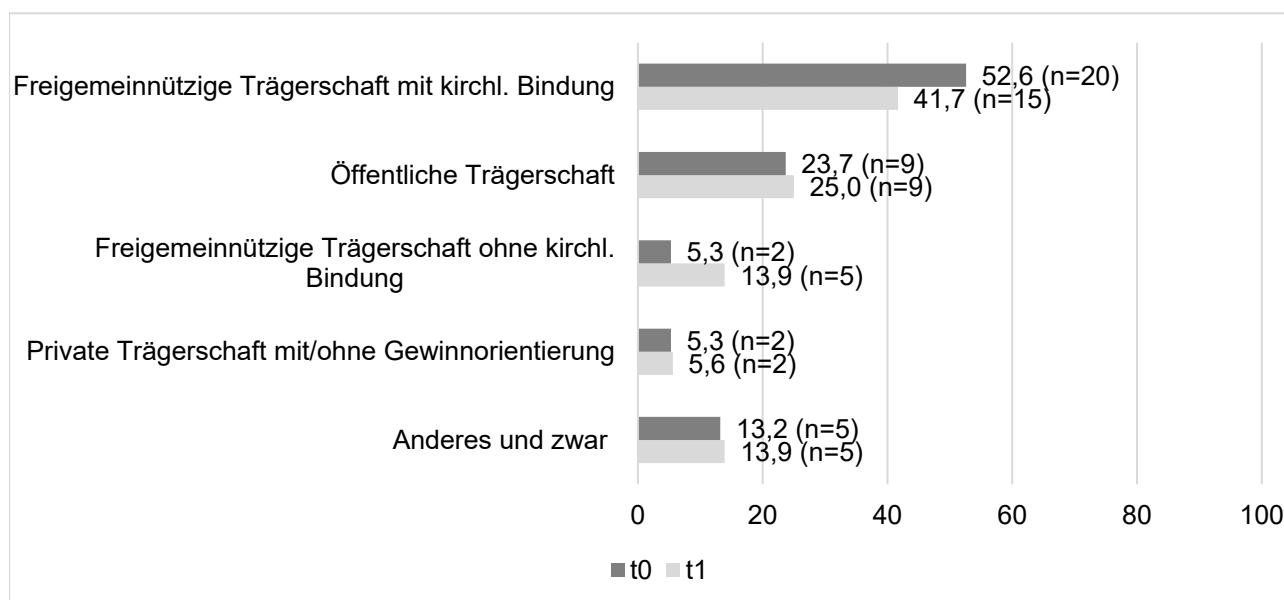
Mit den Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen (t0, t1) wurden Strukturmerkmale (u. a. Trägerschaft, Einzugsgebiet, fachärztliche Ausrichtung der MZEB-Leitung) und Versorgungsschwerpunkte von MZEB erfasst.

- **t0-Erhebung:** N=61 MZEB-Leitungspersonen (Kontaktaufnahme: Februar 2021, Rücklauf: bis Mai 2021): n=40 (65,6 %) (auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt)
 - Aktive MZEB: 82,5 %, n=33
 - In Planung befindliche MZEB: 17,5 %, n=7
- **t1-Erhebung:** N=72 MZEB-Leitungspersonen (Kontaktaufnahme: November 2022, Rücklauf: bis Januar 2023): n=41 (56,9 %) (auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt)
 - Aktive MZEB: 94,2 %, n=33
 - In Planung befindliche MZEB: 5,7 %, n=2
 - Etablierungsstand aufgrund fehlender Angabe nicht ermittelbar: n=6

Trägerschaft

Die MZEB der Online-Befragung befinden sich am häufigsten in freigemeinnütziger, kirchlicher Trägerschaft (t0: 52,6 %, n=20; t1: 41,7 %, n=15) (Abbildung 3). Ca. 13 % (n=5) machen sonstige Angaben und nennen Krankenhäuser oder Stiftungen.

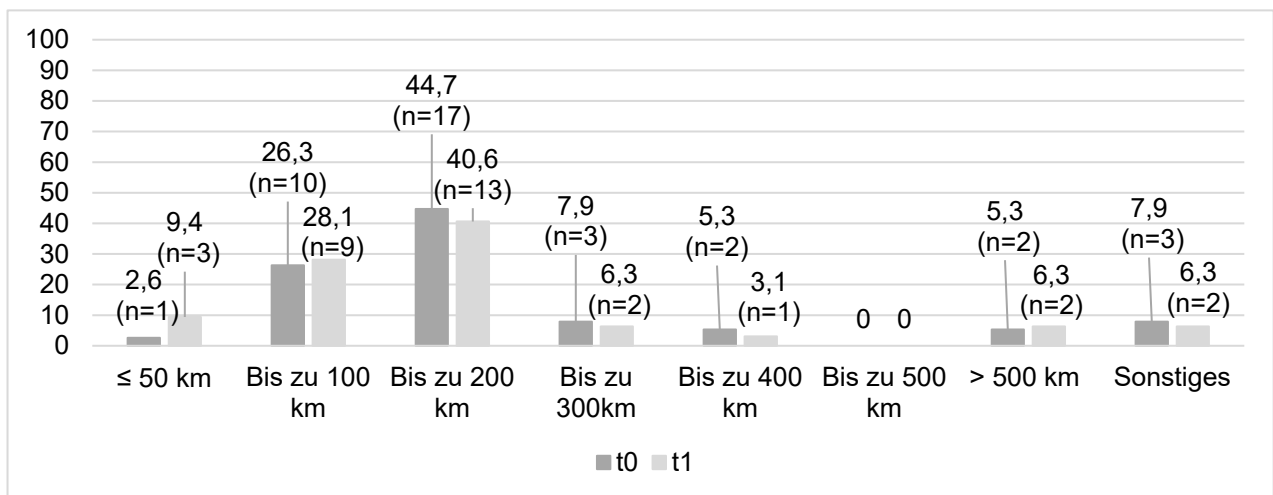
Abbildung 3: Trägerschaft der MZEB der Online-Befragungen, differenziert nach Messzeitpunkt (t0: n=38, t1: n=36) in % (n in Klammern)



Einzugsgebiet

Die Befragten¹ berichten am häufigsten von einem Einzugsgebiet² von „bis zu 200 km“ (t0: 44,7 %, n=17; t1: 40,6 %, n=13) und „bis zu 100 km“ (t0: 26,3 %, n=10; t1: 28,1 %, n=9) (Abbildung 4). Unter Sonstiges geben 7,9 % (n=3) in der t0-Erhebung an, die Frage (noch) nicht beantworten zu können. In der t1-Erhebung wird unter „Sonstiges“ (6,3 %, n=2) berichtet, dass das Einzugsgebiet überwiegend 100 km umfasst, in Ausnahmefällen aber bis zu 500 km beträgt und das aufgrund eines Versorgungsschwerpunktes Personen aus dem ganzen Bundesgebiet versorgt werden.

Abbildung 4: Einzugsgebiet der MZEB der Online-Befragungen, differenziert nach Messzeitpunkt (t0: n=38; t1: n=32) in % (n in Klammern)



Fachärztliche Ausrichtung der MZEB-Leitung

Am häufigsten geben die Befragten folgende Fachrichtung(en) der ärztlichen MZEB-Leitung an (Freitextangabe, Mehrfachangaben möglich): Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie, Orthopädie, Allgemeinmedizin, Rehabilitationsmedizin. Seltener wurden genannt: Geriatrie, Palliativmedizin, Zahnmedizin und Somnologie. Einige Befragte berichten von mehreren fachärztlichen Ausrichtungen der MZEB-Leitung.

Versorgungsschwerpunkte

Auf die Frage nach Versorgungsschwerpunkten³ (Freitextangabe, Mehrfachangaben möglich) wird von den Befragten⁴ eine große Bandbreite an Diagnosen angegeben. Häufig genannt werden: Autismus-Spektrum-Störungen, Epilepsie, genetische Erkrankungen, behinderungsspezifische Syndrome (Brader-Willi, Rett-Syndrom etc.), infantile Cerebralparese, Spastik, Spina Bifida, neuromuskuläre Erkrankungen und Schädel-Hirn-Trauma, Verhaltensauffälligkeiten, Intelligenzminderung. Einige Befragte berichten mehrere Versorgungsschwerpunkte. Einzelne MZEB halten konkrete Versorgungsschwerpunkte (z. B. Spina Bifida, Epilepsie) vor und sind in Deutschland dafür bekannt. Eine Zuordnung von Versorgungsschwerpunkt zu MZEB kann mit den Ergebnissen nicht erfolgen, da die Fragen anonym gestellt wurden.

¹ Zu t1 haben nur Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) die Frage beantwortet (Filterfrage).

² Das Einzugsgebiet beschreibt die Entfernung zum MZEB, aus dem der Großteil der Patient*innen anreisen.

³ Unter einem Versorgungsschwerpunkt wird ein medizinisches Fachgebiet bzw. eine Gruppe von Erkrankungen verstanden, auf das/die ein MZEB spezialisiert ist und entsprechend ausgebildete Mitarbeitende hat.

⁴ Die Ergebnisse beziehen sich lediglich auf die t1-Erhebung. Die befragten MZEB-Leitungspersonen gaben auf die Frage „Über welche Versorgungsschwerpunkte verfügt Ihr MZEB?“, ihre Antworten in Form von Freitextangabe an.

Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 1)

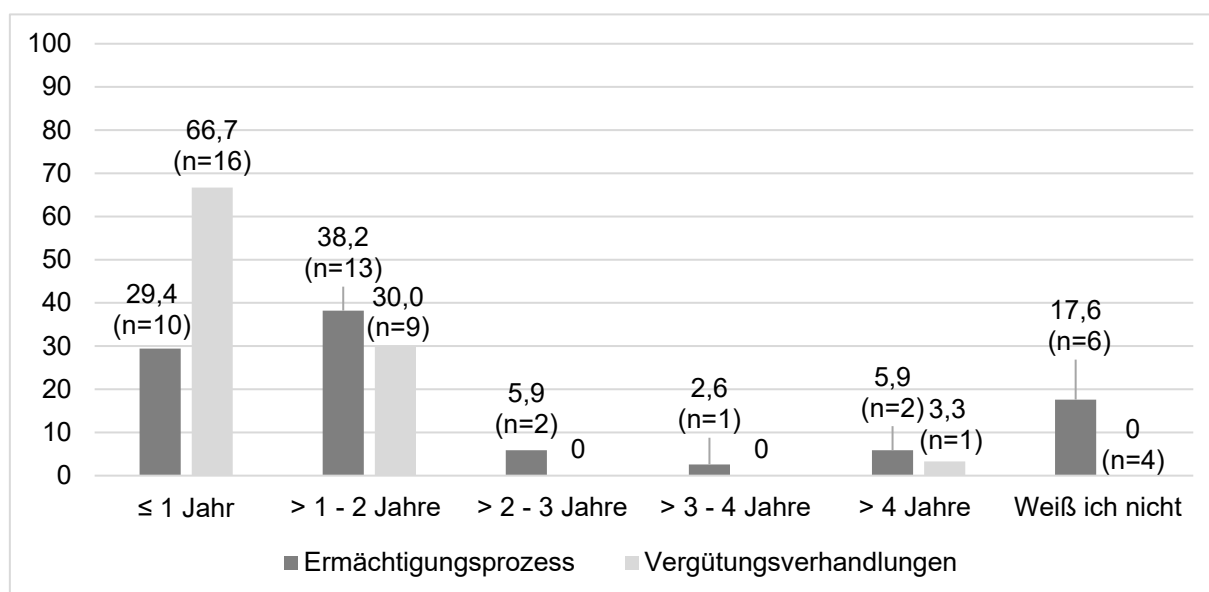
In der Online-Befragung zum Messzeitpunkt t1 wurden auch Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB erfasst.

Dauer des Ermächtigungsprozesses und der Vergütungsverhandlungen

Durchschnittlich geben die Befragten⁵ eine Dauer von gut 1,5 Jahren (19,6 Monate, Min.: 2 Monate, Max.: 72 Monate) für den Ermächtigungsprozess an. Am häufigsten (38,2 %, n=13) berichten die Befragten, dass sie „über ein bis zwei Jahre“ auf die Ermächtigung warteten.

Die Dauer für die Vergütungsverhandlungen wird von den Befragten⁶ mit durchschnittlich ca. 9,5 Monaten angegeben (Min.: 1 Monat, Max.: 60 Monate). Am häufigsten wird eine Dauer von „weniger als einem Jahr“ berichtet (66,7 %, n=16) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Dauer des Ermächtigungsprozesses (n=34) bzw. Dauer der Vergütungsverhandlungen (n=30) der MZEB (Online-Befragung, t1) in % (n in Klammern)



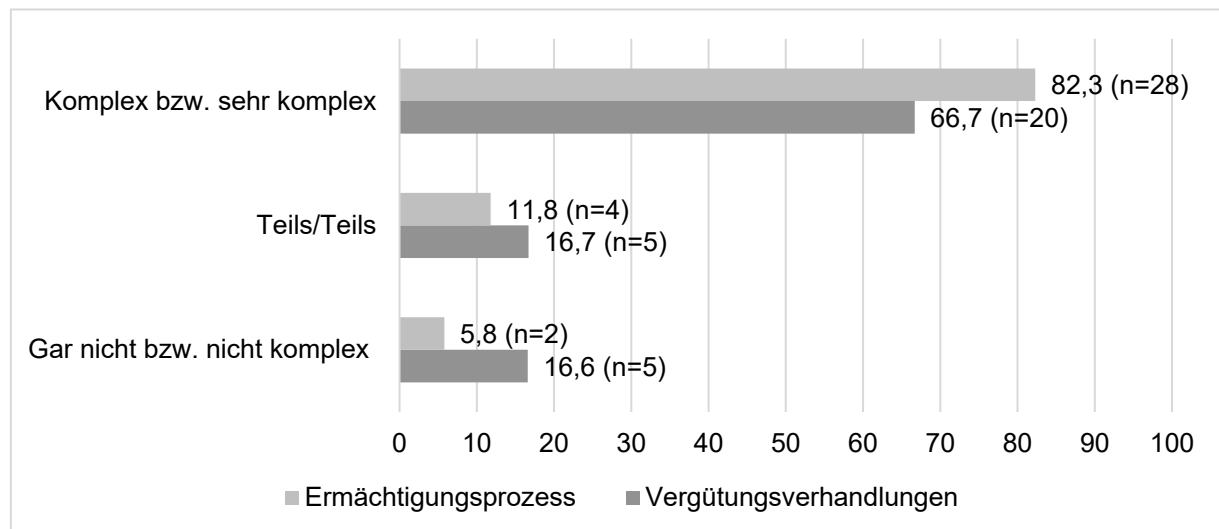
⁵ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage, Freitextangabe).

⁶ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) beantwortet (Filterfrage, Freitextangabe).

Komplexität des Ermächtigungsprozesses und der Vergütungsverhandlungen

Der Großteil der Befragten⁷ (82,3 %, n=28) gibt an, der Ermächtigungsprozess sei „komplex“ bzw. „sehr komplex“. Auch die Vergütungsverhandlungen werden mehrheitlich (66,7 %, n=20) von den Befragten⁸ als „komplex“ bzw. „sehr komplex“ eingeschätzt (Abbildung 6).

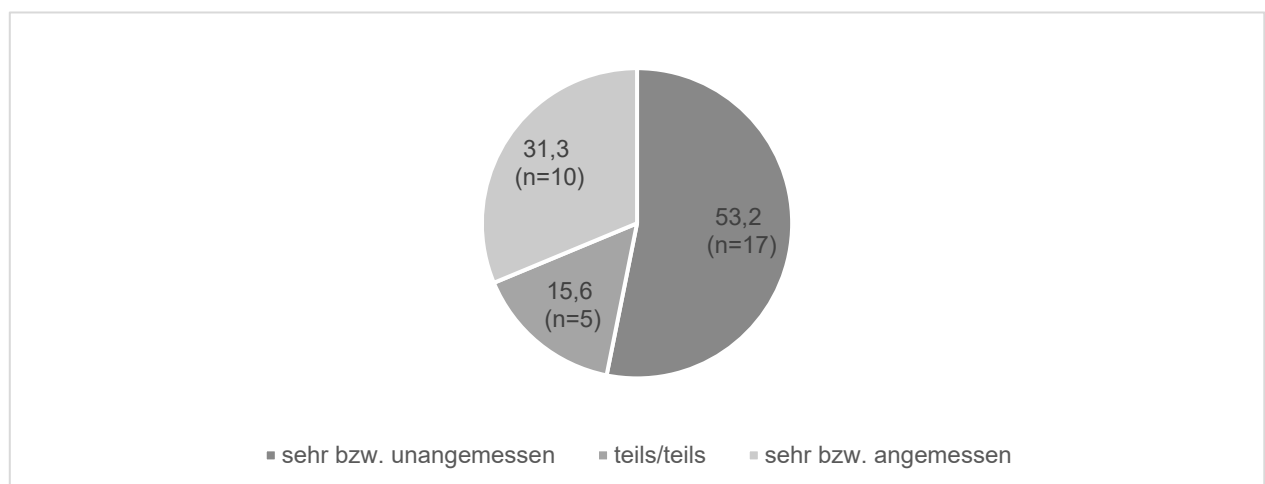
Abbildung 6: Komplexität des Ermächtigungsprozesses (n=34) bzw. der Vergütungsverhandlungen (n=30) (Online-Befragung, t1) in % (n in Klammern)



Angemessenheit der Zugangskriterien

Gut die Hälfte (53,2 %, n=17) der Befragten⁹ gibt an, die Zugangskriterien ihres MZEB „unangemessen“ bzw. „sehr unangemessen“ zu finden (Abbildung 7).

Abbildung 7: Wahrgenommene Angemessenheit der Zugangskriterien des MZEB (Online-Befragung, t1: n=32) in % (n in Klammern)



⁷ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage, 5-stufige Likert-Skala).

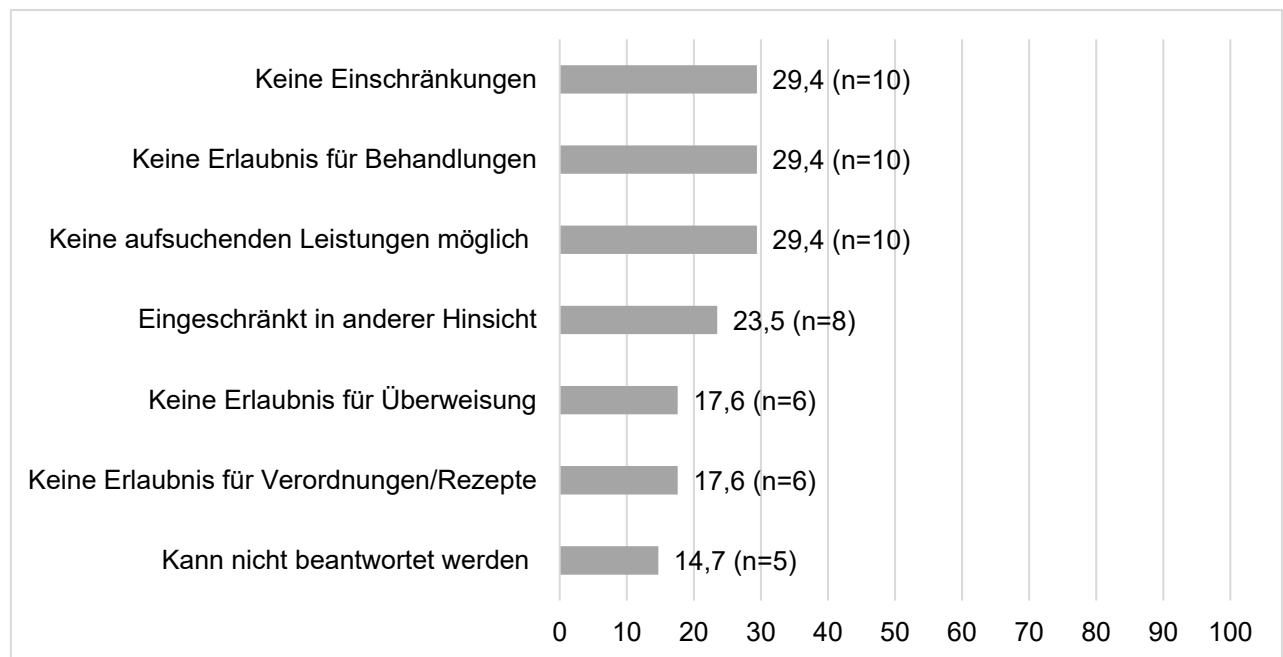
⁸ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB mit Vergütungszusage beantwortet (Filterfrage, 5-stufige Likert-Skala).

⁹ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von aktiven MZEB (d. h. ermächtigt, mit Vergütungszusage, die Patient*innen medizinisch versorgen) beantwortet (Filterfrage, 5-stufige Likert-Skala).

Einschränkungen des Leistungsangebots

Manche MZEB haben aufgrund von Regelungen in der Ermächtigung oder in den Vergütungsvereinbarungen Einschränkungen im Leistungsangebot. 29,4 % (n=10) der Befragten¹⁰ geben an, keine aufsuchenden Leistungen im Wohn- und Arbeitsumfeld der Patient*innen erbringen zu können oder keine Erlaubnis für Behandlungen zu haben. 29,4 % (n=10) der Befragten haben keine Einschränkungen im Leistungsangebot (Abbildung 8).

Abbildung 8: Einschränkungen des Leistungsangebots der MZEB (Online-Befragung, t1: n=34) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)



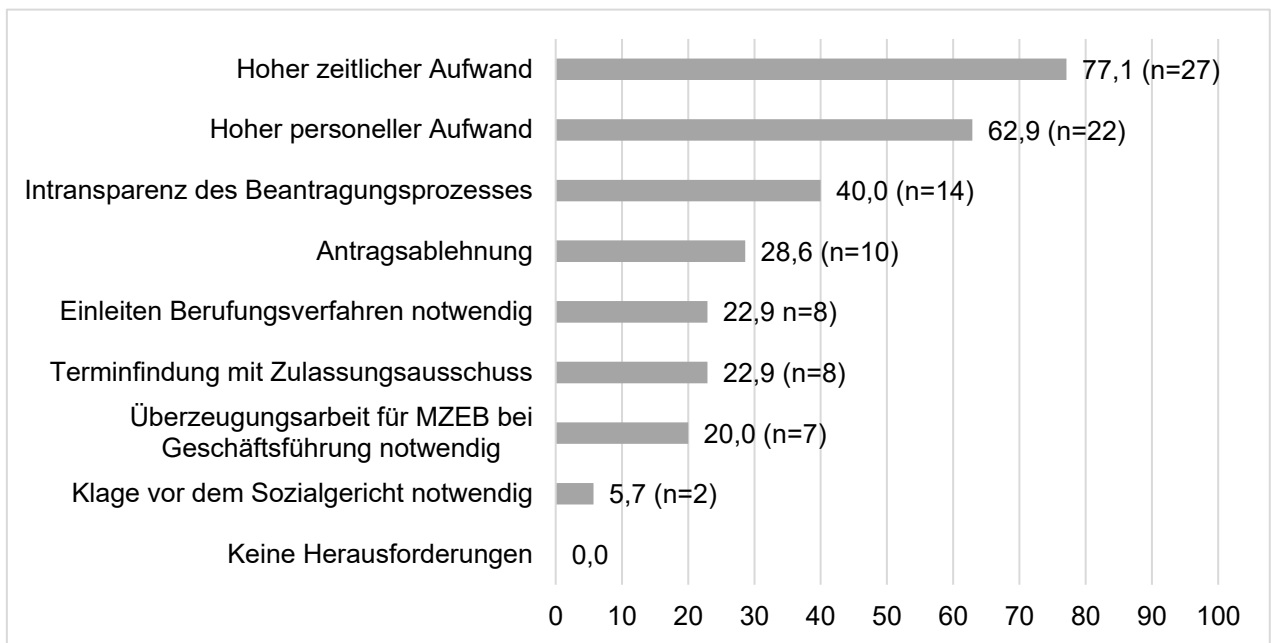
Herausforderungen während des Ermächtigungsprozesses

Am häufigsten geben die Befragten¹¹ einen „hohen zeitlichen Aufwand seitens der MZEB bzw. des Trägers“ (77,1 %, n=27) und einen „hohen personellen Aufwand“ (62,9 %, n=22) als Herausforderung an. Nicht in Abbildung 9 aufgeführt sind die unter „Sonstiges“ (n=5) genannten Herausforderungen (Originalauszug aus den Angaben): Ablehnung [gegenüber dem Vorhaben ein MZEB zu etablieren] seitens der niedergelassenen Ärzt*innen, Dauer des Antragsprozesses, Fallzahlbegrenzung, Überweisungsrecht, Verzögerung durch GKV im Zulassungsausschuss.

¹⁰ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage).

¹¹ Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB beantwortet (Filterfrage).

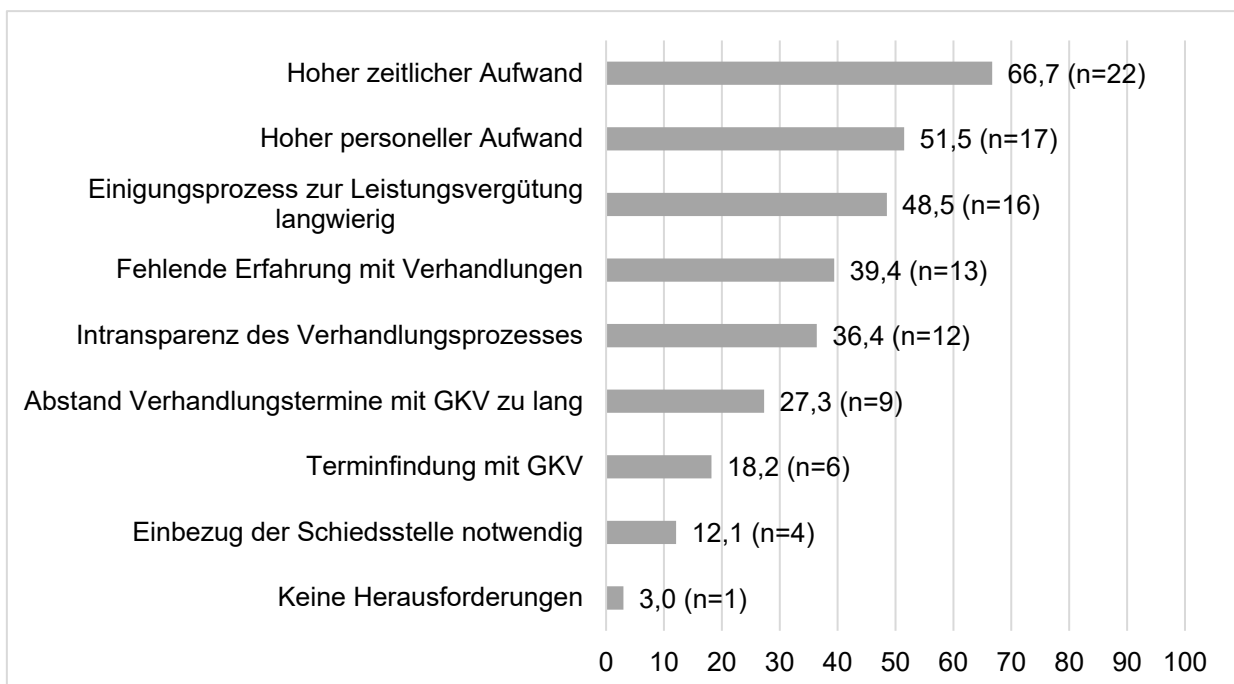
Abbildung 9: Wahrgenommene Herausforderungen während des Ermächtigungsprozesses
(Online-Befragung, t1: n=35) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)



Herausforderungen während den Vergütungsverhandlungen

Die häufigsten Herausforderungen während der Vergütungsverhandlungen stellen, laut den Befragten¹², der „hohe zeitliche Aufwand von Seiten des Trägers/MZEB“ (66,8 %, n=22) und ein „hoher personeller Aufwand“ (51,5 %, n=17) dar (Abbildung 10).

Abbildung 10: Wahrgenommene Herausforderungen während der Vergütungsverhandlungen
(Online-Befragung, t1: n=33) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)



¹² Die Frage wurde nur von befragten MZEB-Leitungspersonen von ermächtigten MZEB mit Vergütungszusage beantwortet (Filterfrage)

Erfahrungen beim Finden von bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen

70,0 % (n=21) der Befragten geben an, dass sie bereits die Erfahrung gemacht haben, dass (potenzielle) Kooperationspartner*innen¹³ keine Zeit für eine Zusammenarbeit mit dem MZEB bzw. die Übernahme von MZEB-Patient*innen haben. 63,6 % (n=19) der Befragten berichten, dass es (potenziellen) Kooperationspartner*innen an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen mangle (Tabelle 2).

Tabelle 2: Erfahrungen beim Finden von bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen (Online-Befragung, t1: n=30) in % (n in Klammern, Mehrfachangaben möglich)

	Ja	Nein
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben keine Zeit für Zusammenarbeit mit MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.	70,0 (21)	30,0 (9)
Potenzielle Kooperationspartner*innen mangelt es an Wissen und Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.	63,3 (19)	36,7 (11)
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben keine personellen Kapazitäten für Zusammenarbeit mit MZEB bzw. um Patient*innen des MZEB zu versorgen.	60,0 (18)	40,0 (12)
Fehlende Barrierefreiheit der Räumlichkeiten bzw. Ausstattung der potenzielle Kooperationspartner*innen.	60,0 (18)	40,0 (12)
Schwierigkeiten durch Fachkräftemangel (in der Region gibt es zu wenige Behandler*innen eines Fachgebietes).	53,3 (16)	46,7 (14)
Potenzielle Kooperationspartner*innen haben kein Interesse an Zusammenarbeit bzw. zeigen keine Bereitschaft für Weiterversorgung der Patient*innen des MZEB.	46,7 (14)	53,3 (16)
Potenzielle Kooperationspartner*innen lehnen Zusammenarbeit aufgrund mangelnder finanzieller Anreize bzw. unzureichender Vergütung ab.	43,3 (13)	56,7 (17)
Therapieempfehlungen/Behandlungspläne des MZEB werden nicht umgesetzt.	36,7 (11)	63,3 (19)
Potenzielle Kooperationspartner*innen hegen Konkurrenzgedanken gegenüber MZEB.	30,0 (9)	70,0 (21)
Kommunikation mit potenzielle Kooperationspartner*innen gestaltet sich schwierig (z. B. keine Rückfragen zum Behandlungsplan, keine Information zur Weiterversorgung).	30,0 (9)	70,0 (21)
Keine Herausforderungen oder Schwierigkeiten.	6,7 (2)	93,3 (28)

¹³ Kooperationspartner*innen sind (ambulante und stationäre) Behandler*innen der Regel- oder spezialisierten Versorgung, Einrichtungen oder Institutionen, die nicht im MZEB angestellt sind, sondern über Kooperationsverträge bzw. informelle Verabredungen mit MZEB zusammenarbeiten und sich an der medizinischen Versorgung der MZEB-Patient*innen beteiligen. Die Befragten beantworteten hierbei die Frage: „Welche Erfahrungen haben Sie beim Finden von Kooperationspartner*innen bzw. bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen gemacht?“.

Barrieren bei der Etablierung von MZEB (Arbeitspaket 2)

Die Darstellung der Barrieren bei der Etablierung von MZEB erfolgt aus der Perspektive von MZEB-Vertreter*innen (MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen) und Stakeholdern (BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV, LBB). Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Rückmeldungen bzw. Einschätzungen zu den Barrieren bei der Etablierung von MZEB oft unterschiedlich oder sogar gegenteilig innerhalb einer Befragungsgruppe ausfielen.

Formaler MZEB-Etablierungsprozess als zentrale Barriere

- Der formale MZEB-Etablierungsprozess (d. h. die Phase von der Antragstellung bis zur Beendung der Leistungs- und Vergütungsverhandlung) konnte als zentrale Barriere bei der MZEB-Etablierung identifiziert werden.
- Seitens der befragten MZEB-Vertreter*innen wird der formale MZEB-Etablierungsprozess als zeitlich herausfordernd, intransparent und komplex wahrgenommen.
- Seitens der befragten Stakeholder (BAG MZEB, GKV, KV) wird eine noch mangelnde Verfahrenssicherheit im formalen MZEB-Etablierungsprozess deutlich.

Kompetenzen der MZEB-Initiator*innen als förderlicher Faktor

- Bei den MZEB-Initiator*innen (d. h. gründungswillige Personen, welche die Gründung eines MZEB in verantwortlicher Position veranlassen/veranlasst haben und den Etablierungsprozess maßgeblich mitgestalten) handelt es sich häufig um die (zukünftige) ärztliche MZEB-Leitung. Der Erfolg der MZEB-Etablierung ist von über die ärztliche Kompetenz hinausgehenden individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten der MZEB-Initiator*innen abhängig (z. B. Wille und Fähigkeit sich in die Thematik einzuarbeiten, Bereitschaft (Frei-)Zeit zu investieren, ein stabiles Durchhaltevermögen).

Heterogene Datenlage zur Versorgungsinnovation MZEB als Entscheidungsbasis

- Die Beurteilung des Versorgungsbedarfs des MZEB-Patientenklientels und der daraus abzuleitende MZEB-Bedarf beruht bislang auf der jeweilig eingebrachten (bzw. eingeholten) Expertise der beteiligten Akteure im formalen MZEB-Etablierungsprozess.
- Aufgrund der qualitativen Forschungslogik der vorliegenden Studie können keine Aussagen bspw. zur Methodik der angewandten Verfahren zur Bedarfsprüfung, zur Angemessenheit der ausgehandelten Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen oder den Zugangskriterien getroffen werden.

Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3)

Die Darstellung der Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB erfolgt aus der Perspektive von MZEB-Vertreter*innen (MZEB-Leitungs- und Behandlungspersonen) und Stakeholdern (BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV, LBB). Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Rückmeldungen bzw. Einschätzungen zu den Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB oft unterschiedlich oder sogar gegenteilig innerhalb einer Befragungsgruppe ausfielen.

Barrieren beim Zugang zum MZEB

- **Bekanntheit von MZEB:** Die Bekanntheit von MZEB (insbesondere bei Behandler*innen und Einrichtungen in der Regelversorgung und bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ohne institutionelle Anbindung) wird von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen als (zu) gering beschrieben.
- **Zugangskriterien zu MZEB:** Von den Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen werden unterschiedliche und z. T. gegenteilige Einschätzungen zur Notwendigkeit und zur Ausgestaltung von Zugangskriterien geäußert. Manche Befragte erachten die Zugangskriterien als wichtig und in Kombination mit Einzelfallregelungen als sinnvoll, andere sehen in ihnen eine Barriere für den Zugang zum MZEB.
- **Zuweisung zum MZEB:** Die MZEB-Vertreter*innen berichten von Barrieren bei der Zuweisung zum MZEB aufgrund von Konkurrenzgedanken der Behandler*innen der Regelversorgung gegenüber MZEB („MZEB nehme Patient*innen weg“), einer Beschränkung der zuweisungsberechtigten Ärzt*innen (z. B. keine Pädiater*innen), nicht korrekt ausgefüllten Überweisungen und der Notwendigkeit von quartalsweisen Überweisungen zum MZEB. Die Stakeholder (FV/FW, GKV, KV, LBB) berichten, dass ihnen keine Informationen zu Barrieren bei der Zuweisung zum MZEB vorliegen.
- **Transition:** Die Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen erachten die Transition von der (sozial-)pädiatrischen (z. B. in SPZ) in die erwachsenenmedizinische Versorgung in MZEB als wichtig. Der Ablauf der Transition (von SPZ in MZEB) wird unterschiedlich durch die MZEB-Vertreter*innen beschrieben: teilweise erfolgt die Transition unsystematisch, teilweise bestehen Transitionssprechstunden oder -programme in den MZEB. Manche MZEB-Vertreter*innen berichten, dass die Finanzierung der Transition im MZEB unklar sei.
- **Erreichbarkeit, regionale Lage und Verteilung, Spezialisierung von MZEB:** Die Erreichbarkeit von MZEB wird multifaktoriell beeinflusst, u. a. durch patient*innenbezogene Faktoren (z. B. Unterstützungsnetzwerk, Wohnort etc.) und die Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung) von MZEB. Von den Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen werden Informationsdefizite über die bundesweite Anzahl, regionale Lage und Verteilung sowie über Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung) von MZEB benannt.

Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB

- **Leistungsumfang in MZEB:** Der Leistungsumfang in MZEB wird von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen unterschiedlich beschrieben: manche MZEB führen z. B. aufsuchende Leistungen und Behandlungen durch, andere sind beschränkt auf eine Koordinations- und Assessmentfunktion (Diagnostik, Koordination der Diagnostik und Behandlung, Erstellung Behandlungsplan etc.). Die Heterogenität im Leistungsumfang bzw. Tätigkeitsauftrag der MZEB wird von einigen Befragten auf eine unterschiedliche Auslegung von § 119c SGB V zurückgeführt.
- **Ressourcen von MZEB:** Geringe (finanzielle, zeitliche, personelle, sächliche) Ressourcen werden von MZEB-Vertreter*innen als herausfordernd für die medizinische Versorgung in

MZEB genannt. Die Anbindung eines MZEB an ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung des Trägers (z. B. SPZ) wird von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen als sinnvoll erachtet, da so Synergien genutzt werden können.

Barrieren bei der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung

- Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen betonen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit Haus- und Fachärzt*innen der Regelversorgung sowie der spezialisierten Versorgung (z. B. SPZ). Die MZEB-Vertreter*innen berichten von vielfältigen Kooperationen mit Behandler*innen der Regelversorgung, wobei manche (Fach-)Ärzt*innen zur Sprechstunde ins MZEB kommen, andere die Patient*innen des MZEB in den eigenen Praxen, Einrichtungen und Krankenhäusern empfangen. Auch beschreiben MZEB-Vertreter*innen mehrheitlich eine gute und einfache Zusammenarbeit des MZEB mit SPZ, anderen MZEB und (spezialisierten) Krankenhäusern in der Region.
- Vertreter*innen der MZEB und BAG MZEB geben an, dass die Akquise von Kooperationspartner*innen, insbesondere von Haus- und Fachärzt*innen der Regelversorgung, häufig schwierig ist und viel Engagement und Zeit bedarf.
- MZEB-Vertreter*innen berichten von weiteren Herausforderungen, bspw. unzureichendes Wissen über die Medikation, Behandlung und Therapie von Patient*innen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen bei Behandler*innen der Regelversorgung, Schwierigkeiten bei der Kommunikation zwischen MZEB und Behandler*innen der Regelversorgung (z. B. bei der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen von MZEB) oder aufgrund der Budgetierung von Vertragsärzt*innen bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.

Barrieren aufgrund der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem

- Über alle Befragungsgruppen hinweg wird von Interviewpartner*innen der Wunsch nach (mehr) gesellschaftlicher Anerkennung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und nach einer inklusiven Ausgestaltung des Gesundheitssystems zum Ausdruck gebracht.
- Von Interviewpartner*innen aller Befragungsgruppen wird auch der Wunsch geäußert, dass behinderungsspezifisches Wissen und Kompetenzen in Studium sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Gesundheits-, Pflege- und Therapieberufen verankert wird.

Handlungsempfehlungen zum Abbau von Barrieren

Da in den vergleichenden Analysen nur wenige Faktoren bezüglich des Einflusses des MZEB-Etablierungsstandes und kaum Divergenzen hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs (t_0 , t_1 , t_2), der regionalen Lage und Verteilung sowie der Versorgungsschwerpunkten von MZEB identifiziert werden konnten, sind die Handlungsempfehlungen über diese Merkmale hinweg formuliert. Die Handlungsempfehlungen richten sich u. a. an MZEB-Vertreter*innen und deren Träger, die Selbstverwaltung (GKV, KV) und die Gesundheitspolitik.

Erhöhung der Verfahrenssicherheit im formalen MZEB-Etablierungsprozess (Arbeitspaket 2)

- Durch eine Ausformulierung der zentralen Handlungsschritte in den relevanten Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses¹⁴, bspw. in Form einer richtungsweisenden SOP (Standard Operating Procedure), sollten u. a. der Ablauf, die notwendigen Dokumente und der zeitliche Verlauf (mit ggf. einzuhaltenden Fristen) des formalen MZEB-Etablierungsprozesses in den jeweiligen KV-Regionen personenunabhängig den Prozessbeteiligten zugänglich gemacht werden.
- Wünschenswert sind hierbei aufeinander bezogene sowie angemessene Bearbeitungszeiten in den jeweiligen Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses, um so beispielsweise zwischenzeitliche MZEB-Schließungen und Fälle des Ermächtigungsverlusts vor Abschluss der Leistungs- und Vergütungsverhandlungen vermeiden zu können.
- Angesichts einer noch rudimentären Datenbasis zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland und den damit einhergehenden Herausforderungen in der regionalen Bedarfsprüfung ist eine Darlegung des Bedarfsprüfungsverfahrens im formalen MZEB-Etablierungsprozess wünschenswert. Ein Austausch zu den Ergebnissen der Bedarfsprüfung mit den jeweiligen MZEB-Vertreter*innen vor dem (Nicht-)Ermächtigungsbeschluss könnte zur Verschlankung des formalen MZEB-Etablierungsprozesses beitragen.

Erhöhung der Verhandlungskompetenz im formalen MZEB-Etablierungsprozess (Arbeitspaket 2)

- Ein realisiertes Projektmanagement mit ggf. nachfolgenden Maßnahmen (z. B. Gantt-Chart, Stakeholder-Analyse) kann die verhandlungsführende Person unterstützen den als komplex wahrgenommenen MZEB-Etablierungsprozess zu strukturieren und so zu einem effizienten Ressourceneinsatz beitragen.
- Eine zentrale Determinante der erfolgreichen MZEB-Etablierung scheint in der individuellen Kompetenz der häufig ärztlichen Verhandlungsführung zu liegen („High-Level-Leader“). Zu deren Unterstützung bestehen Potentiale (z. B. Beratungen) seitens der BAG MZEB, ggf. seitens der MZEB-Trägerschaft. Auch die Hinzuziehung anderer Professionen ist denkbar. Diese können helfen, vorab die Handlungskompetenzen der beteiligten Personen zu stärken.
- Eine regionale Vernetzung von MZEB, beispielsweise im Rahmen von Landesarbeitsgemeinschaften und vor allem ein damit einhergehender Austausch von MZEB (u. a. zu den Inhalten und Ergebnissen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses wie dem ausgehandelten Leistungsumfang und der Leistungsvergütung) kann zur Stärkung der eigenen Verhandlungsposition beitragen.

¹⁴ Zentrale Phasen des formalen MZEB-Etablierungsprozesses: Antragstellung, Bedarfsprüfung, Ermächtigung, Leistungs- und Vergütungsverhandlung, Wiederantragstellung.

Ermöglichung einer datenbasierten Versorgungs(weiter)entwicklung (Arbeitspaket 2)

- Vor dem Hintergrund einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung ist eine Ergänzung der Beurteilungsbasis um weitere, standardisiert erfasste Daten anzustreben.
- Zudem kann eine systematische, indikatorengeleitete Beobachtung (Monitoring) der Entwicklung der MZEB-Versorgungslandschaft und die Bereitstellung dieser Daten zur Informiertheit aller Stakeholder aus Praxis und Politik inklusive der Betroffenen und ihrer Angehörigen beitragen.

Abbau der Barrieren beim Zugang zum MZEB (Arbeitspaket 3)

- Aufgrund fehlender Kenntnis der Versorgungsform „MZEB“ und der regionalen Lage und Verteilung von MZEB (insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und deren Angehörigen, bei der Allgemeinbevölkerung und in der Regelversorgung) stellt die Steigerung der Bekanntheit von MZEB ein zentrales Anliegen dar. Die Bekanntheit von MZEB kann u. a. durch die Bereitstellung niedrigschwelliger, transparenter Informationen über die regionale Lage und Verteilung von MZEB und die Versorgungsschwerpunkte (Spezialisierung) von MZEB gelingen. Wünschenswert ist die aktive Unterstützung bei der Bekanntmachung von MZEB durch unterschiedliche Stakeholder (wie der BAG MZEB, FV/FW, GKV, KV, LBB), z. B. durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit oder eine MZEB-Datenbank (Verzeichnis über alle MZEB).
- Aufgrund der unterschiedlichen und z. T. gegenteiligen Perspektiven der Interviewpartner*innen zu den Zugangskriterien zum MZEB lassen sich keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen ableiten. Um Aussagen zur Gestaltung der Zugangskriterien überhaupt treffen zu können, bedarf es weiterer (repräsentativer) Daten oder eines dezidierten Monitorings, inwiefern und ob durch die MZEB-spezifischen Zugangskriterien Versorgungslücken und -brüche bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen resultieren.
- Durch eine bessere Bekanntheit der Versorgungsform „MZEB“ und die Förderung des Austauschs zwischen MZEB und überweisungsbefugten ärztlichen Professionen der Regelversorgung (z. B. durch Netzwerkarbeit, Konsile, gemeinsame Fallkonferenzen) kann potenziellen Barrieren bei der Zuweisung ins MZEB (z. B. fehlerhafte Überweisungen, Konkurrenzgedanken, unklarer Überweisungsanlass) begegnet werden.
- Eine strukturierte Transition von der (sozial-)pädiatrischen in die erwachsenenmedizinische Versorgung in MZEB könnte durch die Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie erfolgen (z. B. interdisziplinäre Gestaltung der Transition, Einbezug von Angehörigen, individuelle Transitionspläne etc.).
- Für die Erreichbarkeit von MZEB ist es empfehlenswert, neben der Förderung der Bekanntheit von MZEB auch die Transparenz über die regionale Lage und Verteilung von MZEB und deren Strukturmerkmale (z. B. durch eine kontinuierlich aktualisierte MZEB-Datenbank) und Versorgungsschwerpunkte auszubauen, um auf Informationsdefiziten beruhende Zugangsbarrieren bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sowie deren Angehörigen abzubauen. Darüber hinaus wird es in den Interviews als förderlich für den Zugang zum MZEB beschrieben, wenn MZEB in Städten/Regionen mit einer guten Infrastruktur verortet und zudem an eine andere Einrichtung – wie ein Krankenhaus oder SPZ – angebunden sind.
- Analog zu den Empfehlungen aus Arbeitspaket 2 zeigt sich, dass es zur Beurteilung des Gesamtbedarfs an MZEB weiterer, standardisierter Daten bedarf.
- Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven der Interviewpartner*innen zur Spezialisierung von MZEB lassen sich keine allgemeingültigen Handlungsempfehlungen ableiten. Wünschenswert wäre es, die Diskussion in diesem Bereich fortzuführen.

Abbau der Barrieren bei der medizinischen Versorgung im MZEB (Arbeitspaket 3)

- Der Leistungsumfang von MZEB wird in den Interviews unterschiedlich beschrieben. Dies könnte u. a. auf verschiedene Versorgungsschwerpunkte, regionale Bedarfe oder ein unterschiedliches Verhandlungsgeschick der MZEB mit den Kostenträgern zurückgeführt werden. Die Rolle und der Tätigkeitsauftrag von MZEB sollte im Kontext der bundesweiten Versorgungslandschaft diskutiert werden.
- Eine ausreichende finanzielle, sächliche und personelle Ressourcenausstattung der MZEB erscheint nicht nur für den Abbau von Barrieren bei der Etablierung relevant, sondern auch als zentral für die medizinische Versorgung in MZEB.
- Hinsichtlich der Zusammenarbeit innerhalb des MZEB-Teams zeigen die Interviewergebnisse kaum Barrieren. Als förderlich für die interne Zusammenarbeit werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Fort-, Aus- und Weiterbildung der MZEB-Behandlungspersonen (z. B. im Rahmen von regelmäßigen Fallkonferenzen, interne Angebote zum Wissensaustausch), die für den Erwerb, Erhalt und Ausbau von Fachwissen und praktischen Kompetenzen zum Umgang mit und der Behandlung von Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung essenziell sind.

Abbau der Barrieren bei der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung (Arbeitspaket 3)

- Ein entscheidender Einflussfaktor auf den Abbau von Barrieren bei der medizinischen Versorgung in MZEB stellt die Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit Behandler*innen der ambulanten haus- und fachärztlichen sowie stationären (z. B. Krankenhäuser) Regelversorgung und der spezialisierten Versorgung (z. B. SPZ, MZEB) dar.
- Eine gelingende Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regel- und spezialisierten Versorgung ist förderlich für die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Die Zusammenarbeit und Vernetzung kann z. B. durch die Steigerung der Bekanntheit der Versorgungsform MZEB in der Regelversorgung, die Förderung von Netzwerkarbeit und den Einsatz von telemedizinischen Angeboten (z. B. digitaler Austausch via Videosprechstunde) gefördert werden.
- Der Ausbau und die Ausgestaltung einer inklusiven und barrierefreien Regelversorgung erweisen sich in den Interviews als relevant, um hinderlichen Faktoren für die Zusammenarbeit von MZEB und der Regelversorgung zu begegnen.

Abbau der Barrieren bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem (Arbeitspaket 3)

- Ermöglichung einer datenbasierten Versorgungs(weiter)entwicklung: Vor dem Hintergrund einer expert*innen- und erfahrungsbasierten Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung ist eine Ergänzung der Beurteilungsbasis um weitere, standardisiert erfasste Daten anzustreben.
- Die curriculare Verankerung von behinderungsspezifischem Wissen und Kompetenzen in Studium sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Gesundheits-, Pflege- und Therapieberufen kann dazu beitragen, Barrieren bei der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem zu begegnen (bspw. durch den Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung, Aufbau von Wissen und Expertise zu behinderungsbedingten Besonderheiten bei Diagnostik und Behandlung etc.). Erfreulicherweise haben die Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Fachpersonal im Bereich der Medizin für Menschen mit Behinderung in den vergangenen Jahren zugenommen (z. B. Aufnahme in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin, Schaffung von Lehrstühlen für Medizin für Menschen mit Behinderung, Bundesärztekammer-Curriculum Medizinische Betreuung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung) (Sappok und Steinhart 2021).

- Die inklusive Ausgestaltung des Gesundheitswesens (bspw. durch den barrierefreien Um- und Ausbau von ärztlichen Praxen, Bewusstseinsbildung für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung, Schnittstellenüberwindung etc.) kann zum Abbau von Barrieren bei der Zusammenarbeit von MZEB und der Regelversorgung sowie zum Abbau von Barrieren bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen beitragen.

Zusammenfassung

Ziel des Forschungsprojekts „BEta“ war es, MZEB mit deren Strukturmerkmalen und Versorgungsschwerpunkten zu erfassen (Arbeitspaket 1) sowie Barrieren bei der MZEB-Etablierung (Arbeitspaket 2) und bei der medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3) zu untersuchen und Handlungsempfehlungen zu deren Überwindung abzuleiten (Arbeitspaket 4).

Die **bundesweiten Recherchen nach MZEB (Arbeitspaket 1)** zeigen, dass N=73 MZEB in Deutschland bestehen (n=58 aktiv, n=15 in Planung befindlich) (Stand: Juni 2023). Nach wie vor sind im Saarland und in Schleswig-Holstein keine MZEB etabliert. Das im Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2021) formulierte Ziel, MZEB in allen Bundesländern auszubauen, ist folglich bisher nicht erreicht. In der Literatur (Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022a, 2022b) sowie durch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Herr Dusel, wird dies kritisiert und ein flächendeckender Auf- und Ausbau von MZEB gefordert. Dennoch hat die Anzahl der MZEB während der Projektlaufzeit seit August 2020 zugenommen (Recherche 1 in Februar 2021: N=61, Recherche 3 in Juni 2023: N=73). Es ist künftig anzunehmen, dass sich der Etablierungsstand und die Anzahl von MZEB aufgrund von u. a. Änderungen des Etablierungsstands, neuer Antragstellungen oder befristeter Ermächtigungen der MZEB weiter verändern wird. Die Übersichtskarte zur regionalen Lage und Verteilung von MZEB (Kartografie, Abbildung 2) kann dazu beitragen, die vielfach berichteten Informationsdefizite zur regionalen Lage und Verteilung von MZEB zu minimieren.

Durch die **Online-Befragungen von MZEB-Leitungspersonen (Arbeitspaket 1)** konnten erstmalig die Strukturmerkmale und Versorgungsschwerpunkte von MZEB sowie zentrale Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB erfasst werden. Die Ergebnisse der Online-Befragungen (t0, t1) verdeutlichen die Heterogenität der MZEB, z. B. hinsichtlich der regionalen Lage, dem Leistungsumfang und Tätigkeitsauftrag sowie der Versorgungsschwerpunkte. Demnach bestehen MZEB häufig in großen und mittelgroßen Städten, manche MZEB sind aber auch in Kleinstädten verortet; manche MZEB dürfen Behandlungen durchführen, andere haben lediglich eine Koordinations- und Assessmentfunktion inne, manche MZEB haben (mehrere) Versorgungsschwerpunkte, andere MZEB haben keine Spezialisierung. Die MZEB der Online-Befragungen (t0, t1) sind mehrheitlich in kirchlicher Trägerschaft, haben ein Einzugsgebiet von „>100-200km“ und weisen vielfältige Versorgungsschwerpunkte auf. Die in der Online-Befragung generierten Ergebnisse zu den Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB (t1) spiegeln sich vielfach auch durch die Interviews mit den MZEB-Vertreter*innen und Stakeholdern (Arbeitspaket 2 und 3) wider. Auch in der Literatur (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022a, 2022b) bestätigen sich einige der in AP1 aufgezeigten Barrieren, z. B. die lange Dauer bis zur Ermächtigung sowie die als „(sehr) unangemessen“ empfundenen Zugangskriterien und Fallzahlbegrenzungen.

Die Ergebnisse der **Interviews mit MZEB-Vertreter*innen und Stakeholdern (Arbeitspaket 2, Arbeitspaket 3)** verdeutlichen vielfältige Barrieren bei der Etablierung von und medizinischen Versorgung in MZEB.

Als eine zentrale Barriere bei der **MZEB-Etablierung (Arbeitspaket 2)** stellt sich der formale MZEB-Etablierungsprozess dar. Dauer, Intransparenz und Komplexität des formalen MZEB-Etablierungsprozesses werden seitens der Befragten, sowie in der Literatur (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Seidel et al. 2020; Seidel et al. 2022b, 2022a), bemängelt. Der daraus resultierende hohe Implementierungsaufwand und die damit einhergehende Bindung personeller Ressourcen konnte als zentrale Etablierungsbarriere, wie auch bei der Implementierung anderer ambulanter Versorgungsinnovationen in Deutschland (Aichinger et al., 2019; Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022), identifiziert werden. Eine zentrale Determinante einer

erfolgreichen MZEB-Etablierung liegt in der je individuellen Kompetenz der häufig ärztlichen MZEB-Initiator*innen („High-Level-Leader“). Des Weiteren zeigte sich in den Interviews eine heterogene – expert*innen- und erfahrungsbasierten – Datenlage als Entscheidungsbasis für die MZEB-Etablierung.

Zentrale Barrieren bei der **medizinischen Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3)** bestehen **beim Zugang zum MZEB**: von den Interviewpartner*innen werden eine (zu) geringe Bekanntheit von MZEB, die heterogene Ausgestaltung der Zugangskriterien zum MZEB, Schwierigkeiten bei der Zuweisung zum MZEB (bspw. aufgrund von Konkurrenzgedanken der Behandler*innen der Regelversorgung, falsch ausgefüllten Überweisungen oder der Beschränkung der zuweisungsbefugten Arzt*innen) und eine unsystematische Transition von SPZ in MZEB genannt. Wie auch in der Literatur zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Regelversorgung (Andersen 1995; Olukcu et al. 2018; Enste et al. 2022; Lübking 2020; Giesecking und Gerling 2016; Giesel et al. 2013), wird von den Interviewpartner*innen auf verschiedene Einflussfaktoren für die Erreichbarkeit von MZEB (u. a. patient*innenbezogene Faktoren wie das Unterstützungsnetzwerk, der Wohnort und die Wohnform) hingewiesen. Darüber hinaus stellen Informationsdefizite hinsichtlich der bundesweiten Anzahl, der regionalen Lage und Verteilung sowie der Versorgungsschwerpunkte von MZEB eine Zugangsbarriere dar.

Bei der **medizinischen Versorgung in MZEB** erweisen sich als Barrieren insbesondere der eingeschränkte Leistungsumfang von MZEB und unzureichende Ressourcen in MZEB. Auch die Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regelversorgung werden als herausfordernd beschrieben und zeichnen sich u. a. durch fehlende Anreize für die gemeinsame Kooperation sowie durch eine schlechte Kommunikation zwischen MZEB und Behandler*innen der Regelversorgung aus. Analog zur Literatur (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2019; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, 2021; Bössing et al. 2019; Bredel-Geißler 2019b; Holleder 2019; Wetzel und Rathmann 2020) erweist sich die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem durch mangelnde Barrierefreiheit und fehlendes behinderungsspezifisches Wissen und fehlende Kompetenzen bei Behandler*innen der Regelversorgung als übergeordnete Barriere bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen.

Die Ergebnisse der Interviews mit MZEB-Vertreter*innen und Stakeholdern sowie die Erkenntnisse aus den Beiratstreffen und Austauschforen verdeutlichen, dass eine zentrale Barriere, die sowohl die Etablierung von (Arbeitspaket 2) als auch die medizinische Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3) betrifft, auf das **unterschiedliche Verständnis von der Rolle und dem Tätigkeitsauftrag von MZEB** zurückzuführen ist. Diese unterschiedlichen und z. T. gegenteiligen Ansichten zur Rolle und Auftrag von MZEB (z. B. MZEB als Behandlungszentrum vs. MZEB mit Koordinierungs- und Assessmentfunktion) zeigen sich auch im aktuellen Diskurs, z. B. in der „Rahmenkonzeption MZEB 2.0“ (Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB 2023) und dem unveröffentlichten „Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände“. Auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (2019) greift dieses Thema in seinen Teilhabeempfehlungen auf und fordert die Klarstellung des Behandlungsauftrags von MZEB. Ein gemeinsames Verständnis zur Rolle und zum Auftrag von MZEB könnte zum Abbau von bestehenden Herausforderungen (z. B. hinsichtlich der Ausgestaltung von Zugangskriterien, des Leistungsumfangs von MZEB) beitragen.

Die Entwicklung von **Handlungsempfehlungen zur Überwindung der identifizierten Barrieren (Arbeitspaket 4)** erweist sich aufgrund unterschiedlicher und z. T. gegenteiliger Aussagen und Erfahrungen der Befragten – unabhängig der Befragungsgruppe – als herausfordernd. Die Handlungsempfehlungen für die MZEB-Etablierung (Arbeitspaket 2) heben insbesondere die Erhöhung der Transparenz und Reduktion der Komplexität im formalen MZEB-Etablierungsprozess hervor. Die Handlungsempfehlungen für die medizinische Versorgung in MZEB (Arbeitspaket 3) fokussieren insbesondere die Steigerung der Bekanntheit von MZEB, die Notwendigkeit zur Erfassung von (standardisierten) Daten

(z. B. zu den Zugangskriterien und dem für das MZEB berechtigten Personenkreis) und Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung von MZEB mit der Regelversorgung. Zudem wird die Ausgestaltung einer inklusiven und barrierefreien Regelversorgung, sowie die curriculare Verankerung von behinderungsspezifischem Wissen und Kompetenzen in Studium, Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Gesundheitsfach-, Pflege- und Therapieberufen gefordert.

(Methodische) Limitationen, die im Projektverlauf auftraten, betreffen u. a. die Online-Befragungen (Arbeitspaket 1). Insgesamt erreichten die Online-Befragungen einen hohen Rücklauf (t0: 65,6 %, t1: 56,9 %), dennoch konnten die anvisierten Vollerhebungen nicht erreicht werden. Dies könnte auf die hohe Arbeitsbelastung des MZEB-Leitungspersonals (u. a. während der Corona-Pandemie) und geringe zeitliche Kapazitäten zur Teilnahme an einer Online-Befragung zurückgeführt werden. Trotz sorgfältiger Recherchen kann außerdem nicht ausgeschlossen werden, dass nicht alle MZEB für die Kartografie identifiziert wurden. Hinsichtlich der Interpretation der Interviewergebnisse zu Arbeitspaket 2 und 3 sollte berücksichtigt werden, dass die berichteten Barrieren nicht von allen Befragten und nicht im selben Maße wahrgenommen wurden. Auch zeigen die Ergebnisse themenübergreifend, dass innerhalb einer Befragungsgruppe unterschiedliche Einstellungen und Erfahrungen vorliegen. Es ist grundsätzlich denkbar, dass mit der Befragung anderer Personen andere für die MZEB-Etablierung und die medizinische Versorgung in MZEB relevante Aspekte bzw. Aussagen hätten zutage treten können. Zudem konnten trotz mehrmaliger Interviewanfragen bei den Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse keine Personen, die im Zulassungsausschuss tätig sind, in den Interviews berücksichtigt werden. Es konnten operative Mitarbeitende der GKV und KV interviewt werden, die von ihren individuellen Erfahrungen bei der Ermächtigung von MZEB berichtet haben.

Projektteam

Das Projektteam der Hochschule Fulda (Konsortialführung) und der Universität zu Köln (Konsortialpartner)



Prof. Dr. Katharina Rathmann hat seit April 2018 die Professur für Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung an der Hochschule Fulda inne. Ihre Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen u. a. im Bereich der Teilhabe an Gesundheit, medizinischen Versorgung und insbesondere der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. Frau Prof. Dr. Rathmann widmet sich u. a. der zielgruppenadäquaten Erfassung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz in Leichter Sprache, sodass Menschen mit Behinderung selbst in geeigneter Form zur Gesundheitskompetenz befragt werden können. Auch zählt die Erfassung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Behindertenarbeit zu ihrem Forschungsschwerpunkt.



PD Dr. Ute Karbach ist Soziologin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen die organisationsbezogene Versorgungsforschung sowie die Implementierung neuer Versorgungskonzepte, die Organisationsentwicklung in Versorgungseinrichtungen und die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Ihre methodische Expertise liegt im Bereich der qualitativen Sozialforschung.



Lorena Denise Wetzel, M.Sc., absolvierte von 2016 bis 2019 ein Bachelorstudium im Fach Gesundheitsförderung und von 2019 bis 2021 ein Masterstudium im Fach Public Health an der Hochschule Fulda. Sie konnte als studentische Hilfskraft (2018 bis 2020) bereits Erfahrungen in verschiedenen Forschungsprojekten zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung sammeln. Seit August 2020 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fulda im Projekt „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“, kurz „BEta“ tätig.



Saskia Gollasch, B.A., absolvierte von 2014 bis 2018 ein Bachelorstudium im Fach Rehabilitationspädagogik und schloss ihren Master in Rehabilitationswissenschaften an der Technischen Universität Dortmund im September 2023 ab. Seit September 2017 war sie in verschiedenen wissenschaftlichen Projekten und als E-Learning Beauftragte im Projektstudium an der Technischen Universität Dortmund tätig. Seit August 2021 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“, kurz „BEta“.



Anja Rotthowe, M.A., absolvierte von 2010 bis 2014 ein Bachelorstudium im Fach Rehabilitationspädagogik und von 2014 bis 2018 ein Masterstudium der Rehabilitationswissenschaften an der Technischen Universität Dortmund. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin ist sie seit 2017 an der Technischen Universität Dortmund in der Prüfungs- sowie Studienkoordination beschäftigt. Seit August 2020 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“, kurz „BEta“.



Natalie Steeb, M.Sc., beschäftigte sich 2021 im Rahmen ihrer Masterarbeit im Studiengang Public Health an der Hochschule Fulda mit der Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung in Zeiten der Corona-Pandemie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Gesundheitskompetenz und die Versorgung von Menschen mit Behinderung. Seit Januar 2022 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fulda im Projekt „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“ tätig.

Interne Publikationen zum Thema

- Rathmann, K.; Kostka, J.; Olukcu, S. (2020): Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): Eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 16: S. 1-8. DOI: 10.1007/s11553-020-00789-7.
- Rathmann, K.; Kostka, J.; Olukcu, S.; Karbach, U. (2019): MZEB: Interviewstudie zu aktuellen Herausforderungen. In: CBP-Info (Beiheft der Zeitschrift Neue Caritas) 1: S. 12-13.
- Rathmann, K.; Olukcu, S.; Kostka, J. (2019): Förderliche und hinderliche Faktoren bei der medizinischen Versorgung im MZEB: Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Impulse – Magazin der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung 102: S. 22-23.

Kongressbeiträge zum BEta-Projekt

2023

- Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): BEta: Barrieren bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb): Ergebnisdarstellung mittels Updated Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR 2.0). Posterpräsentation auf dem 4. Kongress der medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb), 14.09.2023, Hannover.
- Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): BEta – Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb) – Eine bundesweite Studie nach dem Stakholder-Ansatz. Vortrag auf dem 4. Kongress der medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb), 14.09.2023, Hannover.
- Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2023): Barrieren und Handlungsbedarfe bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung aus Expert*innensicht. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.
- Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2023): Barrieren beim Zugang zu und medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb): Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung von Leitungspersonen von MZEb. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.
- Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2023): Strukturmerkmale von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung? Ergebnisse einer Online-Befragung von Leitungspersonen. Vortrag in der Session VS07: Versorgungsforschung zu Menschen mit Beeinträchtigung inkl. Patientenvertreter*innen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 04.-06.10.2023, Berlin.

2022

- Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Rathmann, K.; Karbach, U. (2022): Barrieren bei der Etablierung von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb): Ergebnisse einer qualitativen, längsschnittlichen bundesweiten Studie zum ersten Messzeitpunkt (BEta). Vortrag in der Session PS14: Inklusion/PROM. Kongress Versorgungsforschung, 05.-07.10.2022, Potsdam.
- Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2022): Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb): Ergebnisse einer deutschlandweiten multiperspektivischen Studie (BEta). Vortrag in der Session „Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigung“. 57. Jahrestagung der DGSMP und DGMS, 07.-09.09.2022, Magdeburg.
- Wetzel, L.D.; Steeb, N.; Gollasch, S.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2022): Barrieren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb) während der Corona-Pandemie: Ergebnisse einer deutschlandweiten multiperspektivischen Studie (BEta). Vortrag in der Session „Covid-19“. 57. Jahrestagung der DGSMP und DGMS, 07.-09.09.2022, Magdeburg.

2021

- Rotthowe, A.; Kümpel, C.; Wetzel, L.D.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): MZEb (Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung) und der Kampf um eine adäquate medizinische Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderung aufzubauen. Science Slam auf dem 20. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 06.-08.10.2021, online.
- Rotthowe, A.; Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): MZEb (Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung) und der Kampf um eine adäquate medizinische Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderung aufzubauen. Poster zum Themenschwerpunkt: Gesundheit und Alter. 2. Kongress der Teilhabeforschung, 15.-16.09.2021, online.

- Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in MZEB – Erste Ergebnisse aus dem BEta-Projekt. Vortrag in der Sondersession Klinische Forschung im MZEB (Vorsitz: W. Köhler). 3. Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung, 02.-03.12.2021, Halle (Saale).
- Wetzel, L.D.; Kümpel, C.; Rotthowe, A.; Karbach, U.; Rathmann, K. (2021): Etablierungsstand und Strukturmerkmale von Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB): Erste Ergebnisse einer bundesweiten Ist-Standerhebung. Vortrag zum Themenschwerpunkt A: Forschung zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen bzw. Teilhabefeldern. 2. Kongress der Teilhabeforschung, 15.-16.09.2021, online.

Literaturverzeichnis

- Andersen, R. M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? In: Journal of Health and Social Behavior 36 (1), S. 1–10. DOI: 10.2307/2137284.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin. Online verfügbar unter https://kita.rlp.de/fileadmin/kita/01_Themen/05_Inklusion/UN_Konvention_deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019): Teilhabeempfehlungen: Mehr Inklusion wagen! Berlin. Online verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Teilhabeempfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bössing, C.; Schrooten, K.; Tiesmeyer K. (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: K. Walther und K. Römisch (Hg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 51–87.
- Bredel-Geißler, A. (2019a): MZEB kümmern sich auch um die Transition. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz (3), S. 13–14. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de/pdf/rlp1903_013.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bredel-Geißler, A. (2019b): MZEB: Struktur und Hürden. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 3, S. 19. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de/pdf/rlp1903_019.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Brem, F.; Stockmann, J. (2020): Medizinische Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung – Teil 1. In: Swiss Medical Forum, S. 566–569. DOI: 10.4414/fms.2020.08582.
- Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB (2023): Rahmenkonzeption 2.0 für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Freiburg. Online verfügbar unter <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2023/03/Rahmenkonzeption-BAG-MZEB.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Bundestag (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Grünen und FDP. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, zuletzt aktualisiert am 2021, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Enste, P.; Cramer, E.; Wielga, J. (2022): Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen am Beispiel des südöstlichen Hochsauerlandes. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/261369/1/1809932122.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011): Gemeindenahe Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.diefachverbaende.de/files/fachthemen/2011-04-13-GesamtdokumentGesundheitssystem-mit-Anlagen.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Giesecking, A.; Gerling, V. (2016): Gesundheitliche und pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen. In: G. Naegel, E. Olbermann und A. Kuhlmann (Hg.): Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 421–434.

- Giesel, F.; Köhler, K.; Nowossadeck, E. (2013): Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen auf dem Land vor dem Hintergrund der Gesundheitsversorgung. Robert Koch-Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Enno-Nowossadeck/publication/259903423_Mobilitaets_einschraenkungen_aelterer_Menschen_auf_dem_Land_vor_dem_Hintergrund_der_Gesundheitsversorgung/links/5478398d0cf293e2da286713/Mobilitaets_einschraenkungen_aelterer_Menschen_auf_dem_Land_vor_dem_Hintergrund_der_Gesundheitsversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Holleder, A. (2019): Barrierefreiheit als (k)ein Qualitätskriterium in der ambulanten Gesundheitsversorgung. In: Public Health Forum 27 (3), S. 214–216. DOI: 10.1515/pubhef-2019-0038.
- Lübking, U. (2020): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74 (2), S. 8–15. DOI: 10.5771/1611-5821-2020-2-8.
- Olukcu, S.; Kostka, J.; Rathmann, K. (2018): Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnen-sicht. In: Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 68 (08), S. 38. DOI: 10.1055/s-0038-1667972.
- Sappok, T.; Diefenbacher, A.; Winterholler, M. (2019): The Medical Care of People with Intellectual Disability. In: Deutsches Ärzteblatt International 116 (48), S. 809–816. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0809.
- Sappok, T.; Steinhart, I. (2021): Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Psychiatrische Praxis 48 (3), S. 115–118. DOI: 10.1055/a-1400-1746.
- Schülle, M. (2017): Barrieren der Barrierefreiheit - Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 2: Gesetzesgrundlage und Konzeption der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB). In: Reha-Recht (51), S. 1–14. Online verfügbar unter https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2017/D51-2017_MZEB_Teil_II.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Seidel, M.; Andriano, M.; Schmidt-Ohlemann, M. (2022a): Die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung (MZEB) - Erfordernisse und Herausforderungen für die weitere Entwicklung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Infothek/Sonstige_Ver%C3%B6ffentlichungen/2022/MZEB_Diskussionspapier_bf.pdf, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Seidel, M.; Andriano, M.; Schmidt-Ohlemann, M. (2022b): Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen: Politisches Handeln steht (noch) aus. In: Deutsches Ärzteblatt 21 (9), 398-402. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=227233>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Seidel, M.; Kappe, C.; Stockmann, J.; Vogel, M. (2020): MZEB: Ein wichtiges Angebot kommt nicht voran. In: Westfälisches Ärzteblatt (5), S. 14–16. Online verfügbar unter <https://bagmzeb.de/wp-content/uploads/2022/11/WAeB-0520-1-MZEB-1.pdf>, zuletzt geprüft am 30.11.2023.
- Wetzel, L. D.; Rathmann, K. (2020): Inanspruchnahme und wahrgenommene Barrieren des Gesundheitswesens bei Menschen mit Behinderung in Deutschland: Ergebnisse des GEDA 2014/2015-EHIS-Survey. In: Prävention und Gesundheitsförderung 15 (4), S. 332–339. DOI: 10.1007/s11553-020-00768-y.

Impressum

Die vorliegende Handreichung entstand im Rahmen des Projekts „Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB): Eine bundesweite Studie nach dem Stakeholder-Ansatz“ (kurz BEta).

Der ausführliche Abschlussbericht zum Projekt „BEta“ wird auf der Webseite des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses veröffentlicht (Link: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/beta-barrieren-bei-der-etablierung-von-und-versorgung-in-medizinischen-zentren-fuer-erwachsene-mit-behinderung-mzeb-eine-bundesweite-studie-nach-dem-stakeholder-ansatz.302>).

Danksagung: Besonderer Dank gebührt den Mitgliedern des Projektbeirates: Frau Dr. Andrino, Herr Dr. Ertel, Herr Prof. Dr. Meyer-Feil, Herr Pfeleiderer, Frau Prof. Dr. Schwalen, Herr Prof. Dr. Seidel, Herr PD Dr. Winterholler. Außerdem danken wir allen Interviewpartner*innen und Teilnehmenden an den Befragungen während der Laufzeit des BEta-Projekts.

Zitiervorschlag: Rathmann, K.; Steeb, N.; Wetzel, L.D.; Gollasch, S.; Rotthowe, A.; Karbach, U. (2023): MZEB in Deutschland: Zusammenfassung der Ergebnisse aus der BEta-Studie zu Strukturmerkmalen von MZEB, Barrieren bei der Etablierung und medizinischen Versorgung. Fulda: Hochschule Fulda. Online verfügbar unter <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1018>, zuletzt geprüft am xx.xx.xxxx.