

Vogt, Charlotte; Gersch, Martin; Gertz, Cordelia

Working Paper

Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im Gesundheitswesen: Eine Analyse aktueller sowie zukünftig möglicher Governancestrukturen und -mechanismen. Projekt Bea@Home

Diskussionsbeiträge, No. 2017/2

Provided in Cooperation with:

Free University Berlin, School of Business & Economics

Suggested Citation: Vogt, Charlotte; Gersch, Martin; Gertz, Cordelia (2017) : Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im Gesundheitswesen: Eine Analyse aktueller sowie zukünftig möglicher Governancestrukturen und -mechanismen. Projekt Bea@Home, Diskussionsbeiträge, No. 2017/2, Freie Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/149754>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im Gesundheitswesen

Eine Analyse aktueller sowie zukünftig möglicher
Governancestrukturen und -mechanismen

Projekt Bea@Home

Charlotte Vogt

Martin Gersch

Cordelia Gertz

Fachbereich Wirtschaftswissenschaft

Diskussionsbeiträge

Wirtschaftsinformatik

2017/2

Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im Gesundheitswesen

Eine Analyse aktueller sowie zukünftig möglicher Governancestrukturen und -mechanismen

Projekt Bea@Home

Charlotte Vogt, Dipl.-Kffr.

Prof. Dr. Martin Gersch

Cordelia Gertz, M.Sc.

Department Wirtschaftsinformatik
FB Wirtschaftswissenschaft
Department Wirtschaftsinformatik
FB Wirtschaftswissenschaft
Department Wirtschaftsinformatik
FB Wirtschaftswissenschaft

Berlin, 23.01.2017

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1. Projektüberblick und Zielsetzung	1
2. Die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen	3
2.1. Die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen in interorganisationalen Wertschöpfungsarchitekturen	3
2.2. Die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen für integrierte Versorgungsmodelle	6
3. Methodisches Vorgehen.....	10
3.1. Vorstudie zu Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsmodellen: eine systematische Literaturrecherche.....	11
3.2. Hauptstudie zu Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsmodellen und ihren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure: die qualitative Fallstudie „Bea@Home“	13
4. Darstellung der Untersuchungsergebnisse	17
4.1. Die Ergebnisse der Vorstudie.....	17
4.2. Ergebnisse der Hauptstudie.....	19
4.2.1. Erkennbare Governancestrukturen und -mechanismen in der derzeitigen Versorgungssituation und deren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure.....	19
4.2.1.1. Erkennbare Governancestruktur und Governancemechanismen in der derzeitigen Versorgungssituation	20
4.2.1.2. Auswirkungen der erkennbaren Governancestruktur und Governancemechanismen auf die beteiligten Akteure	22
4.2.2. Zukünftig mögliche Governancestrukturen und -mechanismen in einem intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungsmodell für langzeitbeatmete Patienten im deutschen Gesundheitswesen.....	26
4.2.2.1. Zukünftig mögliche Governancestruktur	26
4.2.2.2. Zukünftig mögliche Governancemechanismen	27
4.2.2.3. Mögliche Ausgestaltungformen einer netzwerkartigen Governancestruktur.....	34
4.2.2.3.1. Vertragsmodell ‚Einzelvertrag‘	35
4.2.2.3.2. Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘.....	37
4.2.2.3.3. Vertragsmodell ‚Konsortium‘	39
4.2.2.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	42

5.	Fazit und Ausblick.....	43
6.	Literaturverzeichnis	V
	Anhang I.....	XI
	Anhang II.....	XIII

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Darstellung der Zusammenhänge der Kernbegriffe und –konzepte.....	6
Abbildung 2: Concept Map der systematischen Literaturrecherche.....	11
Abbildung 3: Bewertung und Kategorisierung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu Governancestrukturen in integrierten Gesundheitsnetzwerken	13
Abbildung 4: Überblick über die im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte Soll-Prozesskette ...	15
Abbildung 5: Übersicht über die im Rahmen der empirischen Einzelfallstudie Bea@Home erhobene Datenbasis aus Primär- und Sekundärdaten.....	16
Abbildung 6: Darstellung des Vertragsmodells ‚Einzelvertrag‘	35
Abbildung 7: Darstellung des Vertragsmodells ‚Generalunternehmer‘.....	37
Abbildung 8: Darstellung des Vertragsmodells ‚Konsortium‘	39

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Arbeitspaket 1.4 – Reflexion aktueller und zukünftiger Governancestrukturen	2
Tabelle 2: Wichtigste Gesetzesänderungen zur Integrierten Versorgung und E-Health in Deutschland (in Erweiterung von Adler 2015).....	9
Tabelle 3: Im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte intersektorale Qualitätsindikatoren.....	29
Tabelle 4: Zusammenfassung der Analyseergebnisse der drei Vertragsmodelle ‚Einzelvertrag‘, ‚Generalunternehmer‘ und ‚Konsortium‘	42

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAL	Ambient Assisted Living
ACO	Accountable Care Organization
AVK	Audiovisuelle Kommunikation
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
DIGAP	Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung
DMP	Disease-Management-Programme
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
eHBA	Elektronischer Heilberufsausweis
e-Health	Electronic Health
eKonferenz	IT-unterstützte Konferenz
ePA	Elektronische Patientenakte
EPK	Ereignisgesteuerte Prozesskette
EZ/WZ	Expertenzentrum/Weaningzentrum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IT	Informationstechnologie
IV	Integrierte Versorgung
LRD	Linde Remeo Deutschland GmbH
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NAO	Network Administrative Organization
NW	Network
PDCA	Plan, Do, Check, and Act
PM	Personenmonat
QI	Qualitätsindikator
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
TI	Telematikinfrastruktur
TKT	Transaktionskostentheorie
WHO	World Health Organization

1. PROJEKTÜBERBLICK UND ZIELSETZUNG

Bea@Home ist ein intersektoral-integriertes, IT-unterstütztes Versorgungskonzept für langzeitbeatmete Patienten in Deutschland, das im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2013 bis 2016 geförderten, interdisziplinären Verbundprojekts (Förderkennzeichen: 16SV5932) mit verschiedenen wissenschaftlichen und technischen Partnern entwickelt, prototypisch umgesetzt und evaluiert wurde. Das Ziel des Verbundprojekts war die Entwicklung eines bedarfsorientierten und realistisch umsetzbaren Versorgungskonzepts für langzeitbeatmete Patienten von der klinisch-stationären Versorgung bis zur Versorgung am Gesundheitsstandort Zuhause unter der Beachtung der Kernmerkmale ‚nutzerakzeptiert‘, ‚qualitätsgesichert‘, ‚technikgestützt‘ und ‚effizient‘ sowie einer stärkeren Verschränkung von formeller (professioneller) und informeller Pflege (durch Angehörige und Ehrenamtliche).

Da die historischen Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens das Zusammenwirken der drei Versorgungssektoren stationär, ambulant und Zuhause erschweren (Gersch et al. 2010b), ergeben sich u.a. Informationsverluste zwischen den Sektoren und medizinische Komplikationen, die sich nicht nur auf die Effizienz, sondern zum Teil auch auf die Lebensqualität des Patienten auswirken. Die Nutzung intersektoral ausgerichteter E-Health-Anwendungen verspricht eine stärkere Integration und Koordination zwischen den Sektoren, den Abbau von Informationsasymmetrien (Häckl 2010) sowie eine Forcierung der Effektivitäts- und Effizienzverbesserung des Gesundheitswesens (SVR 2012). E-Health wird hierbei als Überbegriff für die verschiedenen IT-basierten Lösungen im Gesundheitswesen verstanden (Gersch und Wessel 2015).

Im Versorgungskonzept Bea@Home werden geeignete Teilversorgungsprozesse mit Informations- und Kommunikationstechnologianwendungen unterstützt. Diese E-Health-Anwendungen sollen das Zusammenwirken der Akteure innerhalb und zwischen den Sektoren verbessern, woraus unterschiedliche Wirkungseffekte resultieren können und zu erwarten sind. Das vorliegende Whitepaper widmet sich der Analyse aktuell erkennbarer sowie zukünftig möglicher, geeigneter Governancestrukturen und Governancemechanismen innovativer Versorgungskonzepte am Beispiel des Versorgungskonzepts Bea@Home. In einem ersten Schritt wird zunächst die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen in interorganisationalen Wertschöpfungsarchitekturen beschrieben und anschließend auf integrierte Versorgungskonzepte fokussiert erläutert. Anschließend erfolgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens des Whitepapers, bevor die Untersuchungsergebnisse detailliert vorgestellt und analysiert werden. Diese gliedern sich in die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu Governancestrukturen und -mechanismen in IT-unterstützten Netzwerken im Gesundheitswesen als Vorstudie sowie die Untersuchungsergebnisse des Versorgungskonzepts Bea@Home als qualitative Einzelfallstudie im Rahmen einer Hauptstudie. Das Whitepaper schließt mit einem Fazit und Ausblick. Nachfolgend ist das Arbeitspaket in der Tabelle 1 überblicksartig dargestellt.

Arbeitspaket 1.4: Governancestrukturen		
Lfd. Nr.	Arbeitspaket	PM
1.4	Reflexion aktueller und zukünftiger Governancestrukturen	4,0
Bearbeitungszeitraum	Projektmonat 1-12, 25-36	
Hauptverantwortlich	Freie Universität Berlin / Competence Center E-Commerce	
Weitere Beteiligte	Charité CC07, Linde AG	
Inhaltsbeschreibung gesamt	Analyse der möglichen Governancestrukturen im Gesundheits- und Pflegebereich am Gesundheitsstandort „Zuhause“ inkl. der Reflexion von Anforderungen und Konzepten wie "Selbstbestimmtheit", "Bürgerzentrierte Versorgung" und "Patient Empowerment"; Ableitung von Empfehlungen für Institutionen und Akteure	
Beschreibung der Arbeitsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der erkennbaren Governancestrukturen für die Pflege und Versorgung langzeitbeatmeter Patienten am Gesundheitsstandort „Zuhause“ sowie in anderen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Pflegebereichs (ambulante/stationäre Versorgung) sowie deren Zusammenspiel mit den o.g. Anforderungen und Konzepten - Konzeption bzw. Weiterentwicklung möglicher Governancestrukturen für die Versorgung und Pflege langzeitbeatmeter Patienten am Gesundheitsstandort „Zuhause“ - Analyse, Reflexion und Diskussion der aktuellen und zukünftig denkbaren skizzierten Governancestrukturen für den Gesundheitsstandort „Zuhause“ auch in Bezug auf die häusliche Pflege von Risikopatienten im Kontext des demographischen Wandels 	
Ergebnisse des Arbeitspaketes	<ul style="list-style-type: none"> - Veröffentlichung zur Analyse aktuell erkennbarer und zukünftig möglicher Governancestrukturen für die Versorgung/Pflege am Gesundheitsstandort „Zuhause“ 	

Tabelle 1: Arbeitspaket 1.4 – Reflexion aktueller und zukünftiger Governancestrukturen

2. DIE ÖKONOMISCHE BEDEUTUNG VON GOVERNANCESTRUKTUREN UND -MECHANISMEN

2.1. Die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen in interorganisationalen Wertschöpfungsarchitekturen

Aufgrund der zunehmenden Dynamisierung von Branchen, u.a. ausgelöst durch technologischen Fortschritt und einer zunehmenden Digitalisierung durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), steigen sowohl die wahrgenommenen Unsicherheiten und Risiken als auch die potentiellen Chancen durch Markteintritt und/oder Innovation, sich erfolgreich in einer Branche zu (re-)positionieren. Insbesondere die Strategische Managementforschung schlägt dabei interorganisationale Wertschöpfungsarchitekturen, z.B. in Form von Netzwerken, Kooperationen und Allianzen, als geeignete Unternehmensstrategie vor, um mit diesen Herausforderungen umzugehen und in veränderlichen Umfeldern erfolgreich zu bestehen (Goeke et al. 2010; Goeke 2008; Das und Teng 2000). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Strukturierung und Steuerung von interorganisationalen Wertschöpfungsarchitekturen in geeigneten Governancestrukturen sowie die Implementierung wirksamer Governancemechanismen zunehmend an Bedeutung (vgl. u. a. Clegg et al. 2010; Provan und Kenis 2008; Reuer und Devarakonda 2016; Yu et al. 2006; Dyer und Singh 1998; Dyer 1996; Cai et al. 2009; Henttonen et al. 2016).

Da sich in der bestehenden Forschung zu Governance in interorganisationalen Wertschöpfungsstrukturen eine Vielzahl von Definitionen wiederfindet, gilt es zunächst, für die Untersuchung von Governancestrukturen und -mechanismen in interorganisationalen Wertschöpfungsstrukturen im Gesundheitswesen zentrale Begrifflichkeiten zu klären.

In der Transaktionskostentheorie (TKT) wird Governance als *„a means by which to infuse order in a relation where potential conflict threatens to undo or upset opportunities to realize mutual gains“* (Williamson 1999, S. 1090; Hervorhebungen im Original) verstanden. Die TKT stellt damit die Relevanz einer geeigneten Strukturierung von Transaktionen in ökonomischen Austauschbeziehungen zur Vermeidung von Konflikten und zur Förderung von gegenseitigem Mehrwert heraus. Das Ziel dieser Strukturierung ist die Steuerung und Begrenzung von Verhalten in ökonomischen Austauschbeziehungen (Nooteboom 2004). Auf diesem Grundverständnis aufbauend wird der Begriff ‚Governance‘ in der wissenschaftlichen Literatur als Oberbegriff für eine organisationale Strukturierung von ökonomischem Austausch verstanden. So definieren Hoetker und Mellewigt Governance als *„a higher-level concept describing an organizational construction or [...] institutional framework“* (Hoetker und Mellewigt 2009, S. 1027).

Während die Begriffe ‚Governance‘ und ‚Governancestruktur‘ häufig synonym verwendet werden, unterscheidet die TKT unter dem Begriff ‚Governancestruktur‘ Markt, Hierarchie und Hybrid als die drei generischen Strukturierungsalternativen für ökonomischen Austausch (Williamson 1996, S.

378). Die Governancestruktur einer ökonomischen Austauschbeziehung kann somit als „*the institutional arrangements which govern the exchange*“ (Dyer 1996, S. 651) verstanden werden, die je nach konkreter Ausgestaltungsform einen eher marktlichen, hierarchischen oder hybriden bzw. netzwerkartigen Charakter annimmt. Während sich marktliche Governancestrukturen aus Sicht der TKT insbesondere für eher sichere und seltene Transaktionen zwischen rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Akteuren eignen, die keine transaktionsspezifischen Investitionen erfordern und vor allem über Preise koordiniert werden, eignen sich hierarchische Governancestrukturen aus dieser Perspektive vor allem für eher unsichere, häufige Transaktionen zwischen rechtlich und wirtschaftlich abhängigen Akteuren, die transaktionsspezifische Investitionen erfordern. Die Koordination der Transaktionen funktioniert hier vor allem über Weisung und Verträge. Hybride Governancestrukturen dagegen stellen Koordinationsformen von rechtlich unabhängigen, aber wirtschaftlich abhängigen Akteuren auf einem Kontinuum zwischen marktlichen und hierarchischen Governancestrukturen dar, die sich vor allem für Transaktionen mit mittlerem Spezifitätsgrad eignen. Andere Arbeiten verstehen Netzwerke als eine distinkte Governancestruktur, die unabhängig von Markt und Hierarchie existiert und anhand dezidierter Merkmale von diesen unterschieden werden kann (Powell 1990; Jones et al. 1997).

Bezugnehmend auf diesen ‚network as a governance form‘-Ansatz und die Netzwerkanalyse-Ansätze mit dem Fokus auf die Beschreibung und Erklärung struktureller Charakteristika von Netzwerken, wie Netzwerkzentralität und -dichte, unterscheiden Provan und Kenis (2008) drei Grundformen von Netzwerk-governance: Geteilte Netzwerk-governance (participant-governed networks), Governance durch eine Führungsorganisation (lead organization form) und Governance durch eine (externe) Managementorganisation (Network Administrative Organization (NAO) (Provan und Kenis 2008; Amelung et al. 2009). Die Autoren heben dabei die Bedeutung der vier Kontingenzfaktoren Vertrauen, Netzwerkgröße, Zielübereinstimmung und die Erforderlichkeit netzwerkspezifischer Kompetenzen, begleitet von einem aktiven Netzwerkmanagement, für die Effektivität der Steuerung und Koordination von Netzwerken hervor. Die Kombination dieser Kontingenzfaktoren bestimmt dabei die zu wählende Form der Netzwerk-governance.

Während Provan und Kenis (2008) die drei Grundformen von Netzwerk-governance als Governance-mechanismen charakterisieren, verstehen andere Arbeiten Governance-mechanismen als „*the underlying and concrete management and control activities, which describe in detail how the required behavior of the partner will become motivated, influenced, and established*“ (Hoetker und Mellewigt 2009, S. 1027). Dieser Definition folgend, stellen Governance-mechanismen konkrete Management-konzepte und -instrumente zur Strukturierung, Koordinierung und Steuerung von Verhalten in ökonomischen Austauschbeziehungen dar. Aufbauend auf dem Verständnis der TKT können formale und informelle Governance-mechanismen unterschieden werden (Dyer und Singh 1998; Cristofoli et al. 2014). Formale Governance-mechanismen sind formal festgelegte, im Netzwerk konsentrierte Verhaltensregeln. Sie umfassen neben rechtlich bindenden (Kooperations-) Verträgen auch

gemeinsam erstellte Businesspläne, Dienstleistungsvereinbarungen, Erfolgs- und Leistungsindikatoren und -kennzahlen, Berichts- und Controllingregeln und -tools sowie finanzielle Beteiligungen, Co-Spezialisierungen und spezifische Investitionen (Hoetker und Mellewigt 2009; Dyer und Singh 1998; Yu et al. 2006). Dyer und Singh unterscheiden zudem zwischen formalen Governancemechanismen mit legaler Absicherung, wie z.B. Kooperationsverträge, und sich selbst durchsetzenden formalen Governancemechanismen, wie z.B. finanzielle Beteiligungen, Co-Spezialisierung und spezifische Investitionen (Dyer und Singh 1998). Im Gegensatz zu formalen Governancemechanismen basieren informelle Governancemechanismen maßgeblich auf Konzepten wie Vertrauen, Reputation, Identität und Kultur und dienen dem Aufbau von Vertrauen und sozialer Identifikation in Netzwerken.¹ Beispiele informeller Governancemechanismen in Netzwerken sind das Bilden von Teams und Komitees, shared decision making, direkter Managementkontakt, regelmäßige Meetings und Aktivitäten und konkrete Konfliktlösungssysteme (Hoetker und Mellewigt 2009; Dyer und Singh 1998; Yu et al. 2006). Sowohl formale als auch informelle Governancemechanismen dienen der Abschwächung potentiell opportunistischen Verhaltens sowie der Koordination der Netzwerkpartner (Hoetker und Mellewigt 2009; Yu et al. 2006).

Die hier beschriebene Abgrenzung bzw. die Zusammenhänge der Begriffe ‚Governance‘, ‚Governancestruktur‘, ‚Netzwerk-governance‘ und ‚Governancemechanismus‘ sind in der Abbildung 1 noch einmal graphisch veranschaulicht.

¹ Andere Arbeiten unterscheiden formale und relationale Governancemechanismen und betonen damit die Bedeutung nicht formal festgelegter Governancemechanismen für interorganisationale Wertschöpfungsstrukturen (vgl. u. a. Hoetker und Mellewigt 2009; Yu et al. 2006). Aufgrund der abweichenden Bedeutung des Begriffs ‚relational‘ im deutschen Sprachgebrauch bezieht sich die vorliegende Arbeit auf die oben beschriebene Abgrenzung formaler und informeller Governancemechanismen.

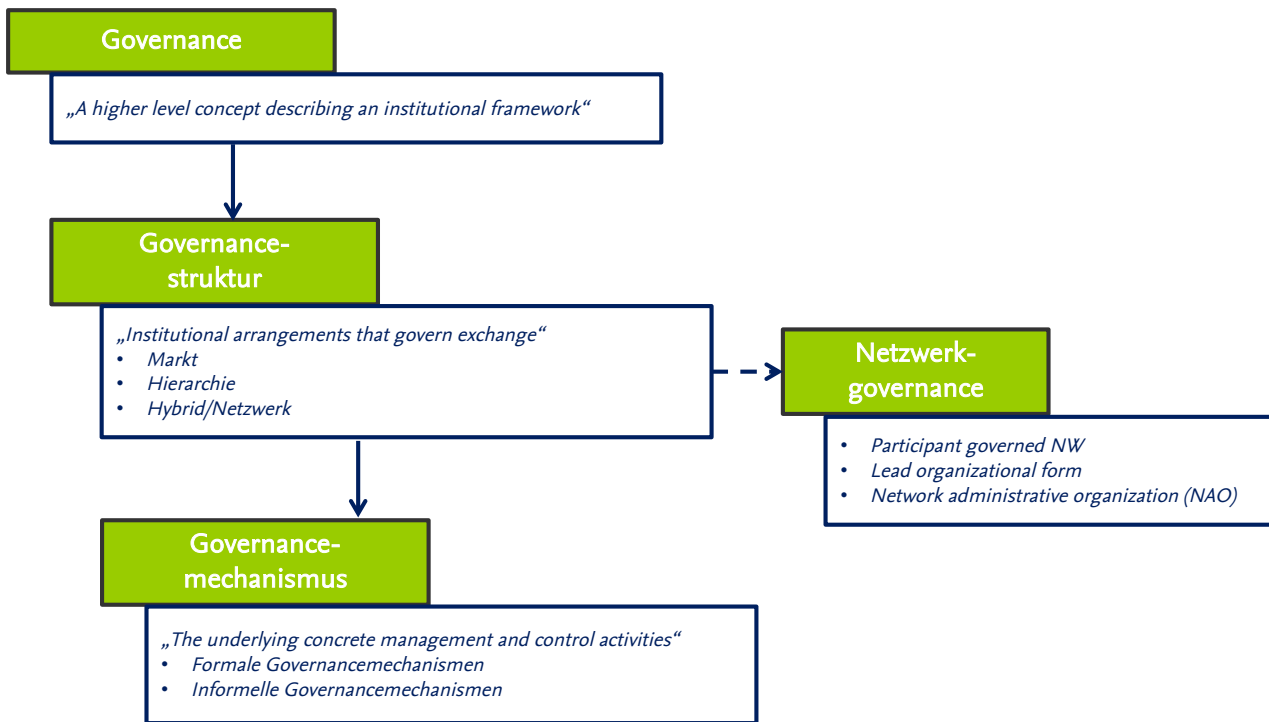


Abbildung 1: Darstellung der Zusammenhänge der Kernbegriffe und -konzepte

2.2. Die ökonomische Bedeutung von Governancestrukturen und -mechanismen für integrierte Versorgungsmodelle

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor der zentralen Herausforderung, den steigenden Versorgungsbedarf der zunehmenden Anzahl älterer, multimorbider und chronisch-kranker Patienten bei einem gleichzeitig zunehmenden Mangel an Fachkräften im Bereich der Pflege und der fachärztlichen Versorgung zu decken. Als entscheidende Barrieren zur Bewältigung dieser Herausforderung gelten vor allem die historisch gewachsenen starren institutionellen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen und die sektorale Trennung der ambulanten und stationären Versorgung (Gersch et al. 2010a; Häckl 2010; SVR 2014, 2012). Insbesondere Letzteres wird dabei als Ursache für Ineffizienzen an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche und daraus resultierende hohe Versorgungskosten bei sinkender Versorgungsqualität und -sicherheit identifiziert (Schröder und Gersch 2009).

Vor diesem Hintergrund werden neue Versorgungsformen notwendig, die das Ziel einer stärkeren Integration der Sektoren unter Einsatz geeigneter E-Health-Anwendungen verfolgen. Insbesondere E-Health-Anwendungen, wie bspw. elektronischen Patientenakten, Audio-Visuelle-Kommunikationsanwendungen für Telekonsile und -konsultationen, Telemedizin- und Ambient-Assisted-Living-Anwendungen (AAL), wird dabei ein hohes Unterstützungspotential integrierter Versorgungsformen zugesprochen, da sie innovative Lösungen zur Koordination und Kommunikation in Versorgungsnetzwerken sowie zur medizinischen Überwachung von Patienten bieten.

Diese organisatorischen und technologischen Entwicklungen aufgreifend, sind in Deutschland seit dem Jahr 2000 zahlreiche Gesetzesänderungen verabschiedet worden, die eine stärkere sektorenübergreifende und durch Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) unterstützte Vernetzung der Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten forcieren. Das Ziel der sogenannten Integrierten Versorgung ist die sektorenübergreifende, interdisziplinäre Versorgung der Versicherten. E-Health, von der World Health Organization (WHO) als „*the cost-effective and secure use of information and communications technologies in support of health and health-related fields*“ (Fifty-eighth World Health Assembly 2005, S. 121) definiert, strebt die IKT-Unterstützung von Versorgungsprozessen sowie der Koordination der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen an (Gersch und Wessel 2015)².

Tabelle 2 gibt einen chronologischen Überblick über die wichtigsten Gesetzesänderungen im deutschen Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000, die im Zusammenhang mit der Etablierung von Integrierter Versorgung und E-Health im deutschen Gesundheitswesen relevant sind.

Jahr	Gesetzesänderung	Erläuterung
2000	GKV-Gesundheitsreform	<p>§§ 140 a-h SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erste gesetzliche Grundlagen für die Integrierte Versorgung als Bestandteil der Regelversorgung <p>Modifizierung in 2011: Erweiterung der Liste möglicher Vertragspartner für IV-Verträge um bspw. pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten (§ 140 b Abs. 1 SGB V)</p>
2002	Risikostrukturausgleich	<p>(4. Änderung des RSA)</p> <p>§§ 137 f-g SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung von Disease-Management-Programmen („DMP“) – auf ausgewählte chronische Krankheiten ausgerichtete, sektorenübergreifende, strukturierte Behandlungsprogramme

² Während die Begriffe E-Health und Health-IT in der Praxis oft synonym verwendet werden, werden sie in der wissenschaftlichen Literatur differenziert verwendet. Der Begriff Health-IT umfasst vor allem die im Rahmen von Versorgungs- und auch Geschäftsprozessen genutzten technischen Artefakte im Gesundheitswesen. Der Begriff E-Health dagegen beschreibt die ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Effekte und Folgen der Implementierung und Nutzung dieser technischen Artefakte (Gersch und Wessel 2015). Beide Begriffe können aber als „Überbegriffe für (die Nutzung) verschiedene(r) IT-basierte(r) Lösungen im Gesundheitswesen“ (Gersch und Wessel 2015) verstanden werden. Telemedizin kann zudem als Bestandteil von E-Health verstanden werden und umfasst die Nutzung von IKT zur Überwindung räumlicher Distanzen in der Gesundheitsversorgung wie z.B. bei Telekonsilen zur Einholung von Zweit- bzw. Expertenmeinungen (Häckl 2010).

2004	GKV-Modernisierungsgesetz	<p>§§ 140 a-d SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - IV-Einzelverträge ohne KV-Zustimmung möglich - Anschubfinanzierung für IV (2004-2008) <p>§ 291a SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) als Grundlage einer interoperablen Telematikinfrastruktur bis 2006
2005	Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen	<p>Gründung der gematik zur Einführung, Betrieb und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie zugehöriger Fachanwendungen für die Datenkommunikation</p> <p>§ 291 SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelung der Organisationsstruktur und Finanzierungsgrundlagen für die gematik und die Telematikinfrastruktur
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung des Gesundheitsfonds in 2009 (§ 271 SGB V) - Erweiterung der Vertragsfreiheiten der gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung - Stärkung von Versorgungsmodellen, die die flächendeckende Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit durch Vernetzung ermöglichen - Ausweitung der integrierten Versorgung auf Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen (<i>Simon 2013</i>)
2009	Morbi-RSA	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch am Krankheitszustand der Versicherten (Morbidität)
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	<p>Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit umfassenden Maßnahmen zur zukünftigen Sicherung einer guten, flächendeckenden Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - zielgenaue Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung - Wettbewerbsstärkung für gesetzliche Krankenkassen durch Angebot ergänzender Leistungen - verbesserte Rahmenbedingungen für den Arztberuf, Anreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten - flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land - Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung - Einführung der "Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung" für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) - Förderung von Telemedizin als Bestandteil der medizinischen Versorgung <p>2013: G-BA legt erste Indikationen für die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (§ 116 b SGB V) fest</p>
2015	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)	<p>Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung (vgl. auch SVR 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einrichtung eines Innovationsfonds (§ 92 a SGB V): Geschäftsstelle, Innovationsausschuss, Expertenbeirat - Telemedizin als ein Förderschwerpunkt für Versorgungsinnovationen im Innovationsfonds - Beseitigung der Hürden zur Umsetzung der IV (§ 140 a SGB V) - Verbesserung des Entlassmanagements (§ 39 SGB V)

		<ul style="list-style-type: none"> - Ausbau von Disease-Management-Programmen („DMP“) (§§ 137 f-g SGB V) - Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung (§§ 116 a, b SGB V)
2016	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)	<ul style="list-style-type: none"> - flächendeckende Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) bis 2018 inkl. modernem Stammdatenmanagement, Speicherung von Notfalldaten und Medikationsplan (optional), individuellem Patientenfach (optional) - Anschubfinanzierung für die Nutzung elektronischer Arztbriefe - Förderung der Telemedizin durch Aufnahme von Leistungen in vertragsärztliche Versorgung - Erstellen eines Interoperabilitätsverzeichnisses für TI bis 2017 - Vorbereitung einer elektronischen Patientenakte bis 2018 <p><u>April 2016:</u> Erste Förderbekanntmachung des Innovationsfonds für Projektanträge in den Bereichen neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschung u.a. mit Telemedizin- und E-Health-gestützten Versorgungsmodellen als Förderschwerpunkt</p> <p><u>Mai 2016:</u> Zweite Förderbekanntmachung des Innovationsfonds für Projektanträge im Bereich neue Versorgungsformen</p> <p><u>Juli 2016:</u> Bekanntgabe über Einreichung von 138 Projektskizzen zu neuen Versorgungsformen aus der ersten Förderbekanntmachung (04/2016), 296 Projektskizzen zur Versorgungsforschung sowie 107 Projektskizzen aus der zweiten Förderbekanntmachung (05/2016)</p> <p><u>Oktober / November 2016:</u> Bekanntgabe über getroffene Förderentscheidungen für 29 Projekte zu Neue Versorgungsformen aus der ersten Förderbekanntmachung des Innovationsfonds (04/2016), das beantragte Fördervolumens i. H. v. 880 Mio. EUR sowie über die Vorabinformation der zur Förderung ausgesuchten Projekte ab dem 26.10.2016</p> <p><u>Januar 2017:</u> Bekanntgabe der geförderten Projekte aus den Bereichen neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung aus der ersten Förderbekanntmachung</p>

Tabelle 2: Wichtigste Gesetzesänderungen zur Integrierten Versorgung und E-Health in Deutschland (in Erweiterung von Adler 2015)

Schröder und Gersch (2009) zeigen aus einer ökonomischen Perspektive auf, dass innovative, integrierte und IT-unterstützte Versorgungsmodelle einen Nutzen aus Sicht von Patienten, Leistungserbringern, Kostenträgern und Gesundheitspolitik versprechen (dazu siehe auch Schröder 2014). Folglich lassen innovative Versorgungskonzepte wie Bea@Home das Potential vermuten, durch eine stärkere intersektorale Integration der Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten sowie eine Unterstützung der Koordination, Kommunikation und medizinisch-pflegerischen Versorgung durch geeignete E-Health-Anwendungen den demographischen und ökonomischen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen begegnen zu können. Trotz des ihnen zugeschriebenen hohen Potentials zu einer nachhaltigen qualitativen und ökonomischen Verbesserung des deut-

schen Gesundheitswesens bleibt die Diffusion Integrierter Versorgung bislang hinter den Erwartungen von Experten zurück (Gersch et al. 2010c). Aktuelle Studien führen dies insbesondere auf die starre Sektorentrennung, die divergierenden Partialinteressen der beteiligten Akteure, die hohe und wenig dynamische Regulierungsdichte sowie die hohe Unsicherheit über die zukünftige Zulassung und Vergütung von Versorgungsinnovationen und die digitale Entwicklung des Gesundheitswesens zurück (Gersch et al. 2010c; Gersch und Rüsike 2011; Schreyögg et al. 2006). Dabei identifizieren sie neben geeigneten Geschäftssystemideen auf Basis tragfähiger Geschäftsmodelle (Gersch und Rüsike 2011) und anderen Faktoren auch geeignete Governancestrukturen und -mechanismen als erfolgsentscheidende Faktoren integrierter und IT-unterstützter Versorgungskonzepte (Güntert 2006; Schreyögg et al. 2006; Braun und Güssow 2006; Becker und Goletz 2012; Liesenfeld und Loss 2012). Die Arbeiten betonen insbesondere die Relevanz eines effizienten und effektiven Netzwerkmanagements zur Steuerung und Koordination der medizinischen und pflegerischen Leistungserbringung in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten. Dieses Thema wird nachfolgend aufgegriffen und die Steuerungswirkung einzelner Governancestrukturen und -mechanismen auf das intersektoral-integrierte und IT-unterstützte Versorgungskonzept Bea@Home sowie die einzelnen Netzwerkakteure untersucht.

3. METHODISCHES VORGEHEN

Für die Analyse in der derzeitigen Versorgungssituation erkennbarer sowie zukünftig möglicher Governancestrukturen und -mechanismen für integrierte, IT-unterstützte Versorgungsmodelle für langzeitbeatmete Patienten wird ein zweistufiges iteratives Forschungsdesign aus einer Vorstudie und einer Hauptstudie gewählt. Die Vorstudie dient dabei der Generierung erster Erkenntnisse über Ausgestaltungsformen von Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsnetzwerken sowie daraus resultierende mögliche Auswirkungen auf integrierte Versorgungsnetzwerke. Diese Erkenntnisse bilden die Basis für die anschließende Hauptstudie, in der die Ausgestaltungsformen von Governancestrukturen und -mechanismen sowie deren Auswirkungen auf das Versorgungsnetzwerk sowie auf die beteiligten Akteure am Beispiel eines intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungsnetzwerkes im deutschen Gesundheitswesen empirisch untersucht werden. Das Ziel dieses Vorgehens ist die Entwicklung einer möglichen Governancestruktur für das intersektoral-integrierte, IT-unterstützte Versorgungskonzept Bea@Home, die Konkretisierung möglicher Governancemechanismen und die Analyse der Auswirkungen der Governancestrukturen und -mechanismen auf das Versorgungskonzept Bea@Home und die am Versorgungskonzept beteiligten Akteure.

3.1. Vorstudie zu Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsmodellen: eine systematische Literaturrecherche

Die Vorstudie umfasst die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche nach dem Vorgehensmodell von vom Brocke und Kollegen (2009). Ziel ist die konzeptionell fundierte Identifizierung grundsätzlich geeigneter Governancestrukturen und -mechanismen sowie deren Auswirkungen auf die an integrierten Versorgungsnetzwerken beteiligten Akteure. In einem ersten Schritt wird der Umfang der Recherche auf die relevanten Begriffe beschränkt und die begrifflichen Zusammenhänge und Abgrenzungen graphisch in einer Concept Map veranschaulicht (vgl. Abbildung 2).

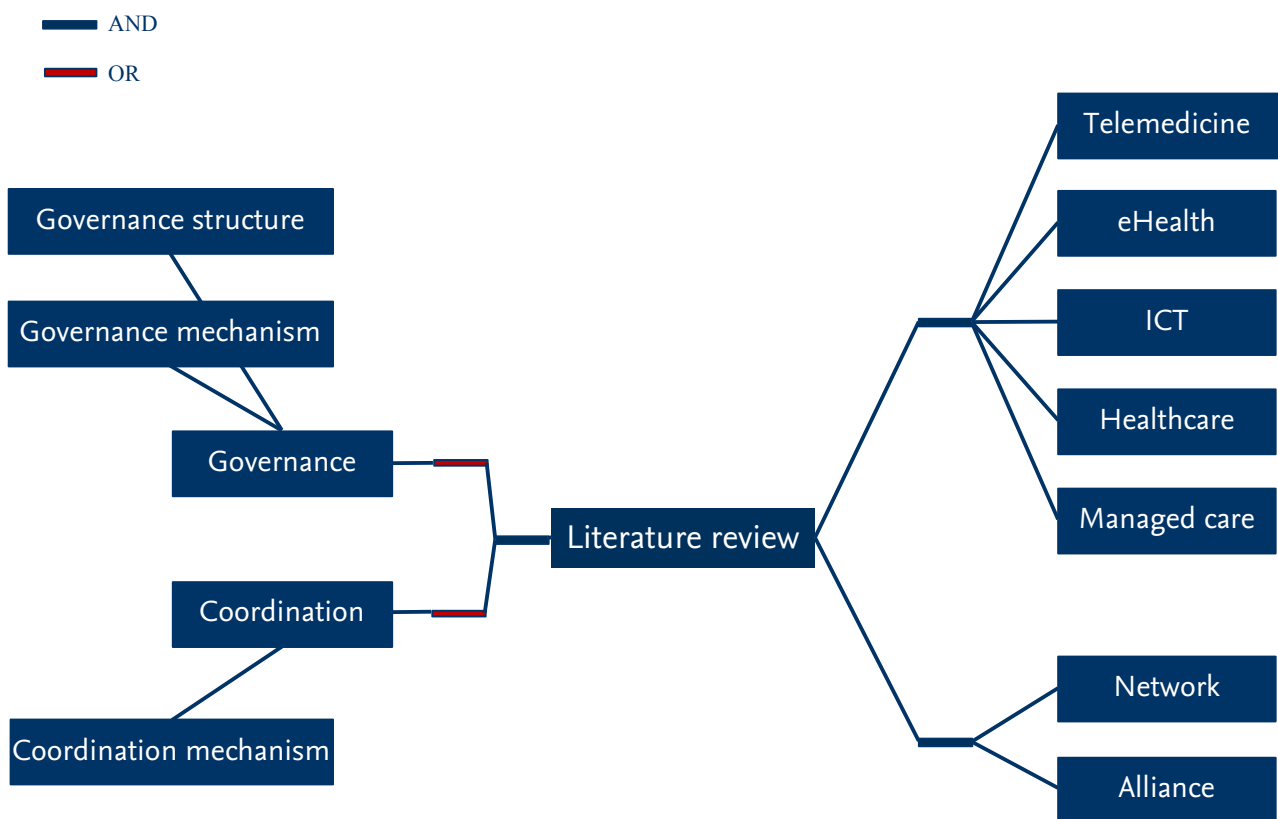


Abbildung 2: Concept Map der systematischen Literaturrecherche

In einem nächsten Schritt werden relevante Datenbanken für die systematische Literaturrecherche ausgewählt. Dabei fungieren die jeweils über die einzelnen Datenbanken verfügbaren Fachzeitschriften und deren Relevanz für das vorliegende Forschungsvorhaben als Auswahlkriterium. Im vorliegenden Fall werden folgende Datenbanken für die systematische Literaturrecherche ausgewählt: EBSCO (Business Source Premier, Academic Search Premier, EconLit), PubMed, ScienceDirect und Google Scholar. Anschließend wird das in der Concept Map skizzierte Forschungsvorhaben begrifflich operationalisiert und in folgendem Suchalgorithmus konkretisiert:

(“governance” OR “coordination”) AND (“network” OR “alliance”) AND (“telemed*” OR „eHealth“ OR „ICT“ OR „health care“ OR „managed care“ OR „integrated care“)

Die Formulierung zielt dabei auf die IKT-unterstützte Koordination und Governance von Netzwerkkorganisationen im Kontext des Gesundheitswesens ab.

Der aufgestellte Suchalgorithmus wird im Verlauf der systematischen Literaturrecherche strukturell an die Notationsvorgaben der jeweiligen Datenbanken angepasst. Die anschließende Ausführung der Literaturrecherche wird auf Titel, Abstracts und Schlüsselwörter, den Zeitraum 2000 bis 2016 und peer-reviewed paper begrenzt. Dabei wird auf die Berücksichtigung von nicht im Volltext verfügbaren Artikeln verzichtet. Die Literaturrecherche in den vier Datenbanken ergibt 347 primäre Suchergebnisse. Diese werden vor einer weiteren Präzisierung des Suchalgorithmus in einem auf einem zentralen Server gelagerten Dokument festgehalten, in dem je zur Recherche herangezogener Datenbank eine Tabelle mit den Elementen Suchalgorithmus, Suchergebnisse, Restriktionen und Kommentar angelegt wird.

Database	PubMed
Search algorithm	(„governance“ [TIAB] OR „coordination“ [TIAB]) AND ((„network“ [TIAB] OR „alliance“ [TIAB]) AND („telemedicine“ [TIAB] OR „eHealth“ [TIAB] OR „ICT“ [TIAB] OR „health care“ [TIAB] OR „managed care“ [TIAB] OR „integrated care“ [TIAB]))
Search results	94 initial search results
Restrictions	Categories: Title & abstract Publication date from 2000 to 2016 Free full text available via PubMed
Comment	Exclusion of papers which focused on national/global or corporate governance approaches

Anschließend werden nach einer Überprüfung des Titels und des Abstracts die Artikel von den Rechercheergebnissen ausgeschlossen, deren Fokus auf Governance als staatliche bzw. nationale und globale Aufgabe liegt. Nach dieser weiteren Präzisierung umfassen die Rechercheergebnisse 30 Artikel, die in einer Excel-Datei mit den Attributen Name des Autors bzw. Namen der Autoren, Erscheinungsjahr, Titel, Namen des Journals und Abstract dargestellt werden.

In einem nächsten Schritt werden diese Artikel nun hinsichtlich ihres Beitrags zur Erkenntnis-erweiterung für das vorliegende Forschungsvorhaben analysiert und mittels eines dreistufigen Bewertungsschemas von ‚geringe Relevanz‘ bis ‚hohe Relevanz‘ bewertet (vgl. Abbildung 3).

AB 1.4 Governancestrukturen

Kategorisierung nach Wichtigkeit

- Hoch
- Mittel
- Niedrig

Kategorie	Autor	Jahr	Titel	Journal	Abstract
●	Bodolica, Spraggon & Tofan	2015	A structuration framework for bridging the macro–micro divide in health-care governance	Health Expectations	Background Extant studies demor
●	D'Amour et al.	2008	A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations	BMC Health Services Research	Background: The new forms of or
●	Lin	2007	Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan	BMC Health Services Research	Background: Taiwan's primary cor
●	Lowndes/Skelcher	1999	The dynamics of multi-organizational partnerships: An analysis of changing modes of governance	Public Administration	Multi-organizational partnerships
●	Lucidarme, Cardon & Willem	2015	A Comparative Study Of Health Promotion Networks: Configurations of determinants for network effectiveness	Public Management Review	Collaborative public networks hav
●	McInnes et al.	2012	A qualitative study of stakeholder views of the conditions for and outcomes of successful clinical networks	BMC Health Services Research	Background: Clinical networks ha
●	Provan/Kenis	2008	Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness	Journal of Public Administration Rese	This article examines the governa
●	van Raak et al.	1999	Integrated care management: applying control theory to networks	Journal of Management in Medicine	Delivery of integrated care by inte

Abbildung 3: Bewertung und Kategorisierung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu Governancestrukturen in integrierten Gesundheitsnetzwerken

Die Literaturrecherche gibt einen Überblick über die verschiedenen Ausgestaltungsformen von Governancestrukturen und -mechanismen im Kontext von Integrierter Versorgung und stellt dar, welche Rolle Governancestrukturen und -mechanismen für die Realisierung und Etablierung von Integrierter Versorgung im wissenschaftlichen Diskurs zugesprochen wird³. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse bieten die Grundlage für die Analyse der empirischen Einzelfallstudie Bea@Home als Hauptstudie des vorliegenden Forschungsvorhabens (Kapitel 3.2) sowie für die empirisch und konzeptionell gestützte Entwicklung einer geeigneten Governancestruktur und adäquater Governancemechanismen für das intersektoral-integrierte, IT-unterstützte Versorgungskonzept Bea@Home (Kapitel 4).

3.2. Hauptstudie zu Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsmodellen und ihren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure: die qualitative Fallstudie „Bea@Home“

Die Hauptstudie umfasst die Untersuchung der empirischen Einzelfallstudie Bea@Home im deutschen Gesundheitswesen im Teilmarkt der außerklinischen Beatmungsversorgung im Zeitraum 2013 - 2016. Im Rahmen der empirischen Einzelfallstudie werden eine Vielzahl von Primär- und Sekundärdaten erhoben, die im Folgenden näher beschrieben werden.

³ Vgl. Anhang II (S. XIII) für eine Übersicht über die recherchierten und analysierten Literaturquellen.

Der Fokus der Erhebung von **Primärdaten** liegt auf der Durchführung von explorativen Interviews mit den Leistungserbringern des Verbundprojekts Bea@Home. Die Interviewpartner werden so gewählt, dass mehrere Leistungserbringer mit einem technischen, pflegerischen oder medizinischen Hintergrund und entweder wissenschaftlicher oder industrieller Ausrichtung befragt werden. Mit Hilfe von halbstandardisierten, offenen Interviews werden zum einen Erkenntnisse hinsichtlich der aktuell erkennbaren Governancestruktur in der derzeitigen Versorgungssituation beatmeter Patienten im deutschen Gesundheitswesen sowie deren Auswirkungen auf die an der Versorgung beteiligten Akteure generiert. Zum anderen werden die Projektpartner zu zukünftig möglichen Governancestrukturen und geeigneten Governancemechanismen in einem intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzept sowie deren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure befragt. Die Interviews finden im Zeitraum von 2013 bis 2016 statt. Insgesamt werden 22 Interviews mit einer Länge von ein bis zwei Stunden erhoben. Die Gespräche werden aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Darüber hinaus geben teilnehmende Beobachtungen Einblicke in die Governancestruktur der derzeitigen Versorgungssituation, Bedarfe und Anforderungen an eine zukünftig mögliche Governancestruktur sowie zukünftig mögliche geeignete Governancemechanismen eines intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepts. Hierzu zählen unter anderem die Besichtigung der Einrichtungen der beteiligten Leistungserbringer (z. B. Charité CCo7, CC12, Linde Remeo Deutschland GmbH (LRD)), die Beobachtung des tatsächlichen Implementierungsprozesses von neuen E-Health-Anwendungen (z.B. elektronische Patientenakte, audiovisuelle Kommunikation (AVK), PAUL-System⁴) als Grundlage für eine digitale Integration und Interaktion der an dem innovativen Versorgungskonzept beteiligten Akteure sowie die Teilnahme an zahlreichen Projekttreffen. Von den teilnehmenden Beobachtungen werden Feldnotizen verfasst. Weitere erhobene Primärdaten sind im Rahmen des Verbundprojekts Bea@Home verfasste Protokolle von Projekttreffen und Telefonkonferenzen.

Als **Sekundärdaten** werden neben Präsentationen der am Verbundprojekt beteiligten Akteure vor allem Projektdokumente wie z.B. die von den Projektpartnern erarbeiteten (Teil-)Ergebnisse, öffentlich zugängliche Dokumente der beteiligten Unternehmen und Institutionen, Medienartikel, wissenschaftliche Beiträge und weitere Berichte sowie Inhalte von Webseiten und Fernsehreportagen erhoben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der im Verbundprojekt Bea@Home entwickelten Ist-

⁴ Das von dem Projektpartner CIBEK technology + trading GmbH im Verbundprojekt eingesetzte PAUL-System (persönlicher Assistent für unterstütztes Leben) stellt eine Komplettlösung zur Unterstützung älterer Menschen dar, die selbstbestimmt und sicher möglichst lange zu Hause leben möchten. Ein zentraler Baustein ist der sog. Mini-Server, der die Informationen von vorhandener Sensorik verschiedenster Technologien aufnimmt und verarbeitet sowie über die angebundene Sensorik und die Inaktivitätserkennung einen eventuellen Hilfebedarf des Patienten erkennen und somit die pflegenden Angehörigen unterstützen kann. Ein weiterer zentraler Baustein ist die Visualisierung des Paul-Systems, das auf marktgängigen Geräten (z.B. Apple iPad, Touch-PCs mit Microsoft Windows Betriebssystem) lauffähig ist und hinsichtlich Design und Funktionalität an die Bedarfe und Anforderungen spezieller Nutzergruppen (z.B. beatmeter Patienten) angepasst werden kann.

und Soll-Prozesskette. Diese bilden jeweils die Versorgungs-, Dokumentations- und Kommunikationsprozesse der derzeitigen Versorgungskette sowie der Versorgungskette des neu entwickelten Versorgungskonzepts in abstrahierten Ereignis-Prozessmodellen ab. Dabei sind jeweils von oben nach unten gehend die vier Versorgungsbereiche dargestellt: die klinisch-stationäre Akutversorgung, die Versorgung in einem klinischen Weaningzentrum, die Versorgung in einer außerklinischen Beatmungsversorgungseinrichtung, wie die REMEO Center von LRD, und die Versorgung im Zuhause. Die für die Versorgung genutzten Dokumente und Informationen sowie die verwendeten Informationssysteme sind in den unteren zwei Zeilen der Ist- und Soll-Prozesskette abgebildet. Abbildung 4 zeigt die im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte Soll-Prozesskette. Diese wird in dem ebenfalls im Rahmen des Verbundprojekts Bea@Home entstandenen Whitepapers zum Thema „Ökonomische Reflexion eines integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepts im Gesundheitswesen“ (Gertz et al. 2017) näher beschrieben.

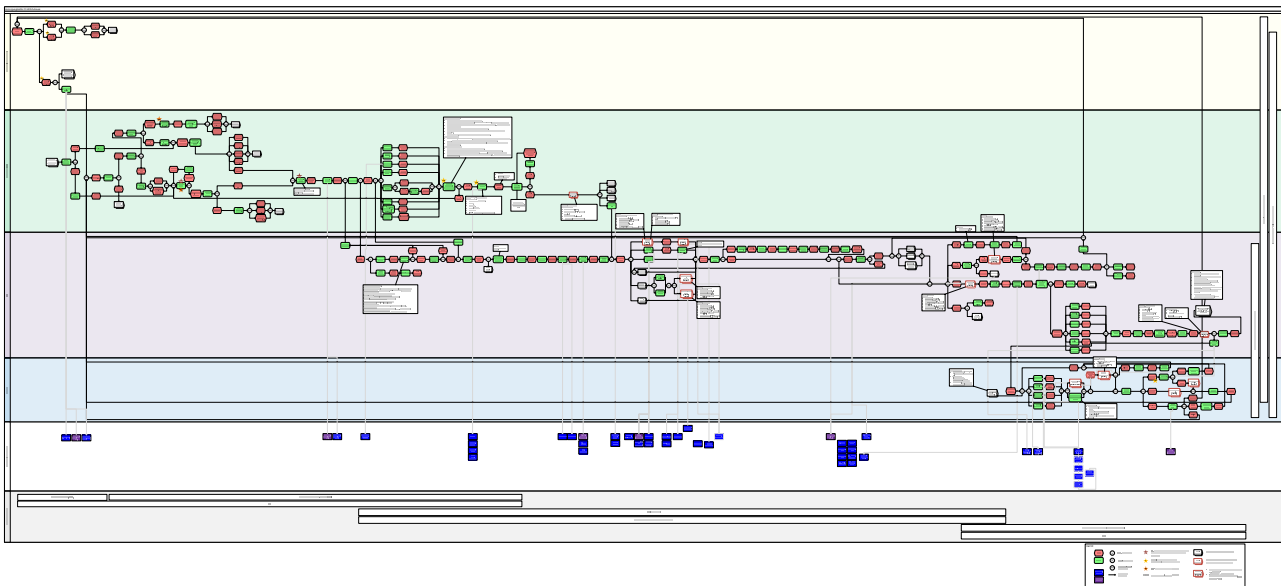


Abbildung 4: Überblick über die im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte Soll-Prozesskette

Einen Überblick über die im Rahmen der empirischen Einzelfallstudie erhobenen Primär- und Sekundärdaten gibt Abbildung 5.

Dokumententyp	Dokumentenanzahl	Seitenanzahl	Anzahl der Interviewpartner	Stunden teilnehmende Beobachtung
PRIMÄRDATEN				
Interviews 2013-2015	22	500	18	
Interviews 2010-2012	7	161	7	
SUMME Interviews	29	661	22	
Field Notes	63	209,5		
Teilnehmende Beobachtung	20			119,5
Memos	22	145		
SUMME Primärdokumente	134	1.015,5	22	119,5
SEKUNDÄRDATEN				
Präsentationen	19	401		
Presseartikel, Studien, Reports, wissenschaftliche Artikel, Unternehmensberichte, TV-Reports, Webseiten	0	0,0		
SUMME Sekundärdokumente	19	401,0		
SUMME	153	1.416,5	22	119,5

Abbildung 5: Übersicht über die im Rahmen der empirischen Einzelfallstudie Bea@Home erhobene Datenbasis aus Primär- und Sekundärdaten

Die im Rahmen der empirischen Einzelfallstudie erhobenen Daten werden mit Hilfe einer iterativen, interpretativen Forschungsmethode – der sogenannten Gioia-Methodik (Gioia et al. 2013) – analysiert. Ziel dieser Forschungsmethode ist es, neue Konzepte aus empirischen Daten heraus zu entwickeln, die die Basis für Theoriebildung bzw. -weiterentwicklung darstellen. Dabei geht die Gioia-Methodik von einer interpretativen Forschungsperspektive aus. So werden die Erkenntnisse aus der informantenorientierten **First-order Analysis** vom Forscher im Rahmen der **Second-order Analysis** durch die Erkennung von Mustern und die Formulierung von Konzepten in theoretisch fundierte Ergebnisse transformiert. Dabei erfordert die Gioia-Methodik einen iterativen Prozess aus Datenerhebung, Datenanalyse und Literaturanalyse für die Entwicklung einer Datenstruktur und eines Prozessmodells zur Darstellung der dynamischen Zusammenhänge zwischen den entwickelten Konzepten (Gioia et al. 2013; Nag et al. 2007; Clark et al. 2010).

Im vorliegenden Forschungsvorhaben werden durch einen kontinuierlich-iterativen Prozess aus Literaturrecherche und -analyse sowie der Erhebung und interpretativen Analyse qualitativer empirischer Daten schrittweise Erkenntnisse über die Ausgestaltung geeigneter Governancestrukturen und -mechanismen in integrierten Versorgungsmodellen sowie deren Auswirkung auf das Versorgungskonzept und die daran beteiligten Akteure generiert. Im Laufe dieses iterativen Forschungsdesigns können eine netzwerkartige Governancestruktur für das zukünftig mögliche integrierte, IT-unterstützte Versorgungskonzept entwickelt, mögliche geeignete Governancemechanismen konkretisiert und deren Auswirkungen auf die am Versorgungsmodell beteiligten Akteure analysiert werden (Kapitel 4). Des Weiteren können erste Empfehlungen für eine Übertragung dieser Erkenntnisse auf andere Indikations- und Versorgungsbereiche abgeleitet werden (Kapitel 5).

4. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

4.1. Die Ergebnisse der Vorstudie

Auf die Arbeiten von Provan & Kenis (2008) zu Netzwerk-governance aufbauend, betonen Willem und Gemmel (2013) die dualistische Konstitution von Netzwerk-governance durch Kollaborationsstrukturen und Koordinationsmechanismen sowie die Notwendigkeit des Zusammenspiels beider Faktoren für Gesundheitsnetzwerke. In ihrer Studie stellen die Autoren einen Trend zu stärker kollaborativ geprägten Netzwerktypen fest, in denen relationale, vertragliche und hierarchische Governance-mechanismen einander komplementieren, anstatt, wie in der TKT angenommen, in einem substituierenden oder konfliktionären Verhältnis zu einander zu stehen.

D'Amour und Kollegen (2008) konzentrieren ihre Untersuchung auf die Analyse und Typologisierung von Kollaboration in integrierten Versorgungsmodellen. Die Studie basiert auf einem Strukturationsmodell von Kollaboration, dass anhand der vier Dimensionen Governance, Formalisierung, Internalisierung und gemeinsamer Zielvorstellung sowie zehn Indikatoren interprofessionelle und interorganisationale Kollaboration in Gesundheitsnetzwerken beschreibt. Dabei werden Indikatoren wie z.B. Informationsaustausch über integrierte Informationssysteme, interorganisationale Vereinbarungen und Protokolle, Netzwerk-zentralität, Führung, Innovationsunterstützung und der Vernetzungsgrad der Akteure als zentrale Steuerungs- und mithin Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsmodelle hervorgehoben.

Lowndes und Skelcher (1998) verweisen auf die Unterscheidung der Organisationsstrukturen von multi-organisationalen Partnerschaften und der Governanceform Netzwerk. Multi-organisationale Partnerschaften seien vom Durchlaufen eines Lebenszyklus' geprägt und erfordern je nach Lebenszyklusphase verschiedene Kombinationen der Governanceformen Markt, Hierarchie und Netzwerk. Die Autoren identifizieren dabei vier Entwicklungsphasen der Zusammenarbeit mit jeweils vorherrschenden Governanceformen. Während die initiale Phase der vorpartnerschaftlichen Zusammenarbeit und die abschließende Phase der Entscheidung über die Fortführung oder Terminierung der Zusammenarbeit durch netzwerktypische Governanceelemente wie Informalität, Vertrauen und gemeinsame Ziele gekennzeichnet sind, herrschen in der Phase des Aufbaus und der Konsolidierung von Partnerschaften hierarchische Elemente wie Status und Autorität vor. In der dritten Phase der Erfüllung der Partnerschaft stellen Lowndes und Skelcher (1998) mit der Dominanz von Ausschreibungen und Verträgen eine marktliche Ausrichtung fest.

Zunehmend betrachten wissenschaftliche Arbeiten zu Governance in (Gesundheits-)Netzwerken die digitale Unterstützung von Governance durch integrierte Informationssysteme und die resultierenden Auswirkungen auf die Netzwerk-governance und mithin den Erfolg des Netzwerkes.

So stellen Busetto und Kollegen (2015) die mangelnde informationstechnische Integration von Patientendatenbanken als einen Risikofaktor für den Erfolg von Netzwerkorganisationen dar und betonen den Einsatz telemedizinischer und informationstechnischer Anwendungen zur Integration

der verschiedenen Leistungserbringer im Versorgungsnetzwerk sowie zur Überwindung räumlicher Distanzen zwischen Patienten und Leistungserbringern als Erfolgsfaktor integrierter Versorgungsnetzwerke.

Waterson und Kollegen (2012) untersuchen Barrieren des Einsatzes von Health-IT in Gesundheitsnetzwerken und konkretisieren in ihrer Studie Herausforderungen für die Anwendung einer elektronischen Patientenakte in einem integrierten Versorgungsmodell für ältere Patienten. Dabei heben sie die Interoperabilität der verwendeten Informationssysteme als zentrale strategische und technische Herausforderung von Versorgungsnetzwerken hervor.

Barnes und Kollegen (2014) stellen in ihrer Arbeit zu Accountable Care Organizations (ACO) in den USA die Bedeutung von Health-IT-Anwendungen und Health-IT-Kompetenzen heraus. So charakterisieren die Autoren die Implementierung effektiver Governancestrukturen und patientenzentrierter, integrierter Informationssysteme als eine der Kernherausforderungen von ACO. Zudem betonen sie die Notwendigkeit, entsprechende Health-IT-Kompetenzen für die effektive Nutzung von Informationssystemen und telemedizinischen Anwendungen zur Koordination des integrierten Versorgungsnetzwerks sowie zum Monitoring und Auswerten telemedizinischer Daten zu entwickeln.

Gardner et al. (2014) stellen in ihrem Beitrag den Informationsfluss in Gesundheitsnetzwerken in den Fokus und stellen dessen Kontinuität als zentralen Mechanismus zur Koordination intersektoral-integrierter Versorgungssysteme heraus. Sie konzeptualisieren ein nach drei Ebenen der Entscheidungsfindung und -auswirkung – *micro*, *meso* und *macro* – abgestuftes Koordinationsmodell, dessen Elemente sich jeweils in der Richtung – horizontal versus vertikal – und der Zielsetzung des Informationsaustauschs unterscheiden. Die auf den jeweiligen Stufen gesammelten und anschließend aggregierten Patientendaten werden dabei als Grundlage der Qualitätskontrolle erbrachter Leistungen und erfolgskritisches Verbindungselement zwischen den einzelnen Akteuren eines integrierten Versorgungssystems aufgefasst.

Als weitere für den Erfolg von Gesundheitsnetzwerken entscheidende Mechanismen werden die Entwicklung der Einnahmensituation einzelner Akteure, Einstellungen zu Wettbewerb, finanzielle Anreizsysteme zur Richtlinien- und Leitlinienumsetzung und -einhaltung sowie die Leistungsüberwachung über intersektoral-integrierte Informationssysteme beschrieben (Busetto et al. 2015). Nicholson und Kollegen (2013) ergänzen diese Mechanismen in ihrer Studie zu Governancemodellen für integrierte Versorgungsnetzwerke um weitere Elemente wie gemeinsame Planung, integrierte Informations- und Kommunikationstechnologie, intersektoral-integriertes Change Management, intersektorale Anreizsysteme, Qualitätsverbesserung mithilfe von Datenanalysen und Innovation.

In der Zusammenfassung zeigen die hier diskutierten Arbeiten eine Vielzahl möglicher Governancestrukturen und -mechanismen für die Ausgestaltung und Koordination von Versorgungsnetzwerken auf⁵. Während die konkrete Ausgestaltung der Governancestruktur und -mechanismen in Versorgungsnetzwerken von einer Vielzahl verschiedener Faktoren, wie Lebenszyklus-phase des Netzwerks, Netzwerkgröße und -ziel, abhängen und daher keine optimale Governancestruktur und Set an Governancemechanismen für Gesundheitsnetzwerke empfohlen werden können, erörtern wissenschaftliche Arbeiten verschiedene Governancemechanismen und ihre Auswirkungen auf Versorgungsnetzwerke und deren Erfolg. Dabei werden als mögliche Governancemechanismen interorganisationale Verträge, Vereinbarungen und Protokolle (D'Amour et al. 2008; Lowndes und Skelcher 1998), Richt- und Leitlinienkataloge (Barnes et al. 2014), integrierte Informationssysteme (D'Amour et al. 2008; Busetto et al. 2015; Waterson et al. 2012; Barnes et al. 2014), ein kontinuierlicher intersektoraler, IT-unterstützter Informationsfluss (Gardner et al. 2014) und effektive Anreizstrukturen (Nicholson et al. 2013) als erfolgskritische Elemente diskutiert.

Die Ergebnisse aus der systematischen Literaturrecherche stellen wertvolle erste Erkenntnisse über mögliche Ausgestaltungsformen und Auswirkungen verschiedener Governancestrukturen und -mechanismen in Versorgungsnetzwerken dar und dienen als Grundlage für die Analyse der qualitativen Fallstudie Bea@Home. Konkret lassen die Ergebnisse Rückschlüsse auf die Eignung der im Verbundprojekt Bea@Home entwickelten intersektoralen Prozessstandards und Qualitätsindikatoren, der sektorenübergreifenden Vernetzung über eine elektronische Patientenakte (ePA), der medizinischen Leitlinien sowie der konsentierten Vertragsmodelle als Governancemechanismen zur Steuerung und Koordination des Versorgungsnetzwerkes zu. Diese Governancemechanismen werden im folgenden Kapitel näher betrachtet und hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und Auswirkung auf einzelne Akteure in drei konkretisierenden Vertragsmodellen des entwickelten Versorgungsmodells analysiert.

4.2. Ergebnisse der Hauptstudie

4.2.1. Erkennbare Governancestrukturen und -mechanismen in der derzeitigen Versorgungssituation und deren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure

Die Analyse der in der derzeitigen Versorgungssituation von langzeitbeatmeten Patienten im deutschen Gesundheitswesen erkennbaren Governancestruktur und Governancemechanismen basiert auf der im Rahmen des Verbundprojekts Bea@Home entwickelten Ist-Prozesskette. Diese wird im Whitepaper zum Thema „Ökonomische Reflexion eines integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepts im Gesundheitswesen“ näher beschrieben (Gertz et al. 2017).

⁵ Eine überblicksartige Darstellung der in Kapitel 4.1 vorgestellten und diskutierten Arbeiten zu Governancestrukturen und -mechanismen in Versorgungsnetzwerken im Gesundheitswesen findet sich im Anhang I (S. XI).

4.2.1.1. Erkennbare Governancestruktur und Governancemechanismen in der derzeitigen Versorgungssituation

Die in der derzeitigen Versorgungssituation langzeitbeatmeter Patienten erkennbare Governancestruktur zeichnet sich durch die Erbringung umfassender klinischer und außerklinischer, fachärztlicher und pflegerischer Versorgungsleistungen durch eine Vielzahl nicht übergreifend strukturell koordinierter Akteure aus. Hwang und Christensen (Hwang und Christensen 2008, 1332f.) beschreiben diese Koordinationsstruktur als das Geschäftsmodell ‚solution shops‘, das sich durch eine unzureichende Koordination der beteiligten Akteure auszeichnet. Im Verständnis der TKT handelt es sich somit um eine Koordination durch Einzeltransaktionen zwischen rechtlich unabhängigen Akteuren – darunter medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungserbringer, wie z.B. Kliniken, Anbieter stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienstleistungen sowie niedergelassene Fach- und Hausärzte, Geräteprovider als industrielle Dienstleister und Kostenträger – , die grundsätzlich nicht über Kooperationsverträge oder gemeinsame Vergütungsverträge wirtschaftlich miteinander verbunden sind. Eine Folge davon ist, dass Kliniken langzeitbeatmete Patienten aus der klinisch-stationären Akutversorgung, Weaningzentren oder klinischen Heimbeatmungsstationen in verschiedene außerklinische Versorgungsformen, wie z.B. Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegewohngemeinschaften oder eine häusliche Umgebung, entlassen. In der Praxis wird dabei nach Informationen aus dem Feld oft derjenige außerklinische Leistungserbringer vom Überleitmanagement-Team⁶ bzw. dem entlassenden Klinikarzt gewählt, der den Patienten am schnellsten und mit dem geringsten Arbeitsaufwand für die Mitarbeiter der Klinik übernimmt. Im Verständnis der TKT erfolgt die Koordination der Überleitung eines Beatmungspatienten zwischen Klinik und außerklinischem Leistungserbringer somit unter Abwägung einer schnellen und aufwandsgeringen Überleitung des Patienten aus der Sicht der entlassenden Klinik. Handlungsleitend ist damit die Auswahl möglichst geringer Transaktions- bzw. Koordinationskosten bei der Überleitung aus Sicht des vorherigen Leistungserbringers. Die jeweils resultierenden Koordinationskosten einer schnellen und aufwandsgeringen Überleitung von Patienten können somit als ein Governancemechanismus interpretiert werden. Analog werden außerklinisch versorgte Beatmungspatienten bei gesundheitlichen Zustandsverschlechterungen oft in die nächstliegende Klinik und nicht zum Beispiel in die zuvor behandelnde Klinik (zurück) überwiesen. Auch hier kann das Entscheidungskriterium einer einfachen und für den am-

⁶ Laut der S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) aus dem Jahr 2009 setzt sich das Überleitmanagement-Team aus den folgenden Berufsgruppen zusammen: Überleitmanager, Arzt (klinisch und außerklinisch), Pflorgeteam (klinisch und außerklinisch), Geräteprovider, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, ggf. Therapeuten und ggf. Leistungsträger.

bulanten Hausarzt und den außerklinischen Pflegeanbieter aufwandsgeringen Einweisung des Patienten in die nächstgelegene Klinik als eine Ausgestaltungsform des Governancemechanismus ‚Koordinationskosten‘ angesehen werden.

Darüber hinaus ist die derzeitige Versorgungssituation auch durch nicht bzw. unzureichend aufeinander abgestimmte und standardisierte Versorgungs-, Dokumentations- und Kommunikationsprozesse und Prozessschnittstellen der rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Akteure gekennzeichnet. Dies konkretisiert sich zum einen in nicht aufeinander abgestimmten Entlasskriterien der Weaningzentren und Aufnahmekriterien außerklinischer Versorgungseinrichtungen, wie z. B. der REMEO Center von LRD. In der Folge können Leistungslücken in der Versorgungskette entstehen, die insbesondere Patienten mit prolongiertem Weaning betreffen, denen in einer spezialisierten, qualitätsgesicherten außerklinischen Versorgung späteres Weaningpotential attestiert wird. Zudem existieren keine sektorenübergreifenden Prozess- und Qualitätsstandards für die Versorgung von langzeitbeatmeten Patienten, die Kommunikation und Information entlang der Versorgungskette sowie die Qualifizierung und Weiterbildung der in der außerklinischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte. Die bestehenden medizinischen Leitlinien beschreiben zwar Anforderungen an die Qualifikation der außerklinischen Pflegefachkräfte und der behandelnden Fachärzte (Windisch et al. 2010; Randerath et al. 2011), medizinische, organisatorische und technische Voraussetzungen für die Überleitung eines Patienten in außerklinische Versorgungsformen (Randerath et al. 2011), den Grundprozess der Überleitung eines Patienten sowie grundsätzlich mögliche außerklinische Versorgungsformen für Patienten mit prolongiertem Weaning (Schönhofer et al. 2014). Allerdings sind diese medizinischen Leitlinien sektoral ausgerichtet und fokussieren die klinische Patientenbehandlung und -versorgung. Aspekte wie die Überleitung von Patienten in geeignete außerklinische Versorgungsformen werden bisher nur marginal berücksichtigt und detaillierte Handlungsempfehlungen für die außerklinische Versorgung fehlen gänzlich. Darüber hinaus stellen medizinische Leitlinien Handlungsempfehlungen von Experten dar, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Sie sind nicht rechtlich bindend, bisher überwiegend nicht vergütungsrelevant und stellen somit keine verbindlichen Branchenstandards dar.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich in der derzeitigen Versorgungssituation bislang keine gemeinsame Identität und Kultur der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer etabliert hat. Obwohl sich seit dem Jahr 2011 eine Vielzahl von Akteuren, u.a. außerklinische Pflegedienste wie LRD, Vertreter der medizinischen Fachgesellschaften Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Krankenhausärzte und ambulant tätige Fachärzte, Geräteprovider sowie Vertreter von Kostenträgern, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und Selbsthilfegruppen, in einem regionalen Netzwerk, dem ‚Runden Tisch außerklinische Beatmung – Region Berlin-Brandenburg‘, organisiert haben, um gemeinsam die zukünftige Regulierung des Teilmarktes der klinischen und außerklinischen Beatmungsversorgung mitzugestalten, erscheint der Teilmarkt weiterhin durch divergierende Partialinteressen der einzelnen Akteure, Professionen und Sektoren,

anhaltende inhaltliche Diskurse über die Definition und sektorale Verortung von Weaning(teil-)leistungen und eine sich weiterhin formierende Branchenregulierung geprägt. Nach dem Verständnis der TKT konstituieren die hier beschriebenen Merkmale eine **marktähnliche Governancestruktur** für die derzeitige Versorgungsstruktur langzeitbeatmeter Patienten im deutschen Gesundheitswesen, in der die Koordination und Steuerung der beteiligten Akteure maßgeblich über verschiedene Ausgestaltungsformen des Governancemechanismus ‚Koordinationskosten‘ aus Sicht einzelner Akteure erfolgt.

4.2.1.2. Auswirkungen der erkennbaren Governancestruktur und Governancemechanismen auf die beteiligten Akteure

Die in der derzeitigen Versorgungssituation von langzeitbeatmeten Patienten erkennbare marktähnliche Governancestruktur sowie die erkennbaren Governancemechanismen haben vielseitige Auswirkungen auf die an der Versorgung beteiligten Akteure.

Kliniken und Expertenzentren/Weaningzentren

Die Auswirkungen der in der aktuellen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und Governancemechanismen auf die Kliniken und Weaningzentren sind zum einen die fehlende, intersektorale Anbindung der langzeitbeatmeten Patienten an die klinischen Expertenzentren/Weaningzentren (EZ/WZ). Aus der mangelnden Integration des klinischen und außerklinischen Versorgungssektors, der mangelnden Qualitätssicherung insbesondere im außerklinischen Versorgungssektor und der mangelnden Transparenz über klinische und außerklinische Versorgungs- und Qualitätsprozesse resultiert, dass die pneumologischen Fachärzte und Weaningexperten in den Kliniken keine Transparenz und keinen Zugriff auf die einmal in die außerklinische Versorgung entlassenen Patienten haben. Die in der Durchführungsempfehlung zur invasiven außerklinischen Beatmung vorgeschlagen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen von außerklinisch versorgten Beatmungspatienten in Weaningzentren stellen Handlungsempfehlungen dar und sind daher nicht rechtlich bindend. In der Praxis finden diese Kontrolluntersuchungen in Weaningzentren oft nicht statt oder orientieren sich nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf der individuellen Patienten. In der Folge fallen die Patienten aus dem System und die Wahrscheinlichkeit späterer Wiedereinweisungen in eine klinische Versorgung, zum Teil auch mit erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes, steigt. Zudem resultiert aus der fehlenden bzw. unzureichenden systematischen Abstimmung der klinischen und außerklinischen Prozesse ein hoher Koordinationsaufwand für die Kliniken bei der Entlassung von Patienten, den sie durch die Überlassung der Überleitungsorganisation an außerklinische Leistungserbringer zu reduzieren versuchen. In der Praxis wird dieser Arbeitsaufwand der Kliniken zumeist von außerklinischen Leistungserbringern, wie z.B. Pflegeanbietern, übernommen, die die Entlassung und Überleitung von Patienten organisieren.

Damit geht ein erheblicher Teil der Verantwortung der Kliniken für eine ordnungsgemäße Entlassung in eine geeignete außerklinische Versorgung, wie sie im Rahmen des Entlassmanagements im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) geregelt ist, an außerklinische Leistungserbringer über. Die Folge ist ein erhöhtes Risiko für eine mangelnde Versorgungsqualität im außerklinischen Bereich. Aus der in der aktuellen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und den sich daraus ergebenden Effekten für die Kliniken und Expertenzentren/Weaningzentren resultiert, dass die Gesamtkosten der klinischen und außerklinischen Behandlung des Patienten sowie auch die mittel- bis langfristige Versorgungs- und Lebensqualität nicht hinreichend handlungsleitend berücksichtigt werden.

Außerklinische stationäre Pflegeanbieter

Die Auswirkungen der in der derzeitigen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und Governancemechanismen auf außerklinische stationäre Pflegeanbieter äußern sich erstens in einem aus Sicht des Leistungsanbieters unzureichenden Bettenbelegungs- und Personalmanagement. Aus der mangelnden intersektoralen Abstimmung der Versorgungs- und Informationsprozesse resultiert eine unzureichende Auswahl von für das Versorgungsangebot von LRD geeigneter Patienten sowie eine unzureichende Prognose und Planbarkeit der Bettenbelegungen. Darüber hinaus bedingen die regelmäßigen und nicht bedarfsgemäß geplanten, sondern standardisiert durch die Durchführungsempfehlung vorgegebenen Kontrolltermine in klinischen Experten- bzw. Weaningzentren die Organisation und Begleitung von Krankentransporten sowie den meist mehrtägigen Verbleib der Patienten in der klinischen Versorgung. In der Folge sehen sich die außerklinisch stationären Pflegeanbieter mit der Herausforderung konfrontiert, den durch die obligatorische pflegerische Begleitung von Krankentransporten beatmeter Patienten verursachten Personalmangel zu kompensieren sowie den resultierenden Bettenleerstand organisatorisch und finanziell zu bewältigen. Zweitens sehen sich auch die außerklinisch stationären Pflegeanbieter von einem hohen Koordinationsaufwand bei der Aufnahme beatmeter Patienten, Wiedereinweisung in die klinische Versorgung sowie Entlassung in eine häusliche Umgebung konfrontiert. Dieser resultiert aus dem unzureichenden Informationsaustausch mit Kliniken bei der Entlassung bzw. Aufnahme und Wiedereinweisung sowie den nicht standardisierten Kommunikations-, Dokumentations- und Informationsprozessen in der derzeitigen Versorgungskette. Auch die Einbindung verschiedener Hausärzte in die außerklinische Versorgung von langzeitbeatmeten Patienten, die sich aus der freien Arztwahl gemäß § 75 SGB V begründet, bewirkt einen hohen Koordinationsaufwand für außerklinisch stationäre Pflegeanbieter in der derzeitigen Versorgungssituation. Als eine weitere relevante Auswirkung der marktähnlichen Governancestruktur und -mechanismen auf außerklinisch stationäre Pflegeanbieter wie LRD kann, drittens, die Abhängigkeit von nicht institutionalisierten, und regional deutlich divergierenden Strukturen wie der Verfügbarkeit und Einbindung von Fachärzten genannt werden. So bindet LRD auf der Basis von Honorarverträgen auch originär

in Kliniken angestellte, pneumologische Fachärzte in das Versorgungskonzept mit ein, um die fachärztliche Versorgung der Patienten in den stationären Pflegeeinrichtungen über die patientenindividuelle hausärztliche Versorgung hinaus sicherzustellen. Somit basiert die Zusammenarbeit zwischen LRD und Fachärzten auf dem Abschluss nicht institutionalisierter und nicht standardisierter Verträge, die die marktähnliche Governancestruktur der derzeitigen Versorgungssituation stützen.

Niedergelassene Fachärzte

Die Auswirkungen der in der derzeitigen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und Governancemechanismen auf die niedergelassenen Fachärzte, insbesondere auch entsprechend qualifizierte Hausärzte, lassen sich als eine starke Budgetbelastung sowie durch einen möglichen Kompetenzverlust beschreiben. So haben niedergelassene Fach- und Hausärzte zumeist keine speziellen Kompetenzen für die Versorgung langzeitbeatmeter Patienten durch Weiterbildungen o.ä. erworben. Trotzdem obliegt ihnen die Zuständigkeit und Verantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung der Patienten in der außerklinischen Versorgung. In der Folge fungieren sie meist als verlängerter Arm der klinischen Expertenzentren/Weaningzentren und behandeln und verordnen auf deren Anweisung. Gleichzeitig ist ihr Budget durch die sehr kostenintensive Behandlung langzeitbeatmeter Patienten stark belastet. Mithilfe individuell ausgehandelter und damit nicht branchenweit standardisierter Honorarverträge für die fachärztliche Versorgung der Patienten in der außerklinischen Versorgung wird versucht, diese Budgetbelastung zu kompensieren.

Patienten und Angehörige

Die Auswirkungen der aktuell erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und –mechanismen auf die Patienten und ihre Angehörigen lassen sich in einem gesteigerten Unsicherheitsgefühl und eventuellen Beeinträchtigungen der resultierenden Lebensqualität zusammenfassen. Die Unsicherheit ergibt sich insbesondere aus den fehlenden Standards für die Versorgungs-, Informations- und Kommunikationsprozesse sowie die Qualitätssicherung in der klinischen und außerklinischen Versorgung sowie der fehlenden (standardisierten) Anbindung an klinische Expertenzentren/Weaningzentren. Auch die Vielzahl verschiedener außerklinischer Leistungsanbieter und die unzureichenden Empfehlungen für geeignete außerklinische Versorgungsformen steigern das Unsicherheitsgefühl beatmeter Patienten. Des Weiteren drohen Auswirkungen der derzeitigen Governancestruktur und -mechanismen auf eine mittel- bis langfristig beeinträchtigte Lebensqualität der beatmeten Patienten, die sich insbesondere durch eine mangelnde Anbindung außerklinischer Versorgungsformen an klinische Expertenzentren/Weaningzentren sowie in der unzureichenden Etablierung und Auswahl jeweils geeigneter außerklinischer Versorgungsformen begründet. Zudem sind die mittel- bis langfristige Reduktion von typischen Komplikationen sowie hierdurch notwen-

diger klinischer Wiedereinweisungen und zusätzlicher klinischer Behandlungen (sog. ‚Drehtüreffekt‘⁷) im aktuellen System nicht handlungsleitend für diejenigen Leistungserbringer, die maßgeblichen Einfluss auf die Überleitung der Patienten haben. Auch dieser Aspekt begünstigt die Lebensqualität vermindern und Unsicherheit steigernden Auswirkungen der in der aktuellen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur.

Kostenträger

Auch wenn die Auswirkungen der in der aktuellen Versorgungssituation erkennbaren marktähnlichen Governancestruktur und -mechanismen auf die Kostenträger im Rahmen der Einzelfallstudie nicht explizit erhoben wurden, lassen sich Vermutungen über die Effekte der aktuellen Governancestruktur und -mechanismen aus den beschriebenen Auswirkungen auf die weiteren Akteure ableiten. So lässt sich aus der mangelnden Integration der Versorgungsbereiche und der unzureichenden Koordination der beteiligten Akteure, insb. der klinischen und außerklinischen Leistungserbringer, ein Effekt auf die Wiedereinweisungsrate langzeitbeatmeter Patienten in die klinische Versorgung sowie auf die dortige Verweildauer vermuten. Diese werden in der Literatur auch als ‚Drehtüreffekte‘ bezeichnet und diskutiert (Gersch und Hewing 2012; Schröder 2014). Insbesondere die mangelnden integrierten Versorgungs-, Kommunikations-, Dokumentations- und Informations(prozess-)standards bedingen oft schnelle Entlassungen von langzeitbeatmeten Patienten aus der klinischen Versorgung in die außerklinische Versorgung ohne eingehende Prüfung der Eignung der außerklinischen Einrichtung bzw. des außerklinischen Versorgungsnetzes sowie der individuellen Anforderungen und Entlassungswünsche der Patienten. In der Folge werden langzeitbeatmete Patienten mit intensivpflegerischem Bedarf oft zu früh in nicht (oder nicht hinreichend) spezialisierte außerklinische Versorgungseinrichtungen entlassen, was oft eine schnelle Wiedereinweisung als intensivmedizinischer Notfall sowie eine mögliche Erhöhung mittel- bis langfristiger Komplikationen und Folgeerkrankungen bedingt. Diese gehen aus Sicht der Kostenträger u.a. aufgrund der kostenintensiven klinischen Versorgung langzeitbeatmeter Patienten, der notwendigen versorgungsspezifisch ausgestatteten Krankentransporte sowie der finanziellen Kompensation des Bettenleerstandes in außerklinischen Versorgungseinrichtungen mit hohen Kosten einher. Des Weiteren verursacht die oft mangelnde bzw. nicht standardisierte Versorgungsqualität im außerklinischen Bereich, u.a. bedingt durch mangelnde Qualifizierungs- und Weiterbildungsstandards für Pflegekräfte, eine längere Verweildauer langzeitbeatmeter Patienten in der klinischen Versorgung. Zusammenfassend lässt sich aus der in der aktuellen Versorgungssituation langzeitbeatmeter Pati-

⁷ Der sog. ‚Drehtüreffekt‘ beschreibt den Fall von Wiedereinweisungen von Patienten aus einer außerklinischen Versorgung zurück in die klinische Versorgung aufgrund von Verschlechterungen des Gesundheitszustands, der aus einer zu frühen Entlassung des Patienten aus der klinischen Versorgung und/oder einer unzureichenden Versorgungsqualität und –kompetenz in der außerklinischen Versorgung resultiert (Gersch und Hewing 2012; Schröder 2014).

enten in Deutschland erkennbaren marktähnlichen Governancestrukturen und Governancemechanismen ein deutliches Verbesserungspotential im Hinblick auf die resultierenden mittel- bis langfristigen Versorgungskosten für die Kostenträger vermuten, das insbesondere durch eine derzeit hohe Wiedereinweisungsrate in die klinische Versorgung, eine hohe dortige Verweildauer sowie mögliche mittel- bis langfristige Komplikationen und Folgeerkrankungen entsteht.

4.2.2. Zukünftig mögliche Governancestrukturen und -mechanismen in einem intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungsmodell für langzeitbeatmete Patienten im deutschen Gesundheitswesen

4.2.2.1. Zukünftig mögliche Governancestruktur

Das im Verbundprojekt Bea@Home kooperativ entwickelte Versorgungskonzept zeichnet sich durch eine langfristige Geschäftsbeziehung zwischen der beteiligten Klinik, insbesondere dem Expertenzentrum/Weaningzentren, dem außerklinisch stationären, auf die Versorgung langzeit-beatmeter Patienten spezialisierten Pflegeanbieter, den niedergelassenen Fachärzten, ergänzenden Leistungsanbietern von bspw. AAL-Leistungen und weiterer Serviceleistungen des täglichen Lebens und den Kostenträgern als rechtlich unabhängige Akteure aus. Diese Akteure sind durch das Versorgungskonzept wirtschaftlich miteinander verbunden und daher auch voneinander abhängig. Die Koordination der Zusammenarbeit der rechtlich unabhängigen, aber wirtschaftlichen miteinander verbunden Akteure wird im Versorgungskonzept sowohl in Teilen über marktliche Mechanismen, wie die Koordinationskosten aus der Sicht einzelner Akteure, als auch über eher hierarchische Mechanismen, wie Weisung, organisiert. Zudem bedingt die Zusammenarbeit der Akteure im intersektoral-integrierten Versorgungskonzept eine gewisse spezifische Ausrichtung der Leistungspotenziale, Leistungs(teil-)prozesse und Leistungs(teil-)ergebnisse der einzelnen Akteure auf die anderen Akteure im Verbund. Aus diesen Aspekten lässt sich schlussfolgern, dass das im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte, intersektoral-integrierte und IT-unterstützte Versorgungskonzept eine hybride Governancestruktur aufweist. Dies zeigt sich auch in den realisierten Governancemechanismen. So konkretisiert sich die langfristige Geschäftsbeziehung zwischen den am Versorgungskonzept beteiligten Akteuren einerseits in formalen Governancemechanismen, wie den strukturell aufeinander abgestimmten, standardisierten Versorgungs-, Informations- und Kommunikationsprozesse und Prozessschnittstellen, die durch geeignete E-Health-Anwendungen, wie z.B. eine intersektorale ePA, ein AVK-Tool und ein AAL-System (PAUL-System), unterstützt werden. Die im Verbundprojekt für das Versorgungskonzept entwickelten intersektoralen Prozessstandards und Qualitätsindikatoren können zudem als standardisierter intersektoraler, IT-unterstützter Versorgungspfad für langzeitbeatmete Patienten im deutschen Gesundheitswesen interpretiert werden, die konkrete Handlungsempfehlungen für die Akteure beinhalten und ein hohes Skalierungs- und

Diffusionspotential aufweisen. Andererseits weist das Versorgungskonzept Bea@Home auch informelle Mechanismen und Praktiken zur Koordination und Steuerung der Zusammenarbeit auf. Im Verständnis der TKT konstituieren die hier beschriebenen Merkmale eine **hybride Governancestruktur mit netzwerkartigem Charakter** zwischen rechtlich weitgehend (je nach Ausgestaltung der formellen Governancestrukturen) unabhängigen und wirtschaftlich abhängigen Akteuren. Die Darstellung und Erläuterung der Governancemechanismen im intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzept und deren Steuerungswirkung auf die beteiligten Akteure erfolgt im nachfolgenden Kapitel.

4.2.2.2. Zukünftig mögliche Governancemechanismen

Das vorliegende Kapitel dient der Darstellung der zukünftig möglichen, geeigneten Governancemechanismen und der Analyse ihrer Auswirkungen auf die am Versorgungsmodell beteiligten Akteure. Bezugnehmend auf die Analyseergebnisse der Vorstudie werden im Folgenden die im Verbundprojekt entwickelten intersektoralen Qualitätsindikatoren, die intersektoralen Prozessstandards sowie die intersektorale ePA als relevante Governancemechanismen zur Steuerung und Koordination im Versorgungsmodell näher betrachtet. Darüber hinaus werden weitere informelle Governancemechanismen berücksichtigt. Eine Analyse der im Verbundprojekt entwickelten möglichen Vertragsmodelle – als Eckpunkte der formellen Governancestruktur – für das intersektoral-integrierte, IT-unterstützte Versorgungskonzept sowie der jeweiligen Steuerungswirkung ausgewählter Governancemechanismen erfolgt im Kapitel 5.

Intersektorale Qualitätsindikatoren

Die im Verbundprojekt Bea@Home entwickelten intersektoralen Qualitätsindikatoren stellen einen Katalog evidenz- und konsensbasierter medizinischer und pflegerischer Qualitätsindikatoren dar, die anhand dezidierter Kennzahlen die klinische und außerklinische Versorgungsqualität in den sechs Dimensionen ärztliche Behandlung, Ethik, Entlassungsmanagement, Therapiekonzept, Pflege und patient-reported outcomes abbilden (Kastrup et al. 2017). Neben Kennzahlen zum Monitoring von Prozessschritten in der klinischen und außerklinischen Versorgung langzeitbeatmeter Patienten auf Intensivstationen, in Expertenzentren/Weaningzentren sowie in spezialisierten stationären Pflegeeinrichtungen beinhalten die intersektoralen Qualitätsindikatoren auch Kennzahlen, die die Nutzung einer ePA für die Dokumentation und den intersektoralen Austausch von Patientendaten und Behandlungsinformationen zwischen den beteiligten Akteuren dokumentieren. Tabelle 3 zeigt die im Verbundprojekt Bea@Home, maßgeblich durch die Projektpartner der Charité-Universitätsmedizin Berlin, entwickelten intersektoralen Qualitätsindikatoren.

Dimension	Qualitätsindikatornr.	Qualitätsindikator	Kennzahl-Nr.	Kennzahlen
Ärztliche Behandlung	QI 1	Weaningprozess auf der Intensivstation	1.1	Sedierungs- u. Delirmonitoring mittels geeigneter Scores ist erfolgt
			1.2	Bereitschaft zur Entwöhnung mittels Checkliste täglich in der ePA erfasst
			1.3	Protokollbasierte SBTs durchgeführt und in der ePA erfasst
			1.4	Patienten mit prolongiertem Weaning und drohendem Weaningversagen auf eine Station mit entspr. Expertise behandelt bzw. verlegt
Ärztliche Behandlung	QI 2	Indikationsstellung im Weaningzentrum	2.1	Weaninkategorie "Prolongiertes Weaning" Gruppe 3c (Weaningversagen) liegt vor und ist in der Patientenakte dokumentiert
			2.2	Umstellung auf NIV evaluiert und Ergebnis in Patientenakte dokumentiert
			2.3	Fachärztliche Indikation gestellt, schriftlich begründet und namentlich unterzeichnet
			2.4	Ambulante Durchführbarkeit der Beatmung und der aktuellen Therapie in Patientenakte ärztlich bescheinigt
			2.5	Patient bei Entlassung delirfrei (QI II)
			2.6	Tage vor Entlassung keine parenterale Gabe von Sedativa (letzte Gabe dokumentiert)
			2.7	Betreuendes Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung im Entlassungsbrief benannt
			2.8	Empfehlungen zu Kontrolluntersuchungen/AVKs in Patientenakte dokumentiert
			2.9	Termin zur nächsten Kontrolluntersuchung/AVK in Patientenakte dokumentiert
			2.10	Kontrolluntersuchung regelmäßig erfolgt und in Patientenakte dokumentiert
Ärztliche Behandlung	QI 3	Ambulante ärztliche Versorgung	3.1	Name und Kontaktdaten des Hausarztes in Entlassungsbrief und Akte dokumentiert
			3.2	Patient ärztlich übergeben (Entlassungs-AVK/Telefonat)
			3.3	Inhalte der Übergabe in der (e)PA dokumentiert
			3.4	Ambulante Arztkontakte in Patientenakte dokumentiert
Ethik	QI 4	Patientenwille und Therapieziele	4.1	Patientenwille in der Patientenakte dokumentiert
			4.2	Therapieziele in Berichten und Patientenakte dokumentiert
			4.3	Dokumentierte strukturierte Gespräche erfolgt
			4.4	Patientenwille und Therapieziele regelmäßig, d.h. mindestens einmal jährlich überprüft
Ethik	QI 5	Aufklärung und Einwilligung	5.1	Zeitpunkt und Gesprächsteilnehmer in Patientenakte
			5.2	Aufklärungsinhalte und ggf. Rückfragen in Patientenakte dokumentiert
			5.3	Informierte Einwilligung des Patienten schriftlich erteilt, vom behandelnden Arzt unterzeichnet
Entlassungsmanagement	QI 6	Überleitungskonferenz	6.1	Zeitpunkt, Teilnehmer und Gesprächsinhalte dokumentiert
			6.2	Protokoll vom Überleitmanager namentlich unterzeichnet und einsehbar
			6.3	Intersektorale Patientenakte für alle Beteiligten angelegt
Entlassungsmanagement	QI 7	Individueller Hilfsmittelbedarf	7.1	Individueller Hilfsmittelbedarf anhand Checkliste ermittelt
			7.2	Checkliste bzgl. Aktualität überprüft und angepasst
			7.3	Technische Voraussetzungen für Entlassung erfüllt und dokumentiert

Verbundprojekt Bea@Home

Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im deutschen Gesundheitswesen

Therapiekonzept	QI 8	Multimodales Therapiekonzept	8.1	Individuelles multimodales Therapiekonzept erstellt und
			8.2	Durchführung der Behandlung in Patientenakte dokumentiert
			8.3	Evaluation der Durchführung und Behandlungseffektivität
			8.4	Anpassung des Konzepts bei Nichterreichen der Therapieziele
Pflege	DI 9	Individuelle Pflege(planung)	9.1	Pflegekräfte qualifiziert (analog Leitlinien-Empfehlung)
			9.2	Individuelle Pflegeplanung durchgeführt und dokumentiert
			9.3	Evaluation der Durchführung und Effektivität dokumentiert
			9.4	Anpassung der Planung bei Nichterreichen der Pflegeziele erfolgt
			9.5	Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem Weaningzentrum gegeben (AVK) und Dokumentation der Inanspruchnahme erfolgt
Patient-reported outcomes	DI 10	Patientensicherheit, Lebensqualität & PRO	Kennzahlen (individuell)	
			10.1	CIRS sektor- und professionenübergreifend implementiert und in QRM eingebettet
			10.2	CIRS Meldungen regelmäßig gesichtet und abgearbeitet
			10.3	Ärztliche Verordnungen in Patientenakte auf aktuellem Stand
			10.4	Messung und Dokumentation der Lebensqualität erfolgt
				a) bei Entlassung
				b) nach einem Monat nach Entlassung
				c) nach sechs Monaten nach Entlassung
				d) Bei Verschlechterung der Lebensqualität wird Teamberatung einberufen
			Kennzahlen (Versorgungskonzept)	
			10.5	Anzahl der Patienten, die eine SAPV oder eine AAPV erhalten (pro Gesamtzahl betreuter Patienten im Kalenderjahr)
			10.6	Dokumentation der ungeplanten Klinikaufenthalte
				a) Anzahl pro Patient
	b) Einweisungsdiagnosen			
10.7	Anzahl der verstorbenen Patienten dokumentiert			
	a) Erwartet und begleitet im außerklinischen Bereich verstorben			
	b) Unvorhergesehen im außerklinischen Bereich verstorben			
	c) nach Überleitung in den außerklinischen Bereich im Krankenhaus verstorben			
10.8	Anzahl im Verlauf erfolgreich entwöhnter Patienten (mit oder ohne NIV) und Entlassung in die Häuslichkeit			
10.9	Anzahl der entlassenen Patienten von spezialisierter außerklin. Versorgungseinrichtung (z.B. REMEO) in/nach			
	a) Häuslichkeit			
	b) Betreutes Wohnen			
	c) Wohngemeinschaft			
	d) Pflegeheim			
	e) Rehabilitationsklinik			

Tabelle 3: Im Verbundprojekt Bea@Home entwickelte intersektorale Qualitätsindikatoren

Zunächst legen die Qualitätsindikatoren Q1 ‚Weaningprozess auf der Intensivstation‘ und Q2 ‚Indikationsstellung im Weaningzentrum‘ anhand dezidierter Kennzahlen fest, dass langzeitbeatmete Patienten, d.h. Patienten mit prolongiertem Weaning und drohendem Weaningversagen, in klinische Experten- bzw. Weaningzentren verlegt werden, damit dort die fachärztliche Indikation des prolongierten Weanings bzw. des Weaningversagens (Weaningkategorie 3c) gestellt und die Möglichkeit einer außerklinischen Beatmungsversorgung geprüft und ggf. vorbereitet werden kann.

Während in der derzeitigen Versorgungssituation langzeitbeatmete Patienten auch direkt von z.B. Intensivstationen in die außerklinische Versorgung entlassen werden, legen die intersektoralen Qualitätsindikatoren fest, dass sie zukünftig nur nach einer eingehenden Prüfung des Weaningpotentials und geeigneter außerklinischer Versorgungsformen durch ein Expertenzentrum/Weaningzentrum (EZ/WZ) in die außerklinische Versorgung entlassen werden dürfen. Auch die im Qualitätsindikator Q2 ‚Indikationsstellung im Weaningzentrum‘ verankerte Vereinbarung und Dokumentation regelmäßiger Kontrolluntersuchungen als Vor-Ort-Termine im Weaningzentrum oder als E-Health-unterstützte eKonferenzen positionieren die Weaningzentren an zentraler Stelle im Versorgungspfad langzeitbeatmeter Patienten. Darüber hinaus begründet auch der Qualitätsindikator Q9 ‚Individuelle Pflege(-planung)‘ die zentrale Funktion der EZ/WZ im Versorgungspfad, da außerklinische Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit EZ/WZ über E-Health-unterstützte eKonferenzen bekommen. Zusammenfassend manifestieren die hier dargestellten Qualitätsindikatoren die bereits in den medizinischen Leitlinien empfohlene Gatekeeper- und Steuerungsfunktion der Weaningzentren im Versorgungspfad langzeitbeatmeter Patienten. Des Weiteren manifestieren die intersektoralen Qualitätsindikatoren die Anwendung einer ePA zur intersektoralen Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure. So definiert der Qualitätsindikator Q2 ‚Indikationsstellung im Weaningzentrum‘, dass bereits vor der Entlassung eines Patienten aus einem Weaningzentrum in die außerklinische Versorgung Termine für regelmäßige Kontrolluntersuchungen vor Ort im Weaningzentrum sowie als eKonferenzen in einer ePA dokumentiert sind. Die Qualitätsindikatoren Q3 ‚Ambulante ärztliche Versorgung‘, Q6 ‚Überleitungskonferenz‘ und Q7 ‚Individueller Hilfsmittelbedarf‘ legen zudem fest, dass die Informationen zu den weiter behandelnden ambulanten Fachärzten, die Inhalte der Überleitungskonferenz sowie der patientenindividuelle Hilfsmittelbedarf in einer intersektoralen ePA dokumentiert sind und von den Akteuren eingesehen und in den E-Health-unterstützten eKonferenzen bearbeitet werden können.

Intersektorale Prozessstandards

Die im Verbundprojekt Bea@Home entwickelten intersektoralen Prozessstandards umfassen zum einen eine dezidierte Beschreibung des neu entwickelten standardisierten Versorgungspfads für langzeitbeatmete Patienten im deutschen Gesundheitswesen in Form einer als ereignisgesteuerte Prozesskette (EPK) modellierten Soll-Prozesskette. Diese beschreibt die Versorgungs-, Dokumentations-, Informations- und Kommunikationsprozesse aller beteiligten Akteure entlang des Versorgungspfads. Zum anderen umfassen die intersektoralen Prozessstandards detaillierte Prozessbeschreibungen der entwickelten eKonferenzen, in denen die Versorgung des Patienten anhand eines sogenannten PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, and Act) evaluiert wird. Die eKonferenzen stellen E-Health-unterstützte Konsile zwischen Fachärzten, Therapeuten und Pflegekräften bzw. E-Health-unterstützte Konsultationen zwischen Fachärzten, Therapeuten, Pflegekräften und Patienten im

Versorgungspfad dar. Eine Darstellung der im Verbundprojekt entwickelten Soll-Prozesskette befindet sich im Whitepaper zum Thema „Ökonomische Reflexion eines integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepts im Gesundheitswesen“ (Gertz et al. 2017).

Zunächst schreiben die intersektoralen Prozessstandards ebenso wie die intersektoralen Qualitätsstandards vor, dass langzeitbeatmete Patienten, d.h. Patienten mit prolongiertem Weaning bzw. Weaningversagen (Weaningskategorie 3c), nur aus einem klinischen EZ/WZ in eine spezialisierte außerklinische Versorgungseinrichtung, wie beispielsweise die REMEO Center von LRD, entlassen werden dürfen. Im Gegensatz zu der „Kann-“Handlungsempfehlung aus der S2k-Leitlinie könnten die intersektoralen Prozessstandards in Form eines standardisierten Patientenpfades in einem zukünftigen intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzept dann vertraglich verbindlich für alle beteiligten Akteure sein. Die intersektoralen Prozessstandards manifestieren somit die Gatekeeper- und Steuerungsfunktion der klinischen EZ/WZ.

Des Weiteren definieren die intersektoralen Prozessstandards, dass im Entlassungsprozess zur Sicherstellung des Informations- und Datenaustausches verschiedene eKonferenzen stattfinden. Kurz vor der eigentlichen Entlassung des Patienten in die außerklinische Versorgungseinrichtung erfolgt eine eKonferenz-Entlassung und innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung zwei weitere eKonferenzen zur digitalen Übergabe des Patienten. Zudem findet fünf Wochen nach der erstmaligen Entlassung des Patienten aus der klinischen Versorgung eine weitere eKonferenz zur Erstevaluation der außerklinischen Versorgungssituation statt. Diese Prozessstandards bilden die Grundlage für die IT-unterstützte Anbindung der außerklinischen Versorgung an klinische EZ/WZ. Dies gewährleistet die fachärztliche Behandlung durch Beatmungs- und Weaningspezialisten während der außerklinischen Versorgung und ermöglicht die regelmäßige Überprüfung von Weaningpotential bzw. eine spätere Entwöhnung. Zudem wird deutlich, dass auch die intersektoralen Prozessstandards die Anwendung einer intersektoralen ePA zur Dokumentation der Patientendaten entlang des Versorgungspfades erfordern.

Die bereits in den intersektoralen Qualitätsstandards verankerte IT-unterstützte Anbindung spezialisierter außerklinischer Versorgungseinrichtungen an klinische EZ/WZ während des außerklinischen Versorgungsprozesses wird in den intersektoralen Prozessstandards detailliert ausgeführt. So schreiben diese vor, dass während der außerklinischen Versorgung regelmäßige eKonferenzen mit einem klinischen EZ/WZ stattfinden, um die fachärztliche Versorgung zu gewährleisten und Kontrolluntersuchungen im klinischen EZ/WZ patientenindividuell und bedarfsgerecht zu planen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, eKonferenzen nach Bedarf anzusetzen. Dadurch bleiben langzeitbeatmete Patienten auch in außerklinischen Versorgungsformen an klinische EZ/WZ angebunden und haben Zugang zu einer fachärztlichen Behandlung durch zertifizierte Beatmungs- und Weaningspezialisten.

Die intersektoralen Prozessstandards definieren zudem auch das dezidierte Vorgehen bei Einweisungen in ein klinisches EZ/WZ zur Durchführung einer Kontrolluntersuchung, bei weiteren elektiven sowie notfallbedingten Klinikeinweisungen und bei Äußerung eines Entlassungswunsches des

Patienten in eine häusliche Umgebung. Auch hier finden verschiedene eKonferenzen zum Austausch von und über Patientendaten statt.

Zudem werden die Prozessschritte der Entlassung langzeitbeatmeter Patienten in eine häusliche Umgebung beschrieben. So findet kurz vor der eigentlichen Entlassung des Patienten eine eKonferenz zur digitalen Überleitung des Patienten von der außerklinisch stationären Versorgung in eine häusliche Umgebung und mithin an den weiterbehandelnden Hausarzt des Patienten und die zukünftig Pflegenden statt. Analog zur Entlassung des Patienten in die außerklinisch stationäre Versorgung findet auch in der häuslichen Umgebung eine eKonferenz zur Erstevaluation der Versorgung in der häuslichen Umgebung statt. Auch hier sehen die intersektoralen Prozessstandards vor, dass die behandelnden Fachärzte im klinischen EZ/WZ die Entlassung des Patienten in die häusliche Umgebung begleiten und eine Übermittlung der Patientendaten an den weiterbetreuenden Hausarzt sowie die ambulant Pflegenden sicherstellen.

Darüber hinaus zeigt sich die fortwährende Anbindung des Patienten an ein klinisches EZ/WZ zum einen in den bedarfsgerecht stattfindenden ärztlichen Visiten mit den Fachärzten und Atmungstherapeuten des EZ/WZ in Form von eKonferenzen. Zum anderen definieren die intersektoralen Prozessstandards dezidiert das Vorgehen bei Kontrollterminen im EZ/WZ sowie weiteren elektiven und notfallbedingten Klinikeinweisungen. Auch hier wird die Gatekeeper- und Steuerungsfunktion der klinischen EZ/WZ in den intersektoralen Prozessstandards manifestiert.

Intersektorale ePA

Die elektronische Patientenakte „GriPS G4“ von der RECOM GmbH wurde während des Verbundprojekts Bea@Home von LRD angeschafft, in enger Zusammenarbeit mit den Projektpartnern, insbesondere den beteiligten Fachärzten der Charité – Universitätsmedizin Berlin, bedarfsgerecht angepasst und in den praktischen Feldtests des Verbundprojekts prototypisch angewendet. Sie stellt die Realisierung der im Förderantrag des Verbundprojekts geplanten integrierten elektronischen, pflegerischen und medizinischen Dokumentation der Patientendaten dar und wird sektorenübergreifend entlang des standardisierten Versorgungspfads genutzt. Da die ePA von LRD angeschafft wurde, verwaltet LRD die Administration der ePA und die Vergabe von Sonderzugriffs- und Datenauswertungsrechten an externe Partner wie die Charité. Zudem werden die in der ePA dokumentierten Patientendaten auf einem zentralen Server der Linde AG in Pullach bei München gespeichert.

Die Einbindung des klinischen EZ/WZ der Charité in die ePA erfolgt zunächst über die Integration einer Systemrechtsgruppe für die beteiligten Fachärzte und Atmungstherapeuten. In einem nächsten Schritt wird diese dann mit vorab definierten Sonderzugriffsrechten auf Patientendaten und Datenauswertungsrechten zur Evaluation der Einhaltung der intersektoralen Qualitätsindikatoren ausgestattet. Dabei verwaltet LRD den Administrationsbereich der Charité inklusive der Rechtevergabe.

Die intersektorale IT-Vernetzung über die ePA erfolgt erstens darüber, dass die Fachärzte der Charité als entlassendes klinisches EZ/WZ eine elektronische Patientenakte für den zu entlassenden Patienten in der intersektoralen ePA anlegen. Diese beinhaltet die Grundinformationen zur Person sowie Informationen zu medizinischen Diagnosen, verordneten Hilfsmitteln und Therapien und bildet die Inhalte des bisher papierbasiert übermittelten Überleitungsbogens „Runder Tisch“ digital ab. Mit der Entlassung des Patienten zu LRD geht die elektronische Patientenakte in den Administrationsbereich von LRD über und wird von LRD während der außerklinischen Versorgung für die Dokumentation von Patienten- und Versorgungsdaten genutzt.

Zweitens können die elektronischen Patientenakten während der außerklinischen Versorgung zwischen den Administrationsbereichen von LRD und Charité getauscht werden. Diese Funktion bildet die Grundlage für die Durchführung der im Verbundprojekt entwickelten und in den intersektoralen Prozessstandards festgehaltenen eKonferenzen. So können Patientendaten während der eKonferenzen von den Teilnehmern der eKonferenz eingesehen und bearbeitet werden. Des Weiteren ermöglicht die ePA auch das digitale Anfordern von eKonferenzen sowie die Dokumentation ärztlicher Prozessverordnungen für die außerklinische Versorgung und deren anschließende Evaluation. Drittens beinhaltet die ePA Fokuszusammenstellungen zu verschiedenen medizinischen und pflegerischen Themen, die die wichtigsten Patienten- und Behandlungsdaten – ähnlich einem „Dashboard“ – zusammengefasst darstellen. Diese Funktion ermöglicht eine übersichtliche Zusammenstellung relevanter Informationen bei klinischen Wiedereinweisungen und eine einfache Übermittlung relevanter Informationen an das Krankentransportunternehmen sowie an die Klinik.

Informelle Governancemechanismen

Neben den vorab dargestellten formalen Governancemechanismen in Form von intersektoralen Qualitätsindikatoren, intersektoralen Prozessstandards und einer intersektoral einsetzbaren elektronischen Patientenakte, die von den kooperierenden Akteuren des Versorgungskonzepts konsentiert entwickelt und als Verhaltens- bzw. Koordinierungsregeln formal festgehalten werden, lassen sich auch informelle Governancemechanismen im Versorgungskonzept Bea@Home erkennen. Zum einen entwickeln die am Versorgungskonzept beteiligten Akteure im Rahmen zahlreicher Projekttreffen einen gemeinsamen Konsens über die Definition, Inhalte, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Weaning(teil-)leistungen im Versorgungskonzept. Eng damit verknüpft ist auch die Konsensentwicklung über erforderliche Qualifikationsanforderungen für Pflegekräfte im außerklinischen Bereich und intersektorale Qualitätsstandards. Während die Versorgungsleistung Weaning in bestehenden medizinischen Leitlinien eindeutig als klinische Leistung definiert und damit dem klinischen Versorgungssektor im Allgemeinen und Weaningzentren im Besonderen zugeordnet wird, sieht das Versorgungskonzept Bea@Home unter der Voraussetzung entsprechender Qualitäts- und Prozessstandards eine Verlagerung ausgewählter Teilprozesse der Weaningleistung in den außerklinischen Bereich vor. So erfolgen regelmäßig fachärztliche Visiten zur Evaluation der patientenindividuellen Beatmungssituation und des Weaningpotentials, zunächst IKT-gestützt

über intersektorale und interdisziplinäre eKonferenzen mit Fachärzten und Weaningspezialisten aus einem EZ/WZ, dem betreuenden niedergelassenen Haus- und ggf. Facharzt, den außerklinischen Pflegefachkräften und Atmungstherapeuten sowie ggf. dem Patienten und Angehörigen. Dadurch soll die bedarfsgerechte Planung von Vor-Ort-Visiten der Patienten im EZ/WZ und mithin von Krankentransporten verbessert und vermeidbare Klinikaufenthalte vermieden werden. Zudem einigen sich die am Versorgungskonzept beteiligten Akteure auf das Anlegen und Führen eines Begriffsglossars, um fachspezifische Begriffe für die aus unterschiedlichen Fachdisziplinen stammenden Akteure verständlich zu definieren. Als weitere informelle Governancemechanismen können die eKonferenzen zwischen den beteiligten Akteuren angesehen werden (definiert in den formalen Governancemechanismen intersektorale Qualitätsindikatoren und intersektorale Prozessstandards). Sie ermöglichen einen regelmäßigen IT-gestützten Austausch zwischen den Akteuren und fördern damit Konzepte wie partizipative Entscheidungsfindung (engl.: shared decision making), direkten Management- bzw. Führungskontakt und die Entwicklung von Konfliktlösungssystemen. Darüber hinaus fungieren auch die regelmäßigen Projekttreffen der am Versorgungskonzept beteiligten Akteure über die gemeinsame Entwicklung und Diskussion von (Teil-)Ergebnissen, wie z. B. der Soll-Prozesskette und den eKonferenz-Szenarien, als informeller Governancemechanismus.

4.2.2.3. Mögliche Ausgestaltungformen einer netzwerkartigen Governancessstruktur

Die Analyse möglicher Ausgestaltungformen einer netzwerkartigen Governancessstruktur sowie der jeweilig vermuteten Steuerungswirkung der vorab identifizierten Governancemechanismen erfolgt auf Basis der drei Vertragsmodelle ‚Einzelvertrag‘, ‚Generalunternehmer‘ und ‚Konsortium‘. Diese wurden im Rahmen des Arbeitspakets „Entwicklung adäquater Erlös-, Finanzierungs- und Vergütungsmodelle“ (3.2) des Verbundprojekts Bea@Home von den beteiligten Akteuren, insbesondere Linde AG, LRD, Charité und der Freien Universität Berlin, entwickelt.

4.2.2.3.1. Vertragsmodell ‚Einzelvertrag‘

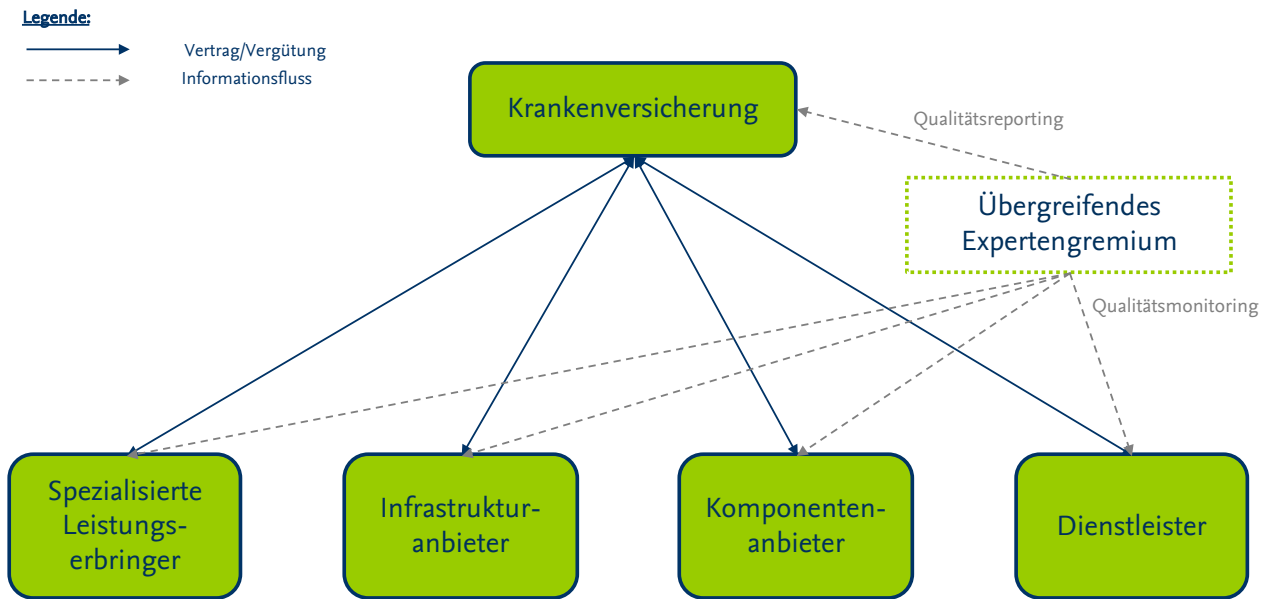


Abbildung 6: Darstellung des Vertragsmodells ‚Einzelvertrag‘

Im Vertragsmodell ‚Einzelvertrag‘ stehen spezialisierte Leistungserbringer wie z.B. die Charité und LRD, Infrastrukturanbieter, Komponentenanbieter und weitere Dienstleister als Leistungserbringer des Versorgungskonzepts Bea@Home in einem einzelvertraglichen Verhältnis mit dem Kostenträger und sind nicht rechtlich oder direkt wirtschaftlich miteinander verbunden. Die Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen der einzelnen Leistungserbringer mit dem Kostenträger werden individuell verhandelt und getroffen. Entsprechend beschränkt sich die Haftung jedes Leistungserbringers auf sein eigenes Aufgabenfeld. Zur Kontrolle der Einhaltung der von den Leistungserbringern des Versorgungskonzepts konsentiert vereinbarten, sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren könnte ein übergeordnetes Expertengremium geschaffen werden, das als Rat des Kostenträgers fungiert und regelmäßig an diesen berichtet. Das Expertengremium könnte beispielsweise mit netzwerkinternen und -externen Experten aus den relevanten medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Fachgebieten besetzt werden. Ziel des regelmäßigen Qualitätsmonitoring und -reporting durch das übergeordnete Expertengremium wäre die Realisierung einer qualitätsabhängigen Vergütung der Leistungen der am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer im Sinne zum Beispiel eines Pay-for-Performance-Ansatzes⁸. So kann die (Nicht-)Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren durch den Kostenträger mehr- oder minder vergütet,

⁸ Der Pay-for-Performance-Ansatz stellt einen qualitätsbezogenen Vergütungsansatz dar, der über finanzielle Anreize für bestimmte Performance-Indikatoren eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erzielen versucht (Lauterbach et al. 2010, 352ff.). Als problematisch erweist sich oft die angemessene Operationalisierung geeigneter Performance-Indikatoren.

und damit incentiviert oder sanktioniert werden. Somit können differenzierte Anreize für die beteiligten Leistungserbringer geschaffen werden, die sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren umzusetzen und einzuhalten. Ziel wäre es, damit die intersektorale Versorgungsqualität langzeitbeatmeter Patienten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Aufgrund der selbstkoordinierten Zusammenarbeit einzelner Akteure kann die Governancestruktur im Vertragsmodell ‚Einzelvertrag‘ in Teilen mit der Netzwerk-governanceform ‚(shared) Participant-governed Network‘ verglichen werden (Provan und Kenis 2008). So interagieren in dieser dezentralisierten Governanceform eine Vielzahl einzelner Akteure zur Erstellung eines gemeinschaftlichen Leistungsangebots ohne das Wirken einer zentralen Koordinierungsstelle.

Allerdings ist zu erwarten, dass in diesem Vertragsmodell die divergierenden Partikularinteressen der einzelnen Akteure dominieren. Die mangelnde Koordination der am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer in Verbindung mit der qualitätsabhängigen Einzelvergütung und Einzelhaftung der Leistungserbringer erschwert zudem sowohl die Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren als auch die Umsetzung intersektoraler Prozessstandards. Zudem bedingen die resultierenden individuellen Finanzierungshorizonte und -kalküle der Leistungserbringer individuelle Investitionspläne und -vorhaben, was die Anschaffung und Anwendung einer intersektoralen ePA auf der Ebene des Leistungserbringernetzwerkes erschwert. In der Folge der mangelnden Gesamtkoordination der Leistungserbringer steigt die Bedeutung informeller Governancemechanismen, wie z.B. regelmäßige Treffen, Konsensbildung, partizipative Entscheidungsfindung, während deren Umsetzung mit einem hohen Koordinationsaufwand für die einzelnen Leistungserbringer verbunden ist.

4.2.2.3.2. Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘

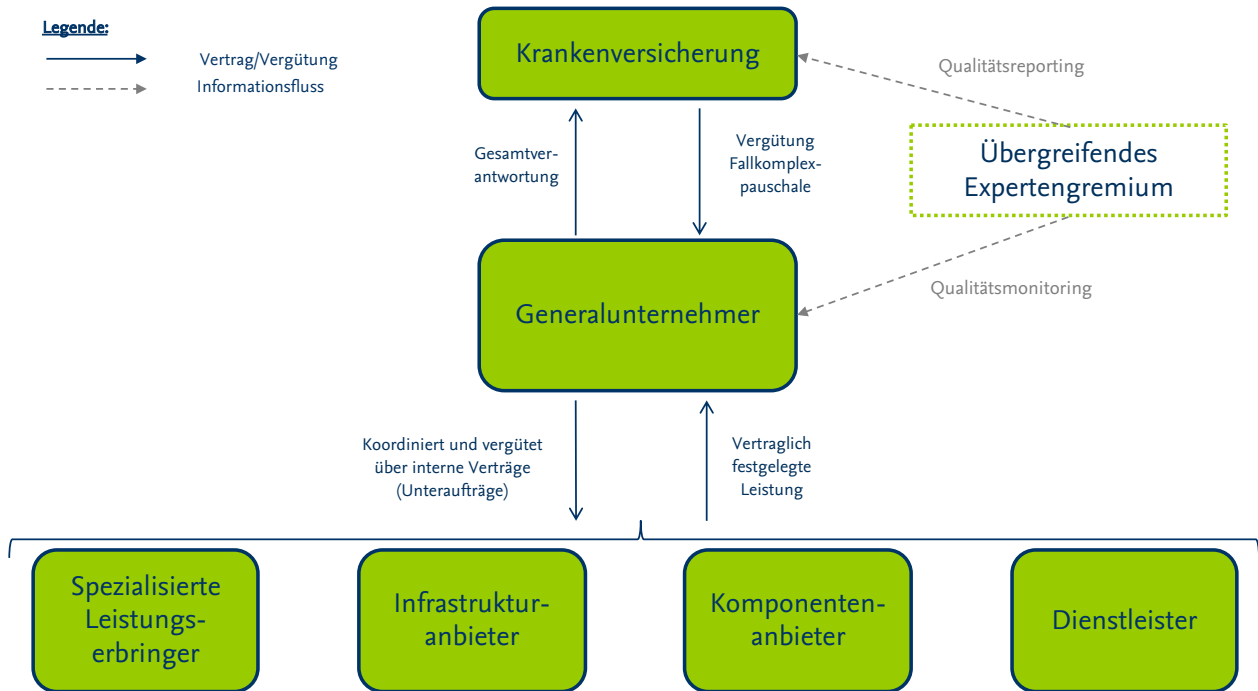


Abbildung 7: Darstellung des Vertragsmodells ‚Generalunternehmer‘

Im Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘ vertritt eine – netzwerk-interne oder -externe – Organisation als Generalunternehmer die am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer im Außenverhältnis mit dem Kostenträger. In dieser Rolle ist der Generalunternehmer für die Verhandlung eines Gesamtvertrags mit dem Kostenträger über die Vergütung der angebotenen Leistungen, z.B. in Form einer Fallkomplexpauschale, verantwortlich und trägt die gesamtschuldnerische Verantwortung und Haftung für die Leistungserbringung im Versorgungskonzept. Im Innenverhältnis des Versorgungskonzepts vergibt und vergütet der Generalunternehmer Unteraufträge an verschiedene Leistungserbringer und koordiniert die Leistungserbringung dieser. Dabei kann die Managementleistung des Generalunternehmers von den Leistungserbringern vergütet werden. Auch in diesem Vertragsmodell kann ein übergeordnetes Expertengremium zum Monitoring und Reporting der Einhaltung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren vorgesehen werden, das als Rat des Kostenträgers fungiert und regelmäßig an diesen berichtet. Bedingt durch die Generalunternehmerschaft und gesamtschuldnerische Haftung des Generalunternehmers für die Leistungserbringung im Versorgungskonzept, könnte das übergeordnete Expertengremium die Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren auf der Ebene des Generalunternehmers überwa-

chen. Analog zum Vertragsmodell ‚Einzelvertrag‘ wäre das Ziel des regelmäßigen Qualitätsmonitorings und -reportings durch das übergeordnete Expertengremium die Realisierung einer qualitätsabhängigen Vergütung der Leistungen der am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer im Sinne des Pay-for-Performance-Ansatzes, um Anreize für die Umsetzung und Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zu schaffen und somit die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Damit weist das Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘ Charakteristika der Netzwerk-governanceform ‚Lead Organization-governed Network‘ auf, die insbesondere Anwendung in interorganisationalen Wertschöpfungsstrukturen findet, in denen ein Akteur eine natürlich zentrale (Macht-)Position hat und/oder über die Kernressourcen verfügt (Provan und Kenis 2008). Im Gesundheitswesen trifft dies meist auf Krankenhäuser zu (Provan und Kenis 2008). Aber auch außerklinische Leistungsanbieter, die aufgrund der zeitlichen und finanziellen Bedeutung der außerklinischen Versorgung innerhalb einer intersektoralen Versorgungskette eine zentrale Position einnehmen, wie es bspw. für LRD der Fall ist, stellen potentielle Generalunternehmer dar. Aufgrund des hohen Zentralisierungsgrades und des Fokus auf die Vermittlung von Leistungen ergeben sich in dieser Netzwerk-governanceform meist Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Akteuren mit weitreichenden Effekten auf die Steuerungswirkung von Governancemechanismen (Provan und Kenis 2008).

Im Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘ fungiert die qualitätsabhängige Vergütung des Generalunternehmers in Verbindung mit dessen gesamtschuldnerischer Haftung gegenüber dem Kostenträger als Anreiz, die Vergütung der einzelnen, im Rahmen von Unteraufträgen in das Versorgungskonzept integrierten Leistungserbringer von der Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren abhängig zu machen. Der Generalunternehmer kann somit sowohl die (Nicht-)Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren als auch die Umsetzung der intersektoralen Prozessstandards vertraglich durchsetzen bzw. sanktionieren. Das Gleiche gilt für die Anwendung einer intersektoralen ePA zur IT-Unterstützung der Integration und Koordination der Leistungserbringer, wobei die Anschaffung einer geeigneten intersektoralen ePA dem Generalunternehmer obliegen würde. Die Bedeutung informeller Governancemechanismen ergibt sich im Vertragsmodell ‚Generalunternehmer‘ aufgrund der Gesamtkoordination durch den Generalunternehmer nun primär aus der Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen den am intersektoral-integrierten Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringern und dem Generalunternehmer selbst. Hier können sie neben den formalen Unterauftragsverträgen als relevanter Governancemechanismus fungieren.

Den Koordinationsvorteilen einer Generalunternehmerschaft sowie der sich aus einer hierarchischen Governanceform ergebenden leichteren Umsetzbarkeit und Skalierbarkeit des Vertragsmodells im Sinne einer transaktionskostentheoretischen Argumentationslogik (Williamson 1991, 1985, 1975) steht das aus der gesamtschuldnerischen Haftung resultierende Risiko für den Generalunternehmer entgegen. So haftet der Generalunternehmer im Außenverhältnis mit dem Kostenträger

gesamtschuldnerisch für alle an dem intersektoral-integrierten Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer.

4.2.2.3.3. Vertragsmodell ‚Konsortium‘

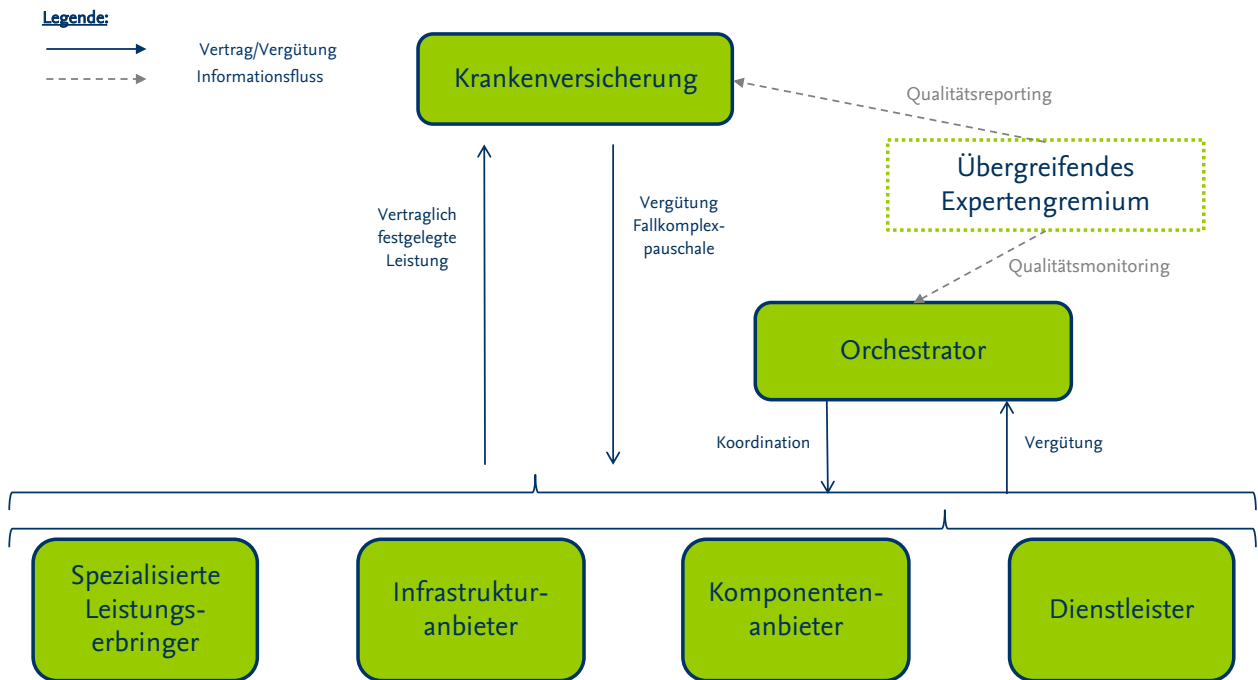


Abbildung 8: Darstellung des Vertragsmodells ‚Konsortium‘

Das Vertragsmodell ‚Konsortium‘ zeichnet sich dadurch aus, dass eine – netzwerkinterne oder -externe – Organisation als Orchestrator die Koordination der Leistungserbringung aller am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer – das Konsortium – organisiert⁹. Dafür wird dieser vom Leistungserbringerkonsortium vergütet. Im Außenverhältnis zum Kostenträger tritt das Konsortium der Leistungserbringer gemeinschaftlich auf und verhandelt einen Gesamtvertrag („Außenvertrag“) über die Vergütung der Leistungen des Konsortiums, z. B. in Form einer Fallkomplexpauschale. In einem „Innenvertrag“ werden Details, wie z.B. die Festlegung der Vergütung der einzelnen Leistungserbringer geregelt. Dabei haften typischerweise im „Außenvertrag“ alle Leis-

⁹ Gemäß der Typologie von Geschäftsmodellen von Vogt et al. (2017) zeichnet sich das Geschäftsmodell ‚Orchestrator‘ durch die Koordination von Wertschöpfungsnetzwerken bzw. ‚Serviceökosystemen‘ aus. Das Geschäftsmodell wird in dem ebenfalls im Rahmen des Verbundprojekts Bea@Home entstandenen Whitepapers zum Thema „Geschäftsmodelle und Wertschöpfungsarchitekturen zur Realisierung integrierter, IT-unterstützter Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen“ näher erläutert.

tungserbringer des Konsortiums gesamtschuldnerisch. Ähnlich wie in den vorab dargestellten Vertragsmodellen kann auch im Vertragsmodell ‚Konsortium‘ ein übergeordnetes Expertengremium zum Monitoring und Reporting der Einhaltung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren vorgesehen werden, das als Rat des Kostenträgers fungiert. Bedingt durch die Koordinationsaufgabe des Orchestrators im Konsortium und die typischerweise gesamtschuldnerische Haftung des Konsortiums als Kollektiv, überwacht das übergeordnete Expertengremium die Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren auf der Ebene des Orchestrators und berichtet die Ergebnisse regelmäßig an den Kostenträger. Dabei kann auch hier das Ziel des regelmäßigen Qualitätsmonitorings und -reportings durch das übergeordnete Expertengremium die Realisierung einer qualitätsabhängigen Vergütung der Leistungen der am Versorgungskonzept beteiligten Leistungserbringer im Sinne des Pay-for-Performance-Ansatzes sein, um Anreize für die Umsetzung und Einhaltung der sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zu schaffen und somit die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Damit weist das Vertragsmodell ‚Konsortium‘ Charakteristika der Netzwerk-governanceform ‚Network Administrative Organization‘ (NAO) auf, die sich durch die Rolle einer mehr oder minder netzwerkexternen Organisation als Netzwerkkoordinator auszeichnet. Dieser koordiniert im Auftrag der Netzwerkakteure die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks sowie die Interaktion des Netzwerks mit netzwerkexternen Akteuren (Provan und Kenis 2008). Zumeist weist eine NAO dabei die Struktur eines beratenden Gremiums oder Expertenausschusses auf, der die Leistungserstellung und Zusammenarbeit des Netzwerkes koordiniert und berät.

Im Vertragsmodell ‚Konsortium‘ bedingen die Gesamtkoordination des Leistungserbringerkonsortiums durch den Orchestrator, die gesamtschuldnerische Haftung des Konsortiums und die qualitätsabhängige Vergütung des Konsortiums durch den Kostenträger das Schaffen von Anreizen für die Leistungserbringer zur Einhaltung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren und intersektoraler Prozessstandards. Analog ergibt sich auch ein Anreiz zur gemeinschaftlichen Anschaffung und Nutzung einer intersektoralen ePA, um die Integration und Koordination der Leistungserbringung im Konsortium IT-basiert zu unterstützen. Den Koordinations- und Anreizvorteilen des Vertragsmodells ‚Konsortium‘ als hybride Governanceform im Sinne einer transaktionsaktionskostentheoretischen Argumentationslogik (Williamson 1991, 1985, 1975) steht die durch die erforderliche Abstimmung, Konsentierung und Koordination verschiedener Akteure bedingte Umsetzbarkeit und Skalierbarkeit des Vertragsmodells gegenüber. Zudem kann mittels der Koordination durch einen Orchestrator die Fokussierung des Versorgungskonzepts auf den Patientenpfad begünstigt werden, allerdings ist von einer gewissen Persistenz der Partikularinteressen der einzelnen Leistungserbringer des Konsortiums auszugehen. Nicht zuletzt deswegen kommt den informellen Governancemechanismen in diesem Vertragsmodell eine wichtige Bedeutung zu.

Bedingt durch die gesamtschuldnerische Haftung des Konsortiums und der Gesamtkoordination des Konsortiums durch einen vom Konsortium bestimmten und beauftragten Orchestrator dienen

informelle Governancemechanismen insbesondere der Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und dem Orchestrator einerseits sowie der Koordination, Abstimmung und Konsentierung der Partikularinteressen der Leistungserbringer andererseits.

4.2.2.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Governance-mechanismus	Vertragsmodell		
	Einzelvertrag	Generalunternehmer	Konsortium
Intersektorale Qualitätsindikatoren	erschwerte Einhaltung intersektoraler Qualitätsindikatoren der einzelnen Leistungserbringer durch <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmonitoring und -reporting des übergreifenden Expertengremiums auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer • Typischerweise qualitätsabhängige Vergütung der einzelnen Leistungserbringer • Mangelnde Gesamtkoordination 	Anreiz zu Qualitätsmonitoring und Implementierung einer qualitätsabhängigen Vergütung auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer aufgrund von <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmonitoring und -reporting des übergreifenden Expertengremiums auf Ebene des Generalunternehmers • Qualitätsabhängige Vergütung des Generalunternehmers 	Anreiz zur Implementierung und Einhaltung intersektoraler Qualitätsindikatoren (Selbstkontrolle) durch <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmonitoring und -reporting des übergreifenden Expertengremiums auf Ebene des Orchestrators • Qualitätsabhängige Vergütung des Leistungserbringerkonsortiums
Intersektorale Prozessstandards	erschwerte Umsetzung durch mangelnde Gesamtkoordination	vertragliche Durchsetzung durch Gesamtkoordination des Generalunternehmers ermöglicht	Anreiz zur Implementierung und Einhaltung durch Gesamtkoordination des Orchestrators und gesamtschuldnerische Haftung des Leistungserbringerkonsortiums (Selbstkontrolle)
Intersektorale ePA	erschwerte Anschaffung und Nutzung durch Einzelvergütung und Einzelhaftung der Leistungserbringer sowie divergierende Finanzierungshorizonte und -kalküle	vertragliche Durchsetzung der Anwendung durch Gesamtkoordination des Generalunternehmers ermöglicht	Anreiz zur IT-Unterstützung der Leistungserstellung mittels ePA durch gesamtschuldnerische Haftung des Leistungserbringerkonsortiums
Informelle Governancemechanismen	hohe Bedeutung aufgrund fehlender Gesamtkoordination und hohem Koordinationsaufwand auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer	hohe Bedeutung für Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen Generalunternehmer und Leistungserbringern im Innenverhältnis	hohe Bedeutung für Gesamtkoordination und Konsentierung des Leistungserbringerkonsortiums

Tabelle 4: Zusammenfassung der Analyseergebnisse der drei Vertragsmodelle ‚Einzelvertrag‘, ‚Generalunternehmer‘ und ‚Konsortium‘

5. FAZIT UND AUSBLICK

Im Rahmen des Arbeitspakets 1.4 „Reflexion aktueller und zukünftiger Governancestrukturen“ des Verbundprojekts Bea@Home wurden in der aktuellen Versorgungssituation erkennbare Governancestrukturen und wirksame Governancemechanismen identifiziert und analysiert. Darauf aufbauend konnten zukünftig mögliche und geeignete Governancestrukturen und -mechanismen sowie deren Steuerungswirkung auf die an intersektoral-integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten beteiligten Akteuren reflektiert werden. Nachdem durch eine systematische Literaturrecherche im Hinblick auf mögliche Governancestrukturen und -mechanismen in Gesundheitsnetzwerken verschiedene formale und informelle Governancemechanismen als relevante Koordinierungs- und Steuerungsmechanismen für intersektoral-integrierte, IT-unterstützte Versorgungskonzepte identifiziert werden konnten, wurden diese Ergebnisse anschließend im Rahmen der Untersuchung von Bea@Home als qualitative Einzelfallstudie vertieft und insbesondere die Steuerungswirkung geeigneter Governancestrukturen und -mechanismen beleuchtet.

In der Zusammenfassung weist zum einen die aktuelle Versorgungssituation langzeitbeatmeter Patienten in Deutschland zentrale Elemente einer marktähnlichen Governancestruktur auf. Die Koordination in arbeitsteiligen Strukturen, wie im vorliegenden Fall z.B. die Überleitung langzeitbeatmeter Patienten von der klinischen Versorgung eines Expertenzentrum/Weaningzentrums (EZ/WZ) in die außerklinische Versorgung einer intensivpflegerischen Pflegeeinrichtung, findet maßgeblich zwischen rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Akteure über verschiedene Ausgestaltungsformen des Governancemechanismus ‚Koordinations- und Transaktionskosten‘ statt. Solche marktähnlichen Governancestrukturen und -mechanismen können auch in anderen, insbesondere intensiv-pflegerischen Versorgungsbereichen beobachtet werden und haben weitreichende Auswirkungen auf die beteiligten Akteure. So bedingen die unzureichende bzw. mangelnde Integration und Koordination der Versorgungssektoren und Leistungserbringer die fehlende institutionalisierte Anbindung einmal entlassener Patienten an klinische Experten(-zentren). Damit geht zum einen ein erhöhtes Risiko für eine unzureichende Versorgungsqualität einher, da Qualitäts- und Prozessstandards nicht sektorenübergreifend abgestimmt und umgesetzt werden. Zum anderen resultiert daraus ein erhöhter Koordinationsaufwand für die klinischen und außerklinischen Leistungserbringer, um eine geeignete Versorgung der Patienten zu realisieren. Aus Sicht der Kostenträger sind oft hohe Wiedereinweisungsraten bereits entlassener Patienten, eine hohe Verweildauer der Patienten in der klinischen Versorgung sowie drohende mittel- bis langfristige Komplikationen und Folgeerkrankungen die Folge. Hieraus können dann mittel- bis langfristig hohe Versorgungskosten im Vergleich zu einem stärker intersektoral koordinierten Ansatz entstehen. Aus Sicht der Patienten und Angehörigen führen die unzureichende bzw. mangelnde Integration und Koordination der Versorgungssektoren und Leistungserbringer zu einem hohen Unsicherheitsgefühl über die geeignete (außerklinische) Versorgungsform und zu einer Reduzierung der Lebensqualität.

Zum anderen zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass sich netzwerkähnliche Governancestrukturen für die Realisierung integrierter, IT-unterstützter Versorgungskonzepte besser eignen können. Dabei werden Abstimmungsprozesse zwischen rechtlich eigenständigen, in langfristigen Geschäftsbeziehungen aber wirtschaftlich und vertraglich verbundenen Akteuren realisiert und mittels verschiedener formaler und informeller Governancemechanismen koordiniert. Aus der Analyse des Versorgungskonzepts Bea@Home können vor allem intersektorale Qualitätsindikatoren, intersektorale Prozessstandards und intersektorale Informationssysteme, wie z.B. eine ePA, als geeignete formale Governancemechanismen herausgestellt werden. Relevante informelle Governancemechanismen in netzwerkähnlichen Versorgungskonzepten sind z.B. eine gemeinsame Konsensbildung über die Ausgestaltung und Verantwortlichkeit bestimmter (Teil-)Leistungen, Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und regelmäßige Netzwerktreffen. Die Steuerungswirkung dieser Governancemechanismen auf die beteiligten Akteure hängt dabei maßgeblich von dem gewählten Vertragsmodell und darin festgelegten Weisungs-, Vergütungs- und Haftungsrechten ab. Während einzelvertraglich ausgerichtete Vertragsmodelle die Implementierung formaler Governancemechanismen sowie die Kontrolle ihrer Einhaltung erschweren, steigern sie damit implizit die Bedeutung informeller Governancemechanismen. Zentral koordinierte Vertragsmodelle dagegen ermöglichen die Implementierung formaler Governancemechanismen sowie das Monitoring und ggf. Sanktionieren/Incentivieren ihrer Einhaltung. Dabei kommt den informellen Governancemechanismen in Konsortien eine besondere Bedeutung zu, da es hier gilt, die weiterhin in Teilen bestehenden Partikularinteressen der beteiligten Akteure zu koordinieren, abzustimmen und zu konsentieren. Neben formalen Governancemechanismen, wie Verträgen, sind informelle Governancemechanismen hierzu besonders geeignet. In Vertragsmodellen mit Generalunternehmerschaft dagegen dienen informelle Governancemechanismen vor allem der Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen dem Generalunternehmer und den über Unteraufträge beteiligten Leistungserbringern.

Insgesamt bieten die Erkenntnisse der vorangegangenen Untersuchung aktueller und zukünftig möglicher Governancestrukturen und -mechanismen somit Empfehlungspotential für weitere Indikations- und Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitswesen, die mit der Herausforderung einer zunehmenden Integration und Digitalisierung der Leistungserbringung entlang ganzer Wertschöpfungs- bzw. Versorgungsketten konfrontiert sind.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: V. E. Amelung, J. Sydow und A. Windeler (Hg.): Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart.

Barnes, Andrew J.; Unruh, Lynn; Chukmaitov, Askar; van Ginneken, Ewout (2014): Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges. In: *Health Policy* 118 (1), S. 1–7.

Becker, Jens; Goletz, Ulrike (2012): Governance- und Markt Voraussetzungen für Altersgerechte Assistenzsysteme. Herausforderungen an Theorie und Praxis. In: M. Gersch und J. Liesenfeld (Hg.): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle: Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen. Wiesbaden, S. 241–263.

Braun, G. E.; Güssow, J. (2006): Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen. In: G. E. Braun und F. Schulz-Nieswandt (Hg.): Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft: Liberalisierung im Gesundheitswesen - Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, Heft 53. Baden-Baden, S. 65–93.

Busetto, Loraine; Luijckx, Katrien; Huizing, Anna; Vrijhoef, Bert (2015): Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study. In: *BMC family practice* 16, S. 105.

Cai, Shaohan; Yang, Zhilin; Hu, Zuohao (2009): Exploring the governance mechanisms of quasi-integration in buyer–supplier relationships. In: *Journal of Business Research* 62 (6), S. 660–666.

Clark, Shawn M.; Gioia, Dennis A.; Ketchen, David J.; Thomas, James B. (2010): Transitional Identity as a Facilitator of Organizational Identity Change during a Merger. In: *Administrative Science Quarterly* 55 (3), S. 397–438.

Clegg, Ben; Binder, Mario; Chandler, Simon; Edwards, John (2010): Governance architectures for inter-organisational R&D collaboration. In: Proceedings of POMS 2010 - Operations in Emerging Economies : Proceedings of POMS 2010 - Operations in Emerging Economies.

Cristofoli, Daniela; Markovic, Josip; Meneguzzo, Marco (2014): Governance, management and performance in public networks: How to be successful in shared-governance networks. In: *J Manag Gov* 18 (1), S. 77–93.

- D'Amour, D.; Goulet, L.; Labadie, J. - F.; San Martin-Rodriguez, L.; Pineault, R. (2008): A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. In: *BMC Health Service Research* 8.
- Das, T. K.; Teng, Bing-Sheng (2000): A Resource-Based Theory of Strategic Alliances. In: *Journal of Management* 26 (1), S. 31–61.
- Dyer, Jeffrey H. (1996): Does Governance Matter? Keiretsu Alliances and Asset Specificity as Sources of Japanese Competitive Advantage. In: *Organization Science* 7 (6), S. 649–666.
- Dyer, Jeffrey H.; Singh, Harbir (1998): The Relational View: Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational Competitive Advantage. In: *The Academy of Management Review* 23 (4), S. 660–679.
- Fifty-eighth World Health Assembly (2005): Resolutions and Decisions. Annex. Hg. v. World Health Organization (WHO). Geneva.
- Gardner, Karen; Banfield, Michelle; McRae, Ian; Gillespie, James; Yen, Laurann (2014): Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. In: *BMC Health Services Research* 14, S. 590.
- Gersch, M.; Wessel, Lauri (2015): E-Health und Health-IT. In: K. Kurbel, J. Becker, N. Gronau, E. Sinz und L. Suhl (Hg.): *Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik*. Online-Lexikon. 8. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. Online verfügbar unter <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/>, zuletzt geprüft am 13.04.2016.
- Gersch, Martin; Goeke, Christian; Freiling, Jörg (2010a): Lobbying: Strategies to make a firm's competences generate value. In: *Advances in Applied Business Strategy* 12, S. 1–22.
- Gersch, Martin; Hewing, Michael (2012): AAL-Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen-Eine empirisch gestützte Typologie relevanter Grundtypen ökonomischer Aktivitäten zur Nutzung von Ambient Assisted Living in sich verändernden Wertschöpfungsketten. In: M. Gersch und J. Liesenfeld (Hg.): *AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle: Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen*. Wiesbaden, S. 3–26.
- Gersch, Martin; Lindert, Ralf; Schröder, Susanne (2010b): *Managementgesellschaften – Gelegenheitsfenster für branchenfremde Akteure im Gesundheitswesen*. Berlin.
- Gersch, Martin; Rüsike, Tilman (2011): *Diffusionshemmnisse innovativer E-Health Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen*. Berlin (E-Health@Home-Projektbericht).
- Gersch, Martin; Wessel, Lauri; Meroth, Leonie; Schröder, Susanne; Rüsike, Tilman (2010c): *Diffusionshemmnisse besonderer Versorgungsformen - Verdichtete Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse einer Delphi-Analyse mit Experten des CCEC Branchen-Panels*

"Transformation des deutschen Gesundheitswesens. Berlin, Bochum (E-Health@Home-Projektbericht).

Gertz, Cordelia; Vogt, Charlotte; Gersch, Martin (2017): Ökonomische Reflexion eines integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepts im Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse von E-Health-unterstützten Versorgungsprozessen. Freie Universität Berlin. Berlin (forthcoming).

Gioia, Dennis A.; Corley, Kevin G.; Hamilton, Aimee L. (2013): Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. In: *Organizational Research Methods* 16 (1), S. 15–31.

Goeke, Christian (2008): Unternehmenskooperation und Branchentransformation. Eine Analyse aus coevolutionärer Perspektive. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Goeke, Christian; Gersch, Martin; Freiling, Jörg (2010): The Coevolution of Alliances and Industries: How Industry Transformation influences Alliance Formation and vice versa? In: *Research in Competence-based Management* 5, S. 79–109.

Güntert, B. (2006): Welche Steuerungsinstrumente braucht ein Netz im Gesundheitswesen? In: *managed care: Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie* 6, S. 5–7.

Häckl, Dennis (2010): Neue Technologien im Gesundheitswesen. Rahmenbedingungen und Akteure. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Henttonen, Kaisa; Lahikainen, Katja; Jauhiainen, Tiina (2016): Governance Mechanisms in Multi-Party Non-Profit Collaboration. In: *Public Organiz Rev* 16 (1), S. 1–16. DOI: 10.1007/s11115-014-0293-8.

Hoetker, Glenn; Mellewigt, Thomas (2009): Choice and performance of governance mechanisms: matching alliance governance to asset type. In: *Strategic Management Journal* 30 (10), S. 1025–1044.

Hwang, Jason; Christensen, Clayton M. (2008): Disruptive innovation in health care delivery. A framework for business-model innovation. In: *Health Affairs* 27 (5), S. 1329–1335.

Jones, Candace; Hesterly, William S.; Borgatti, Stephen P. (1997): A GENERAL THEORY OF NETWORK GOVERNANCE: EXCHANGE CONDITIONS AND SOCIAL MECHANISMS. In: *Academy of Management Review* 22 (4), S. 911–945.

Kastrup, Marc; Tittmann, Benjamin; Sawatzki, Tanja; Gersch, Martin; Vogt, Charlotte et al. (2017): Übergang von stationärer Beatmung zur Heimbeatmung. Prozessbeschreibung und Qualitätsindikatoren. In: *German Medical Science* (forthcoming).

Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Schrappe, M. (2010): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Liesenfeld, J.; Loss, Kay (2012): Innovative AAL- und E-Health-Dienstleistungen. Zusammenhänge zwischen technologischen Entwicklungen, Geschäftsmodellen und Governance. In: M. Gersch und J. Liesenfeld (Hg.): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle: Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen. Wiesbaden, S. 265–285.

Lowndes, Vivien; Skelcher, Chris (1998): The Dynamics of Multi-organizational Partnerships: an Analysis of Changing Modes of Governance. In: *Public Administration* 76 (2), S. 313–333.

Nag, R.; Corley, K. G.; Gioia, D. A. (2007): The Intersection of Organizational Identity, Knowledge, and Practice. Attempting Strategic Change via Knowledge Grafting. In: *Academy of Management Journal* 50 (4), S. 821–847.

Nicholson, Caroline; Jackson, Claire; Marley, John (2013): A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review. In: *BMC Health Services Research* 13, S. 528.

Nooteboom, Bart (2004): Inter-firm Collaboration, Learning & Networks. An integrated approach. London: Routledge.

Powell, Walter (1990): Neither market nor hierarchy. Network Forms of Organization. In: *Research in Organizational Behaviour* 12, S. 295–336.

Provan, K. G.; Kenis, P. (2008): Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. In: *Journal of Public Administration Research and Theory* 18, S. 229–252.

Randerath, W. J.; Kamps, N.; Brambring, J.; Gerhard, F.; Lorenz, J.; Rudolf, F. et al. (2011): Durchführungsempfehlung zur invasiven außerklinischen Beatmung. In: *Pneumologie* (65), S. 72–88.

Reuer, J. J.; Devarakonda, S. V. (2016): Mechanisms of Hybrid Governance: Administrative Committees in Non-Equity Alliances. In: *Academy of Management Journal* 59 (2), S. 510–533.

Schönhofer, B.; Geiseler, J.; Dellweg, D.; Moerer, O.; Barchfeld, T.; Fuchs, H. et al. (2014): Prolongiertes Weaning. In: *Pneumologie* 68 (01), S. 19–75.

Schreyögg, J.; Weinbrenner, S.; Busse, R. (2006): Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: R. Busse, J. Schreyögg und C. Gericke (Hg.): Management im Gesundheitswesen. Heidelberg, S. 106–122.

Schröder, Susanne (2014): Ökonomische Analyse und Bewertung integrierter Versorgungssysteme im Gesundheitswesen. Ansätze einer methodischen Erweiterung aus diffusionstheoretischer Perspektive. Dissertation. Freie Universität Berlin, Berlin. Fachbereich Wirtschaftswissenschaft.

Schröder, Susanne; Gersch, Martin (2009): Ökonomische Evaluation komplexer Versorgungskonzepte. Methodische Grundlagen und Entwicklungsperspektiven. Berlin.

SVR (2012): Sondergutachten: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

SVR (2014): Sondergutachten: Bedarfsgerechte Versorgung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bonn, Berlin.

Vogt, Charlotte; Gersch, Martin; Koch, Hanni (2017): Geschäftsmodelle und Wertschöpfungsarchitekturen integrierter, IT-unterstützter Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen. Freie Universität Berlin. Berlin (forthcoming).

Vom Brocke, Jan; Simons, Alexander; Niehaves, Bjoern; Riemer, Kai; Plattfaut, Ralf; Cleven, Anne (2009): Reconstructing the Giant: On the Importance of Rigour in Documenting the Literature Search Process. In: ECIS Proceedings, Paper 161.

Waterson, Patrick; Eason, Ken; Tutt, Dylan; Dent, Mike (2012): Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges. In: *Work (Reading, Mass.)* 41 Suppl 1, S. 4490–4493.

Willem, Annick; Gemmel, Paul (2013): Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. In: *BMC Health Services Research* 13 (1), S. 1–10.

Williamson, Oliver E. (1975): *Markets and Hierarchies. Analysis and Antitrust Implications.* New York: The Free Press.

Williamson, Oliver E. (1985): *The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting.* New York: The Free Press.

Williamson, Oliver E. (1991): Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. In: *Administrative Science Quarterly* 36 (2), S. 269.

Williamson, Oliver E. (1996): *The Mechanisms of Governance.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Williamson, Oliver E. (1999): Strategy Research. Governance and Competence Perspectives. In: *Strategic Management Journal* 20 (12), S. 1087–1108.

Windisch, W.; Brambring, J.; Budweiser, S.; Dellweg, D.; Geiseler, J.; Gerhard, F. et al. (2010): Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. S2-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. In: *Pneumologie (Stuttgart, Germany)* 64 (4), S. 207–240.

Yu, Chwo-Ming Joseph; Liao, Tsai-Ju; Lin, Zheng-Dao (2006): Formal governance mechanisms, relational governance mechanisms, and transaction-specific investments in supplier–manufacturer relationships. In: *Industrial Marketing Management* 35 (2), S. 128–139.

ANHANG I

Autor	Jahr	Titel	Journal	Governancestruktur	Governancemechanismen
Barnes et al.	2014	Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges	Health Policy	Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Telemedizinische Anwendungen - transorganisationale Informationssysteme
Busetto et al.	2015	Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study	BMC Family Practice	Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - informationstechnische Integration von Patientendatenbanken - telemedizinische und informationstechnische Anwendungen zur Integration der verschiedenen Leistungserbringer sowie zur Überwindung räumlicher Distanzen zwischen Patienten und Leistungserbringern - Berücksichtigung der Einnahmensituation einzelner Akteure und der Einstellungen zu Wettbewerb - Finanzielle Anreizsysteme zur Richtlinien- und Leitlinienumsetzung und -einhaltung - Leistungsüberwachung über intersektoral-integrierte Informationssysteme
D'Amour et al.	2008	A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations	BMC Health Services Research	Kollaboratives Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsaustausch über integrierte Informationssysteme - interorganisationale Vereinbarungen und Protokolle - Führung - Innovationsunterstützung - Vernetzung der Akteure - Zentralisierung des Netzwerks - ...
Gardner et al.	2014	Improving coordination through information continuity: a framework for translational research	BMC Health	Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierlicher intersektoraler, IT-unterstützter Informationsfluss als zentraler Governancemechanismus

Verbundprojekt Bea@Home
Governance in integrierten, IT-unterstützten Versorgungskonzepten im deutschen Gesundheitswesen

			Services Research		mus und Grundlage für die Integration der Leistungen der einzelnen Leistungserbringer sowie der Qualitätskontrolle
Lowndes/ Skelcher	1999	The dynamics of multi-organizational partnerships: An analysis of changing modes of governance	Public Administration	Multi-organisatio- nale Partner- schaft/Hybrid	<ul style="list-style-type: none"> - Kombination von netzwerktypischen, hierarchischen und marktlichen Governancemechanismen in Abhängigkeit von der jeweiligen Lebenszyklusphase der Partnerschaft - Netzwerktypisch: Vertrauen, gemeinsame Ziele, Informalität - Hierarchisch: Status, Autorität - Marktlich: Ausschreibung, Vertrag
Nicholson, Jackson & Marley	2013	A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review	BMC Health Service Research	Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsame Planung - integrierte Informations- und Kommunikationstechnologie - intersektoral-integriertes Change Management - intersektorale Anreizsysteme - Qualitätsverbesserung mithilfe von Datenanalysen und Innovation
Waterson et al.	2012	Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges	IOS Press	Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Health-IT-Anwendungen wie die ePA - Interoperabilität von IT-Systemen und –Anwendungen als zentrales Kriterium
Willem/ Gemmel	2013	Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks	BMC Health Services Research	Kollaboratives Netzwerk	<p>Governancemechanismen stehen in einem komplementären Verhältnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relational - Vertraglich - Hierarchisch

ANHANG II

Autor	Jahr	Titel	Journal	Datenbank
Constantinides/Barrett	2006	Large-Scale ICT Innovation, Power, and Organizational Change	The Journal of Applied Behavioural Science	EBSCO
Barnes et al.	2014	Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges	Health Policy	EBSCO
Waterson et al.	2012	Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges	IOS Press	EBSCO
Benzer et al.	2015	How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care	BMC Health Service Research	EBSCO
Busetto et al.	2015	Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study	BMC Family Practice	EBSCO
Nicholson, Jackson & Marley	2013	A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review	BMC Health Service Research	EBSCO
Cordesse et al.	2015	Coordinated care affects hospitalization and prognosis in amyotrophic lateral sclerosis: a cohort study	BMC Health Service Research	EBSCO
Kash et al.	2014	The Perioperative Surgical Home (PSH): A Comprehensive Review of US and Non-US Studies Shows Predominantly Positive Quality and Cost Outcomes	The Milbank Quarterly	EBSCO
Bouamrane/Mair	2014	Integrated Preoperative Care Pathway - A Study of a Regional Electronic Implementation	BMC Medical Informatics and Decision Making	EBSCO
Sunde et al.	2014	The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the COPD-Home model	Scandinavian Journal of Caring Sciences	EBSCO

Graetz et al.	2014	The Association between EHRs and Care Coordination Varies by Team Cohesion	Health Services Research	EBSCO
Kolko/Perrin	2014	The Integration of Behavioral Health Interventions in Children's Health Care: Services, Science, and Suggestions	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology	EBSCO
Saunders	2015	Translating knowledge into best practice care bundles: a pragmatic strategy for EBP implementation via moving postprocedural pain management nursing guidelines into clinical practice	Journal of Clinical Nursing	EBSCO
Rudkjøbing et al.	2014	Health care agreements as a tool for coordinating health and social services.	International Journal of Integrated Care	PubMed
Gardner et al.	2014	Improving coordination through information continuity: a framework for translational research	BMC Health Services Research	PubMed
Willem/Gemmel	2013	Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks	BMC Health Services Research	PubMed
Offermanns	2013	Coopetition: am Ergebnis orientierte Prozessplanung für die integrierte Versorgung	Public Health Forum	ScienceDirect
Stroetmann	2013	Achieving the integrated and smart health and wellbeing paradigm: A call for policy research and action on governance and business models	International Journal of Medical Informatics	ScienceDirect
Bodolica, Spraggon & Tofan	2015	A structuration framework for bridging the macro-micro divide in health-care governance	Health Expectations	Google Scholar
D'Amour et al.	2008	A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations	BMC Health Services Research	Google Scholar
Lin	2007	Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national	BMC Health Services Research	Google Scholar

		demonstration project in Taiwan		
Lowndes/Skelcher	1999	The dynamics of multi-organizational partnerships: An analysis of changing modes of governance	Public Administration	Google Scholar
Lucidarme, Cardon & Willem	2015	A Comparative Study Of Health Promotion Networks: Configurations of determinants for network effectiveness	Public Management Review	Google Scholar
McInnes et al.	2012	A qualitative study of stakeholder views of the conditions for and outcomes of successful clinical networks	BMC Health Services Research	Google Scholar
Provan/Kenis	2008	Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness	Journal of Public Administration Research and Theory	Google Scholar
van Raak et al.	1999	Integrated care management: applying control theory to networks	Journal of Management in Medicine	Google Scholar

Diskussionsbeiträge - Fachbereich Wirtschaftswissenschaft - Freie Universität Berlin
Discussion Paper - School of Business and Economics - Freie Universität Berlin

2017 erschienen:

2017/1 ARONSSON, Thomas und Ronnie SCHÖB
Habit Formation and the Pareto-Efficient Provision of Public Goods
Economics